

Christiane Ernst, Ulrike Janz, Barbara Möhrke, Petra Kolip, Marion Steffens, Andrea Stolte & Claudia Hornberg

Betrifft Frauengesundheit: Das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich ihres Krankheitsspektrums, ihrer Betroffenheit von Erkrankungen sowie ihres Erlebens und Umgangs mit Gesundheit und Krankheit. Ebenso differieren die sozialen Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Krankheit bei Frauen und Männern mitbestimmen. Zahlen des Robert-Koch-Instituts aus den Jahren 2008 bis 2011, die im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) ermittelt worden sind, belegen, dass Frauen stärker als Männer von chronischen Krankheiten betroffen sind und mehr als doppelt so häufig die Diagnose Depression erhalten (8,1% zu 3,8%, RKI 2013).

Zum Teil können Geschlechterdifferenzen im Krankheits- und Gesundheitsverhalten auf biologische Gegebenheiten zurückgeführt werden, z.B. auf einen unterschiedlichen Hormonzyklus oder auf das unterschiedliche Verhältnis von Fett- und Muskelmasse im weiblichen und männlichen Körper. Andererseits können unterschiedliche soziale Welten von Frauen und Männern heterogene Krankheitsbilder und -symptome erzeugen. „Belastungen und Ressourcen aus dem Familienleben und der Hausarbeit sind weiterhin nicht gleichmäßig verteilt. Frauen leisten häufiger und in höherem Ausmaß als Männer unbezahlte Arbeit im Haushalt und bei der Erziehung der Kinder (...)“ (RKI 2013). Verschiedene individuelle Alltagssituationen (wie spezifische Anforderungen aus dem Erwerbsleben, immerwährender Zeitdruck, familiäre Problematiken etc.) können Prädiktoren für Krankheiten werden, die sich aufgrund der häufig vorhandenen unterschiedlichen Lebensrealitäten von Frauen und Männern im Rahmen der binären Konstellation Mann – Frau geschlechtstypisch ausdrücken.

Einer geschlechtersensiblen Forschung und Versorgung, aber auch der Ausdifferenzierung von Diagnostik und Therapie von Erkrankungen bei Frauen und Männern wird noch nicht genügend Rechnung getragen. Soziale Faktoren sind in diesem Kontext stärker zu berücksichtigen, um sowohl bei Frauen, als auch bei Männern Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Auch die Entwicklung, Erprobung und Evaluation von geschlechtersensiblen Präventions- und Versorgungskonzepten steht vielfach noch aus (vgl. Hagen, Starker 2011). Erst der systematische Blick auf die jeweils besonderen Belange von Frauen und Männern ermöglicht, dass Angebote, Programme und Interventionen in problem- und zielgruppengerechter Differenzierung konzipiert und umgesetzt werden (vgl. Pauli, Hornberg 2010a, b).

An diesen Schnittstellen setzt das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW an. Im Juni 2012 hat das Kompetenzzentrum auf dem Gesundheitscampus in Bochum unter der kooperativen Leitung von Prof. Dr. Claudia Hornberg und Marion Steffens seine Arbeit aufgenommen. Das Kompetenzzentrum ist eine Kooperationsgemeinschaft, die sich aus der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und dem Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld sowie dem GESINE-Netzwerk Gesundheit.EN, ein Netzwerk zum Thema Intervention bei Häuslicher Gewalt aus dem Ennepe-Ruhr-Kreis, zusammensetzt. Es wird vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen zunächst bis zum 31. Dezember 2014 gefördert.

Ziel des Kompetenzzentrums ist, die gesundheitliche Versorgung von Frauen in NRW zu verbessern. Dabei ist der Theorie-Praxis-Transfer, aber auch die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Gesundheitseinrichtungen ein entscheidender Ansatzpunkt, um eine Optimierung der Versorgungssituation von Frauen in NRW zu erreichen. Die

interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie der Austausch der verschiedenen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens sind wichtige Bausteine für eine gelungene Weiterentwicklung der Versorgungssituation von Frauen.

Die Angebote des Kompetenzzentrums zielen auf Fachberatung und Fachvorträge zu ausgewählten Themenschwerpunkten, der Unterstützung bei der Konzeption und Umsetzung von gendersensiblen Maßnahmen im Gesundheitsbereich sowie der Vermittlung von Referentinnen und Referenten. Das Kompetenzzentrum möchte damit den Wissenstransfer und das Wissensmanagement erweitern, den Theorie-Praxis-Dialog fördern und eine bessere Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen ermöglichen.

Themenschwerpunkte des Kompetenzzentrums

Das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW arbeitet schwerpunktmäßig zu den Themengebieten *Geburtshilffliche Versorgung*, *Psychische Gesundheit* und *Intervention bei Gewalt*.

Geburtshilffliche Versorgung

Eine frauengerechte geburtshilffliche Versorgung zielt darauf ab, Schwangere und Gebärende als aktive Partnerinnen im Entscheidungs- und Versorgungsprozess wahrzunehmen und sie bei einer informierten Entscheidung zu unterstützen. In den letzten Jahrzehnten hat sich die geburtshilffliche Versorgung stark weiterentwickelt, was zu einem deutlichen Absinken der Mütter- und Säuglingssterblichkeit beigetragen hat. Parallel hierzu ist eine starke Risikoorientierung im geburtshilfflichen Sektor zu verzeichnen, was u.a. an der stark gestiegenen Kaiserschnitttrate erkennbar wird. Vielfach gibt es bei der Entscheidung für einen Kaiserschnitt einen Handlungsspielraum, der nicht zuletzt aus haftungsrechtlichen Gründen immer häufiger zugunsten einer Schnittentbindung ausgelegt wird. Mehr als jedes dritte Kind kommt in Deutschland per Kaiserschnitt zur Welt; NRW weist im Vergleich zu den anderen Bundesländern hohe Raten auf (vgl. Kolip et al. 2012).

Insgesamt ist die derzeitige geburtshilffliche Versorgung durch Ambivalenzen gekennzeichnet: Einerseits besteht nicht selten eine Überversorgung bei risikoarmen Schwangerschaften, andererseits profitieren nicht alle Frauen gleichermaßen von dem guten Versorgungsangebot (beispielsweise minderjährige Schwangere, Schwangere mit Migrationshintergrund, Schwangere mit psychischen Erkrankungen oder von Gewalt betroffene Frauen). Handlungsbedarf besteht daher im Hinblick auf die hohen Kaiserschnitttraten, der Versorgung vulnerabler Gruppen sowie der Risikoorientierung in der Schwangerenvorsorge. Seit April 2014 ist ein Faktenblatt zum Thema „Postpartale Depression – tabuisiert, unterschätzt und unterversorgt“ auf der Homepage www.frauenundgesundheit-nrw.de zu finden.

Psychische Gesundheit

Die unterschiedliche Symptomatik und Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Frauen und Männern verdeutlicht die Notwendigkeit von geschlechtssensiblen Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich. Während bei Frauen häufiger Depressionen, Angst- und Essstörungen diagnostiziert werden, sind Männer anfälliger für Suchtkrankheiten, wie Alkoholismus, oder weisen häufiger als Frauen delinquentes Verhalten auf. Die Ursachen für die Vulnerabilität von Frauen hinsichtlich

bestimmter psychischer Störungsbilder sind vielfältig. Erwerbstätige Frauen mit Kindern sind zum Beispiel mit widersprüchlichen Rollenanforderungen konfrontiert (vgl. Allmendinger et al. 2013), während Frauen mit Zuwanderungsgeschichte oftmals zunächst sprachliche und kulturelle Hürden im Gesundheitssystem überwinden müssen, um entsprechende Versorgung zu bekommen (vgl. Gün 2011).

Im Themenfeld Psychische Gesundheit besteht Handlungsbedarf hinsichtlich der Unter- und Fehlversorgung von Frauen mit psychischen Erkrankungen sowie der Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Akteurinnen und Akteure in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens sind in Hinblick auf die Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern sowie der Wichtigkeit von Gender Mainstreaming zu schulen. Tradierte Rollenzuschreibungen und Rollenanforderungen können psychische Krankheiten auslösen. Eine der Kernaufgaben des Kompetenzzentrums ist die Sensibilisierung der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen für die Auswirkungen von geschlechterbezogenen Rollenanforderungen und -zuschreibungen in Hinblick auf die Gesundheit und gesundheitliche Versorgung.

Zu einem für Frauen belastenden und krankmachenden Phänomen kann die sozial gesetzte und immer noch stark vorhandene primäre Zuordnung von Frauen zu den nicht-bezahlten Tätigkeiten wie Hausarbeit und Kindererziehung werden (vgl. Allmendinger et al. 2013). Diese Zuschreibung geht vielfach mit einer gesellschaftlichen Diskriminierung einher, die zum einen subtil wirkt, vielfach aber auch offen und unhinterfragt praktiziert wird. Auf dem Arbeitsmarkt zeigt sich das Ungleichgewicht in Wertung und Entlohnung von Frauen und Männern beispielsweise in Form von „typischen“ Männer- und Frauenberufen (vgl. z.B. Borutta, Giesler 2006) sowie der hohen Zahl von Frauen in Teilzeittätigkeiten (vgl. Allmendinger et al. 2013) die sie häufig aufgrund der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit mit verschiedenen familiären Rollen, wie der Pflege älterer Angehöriger oder infolge von Mutterschaft, praktizieren.¹ 26% der Frauen, die sich nicht in Ausbildung befinden, aber nur drei % der Männer arbeiten in einer Teilzeittätigkeit (vgl. ebd.) Infolge des demographischen Wandels pflegen immer mehr Frauen ihre älteren Angehörigen, in vielen Fällen die eigenen Eltern. Folgen können psychische Belastungen bis hin zu psychischen Krankheiten, wie Burn-Out oder Depression sein.

Ein aktuelles Thema des Kompetenzzentrums ist die psychosoziale, psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungssituation von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte. Zum Thema Migration und Gesundheit findet im April 2014 ein Fachgespräch statt, in dem diskutiert wird, wie die Genderperspektive bei der Versorgung von Personen mit Migrationsgeschichte verstärkt Berücksichtigung finden kann.

Intervention bei Häuslicher und sexualisierter Gewalt

Bereits 2003 bezeichnete die WHO Gewalt, insbesondere Häusliche Gewalt, als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen weltweit. 10 Jahre später benennt die WHO Gewalt gegen Frauen sogar als ein Gesundheitsproblem epidemischen Ausmaßes (WHO 2013). Hellbernd et al. (2003) konnten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des SIGNAL Interventionsprojektes feststellen, dass 93% der gewaltbetroffenen Patientinnen

¹ „Das Arbeitsvolumen von Frauen und Männern unterscheidet sich erheblich voneinander. Es entspricht häufig nicht ihren Bedürfnissen. Insbesondere die familiäre Situation spielt hier eine Rolle: Mütter würden gern etwas mehr, Väter etwas weniger lange arbeiten“ (Allmendinger et al. 2013, S. 39).

vom medizinischen Personal einer Notfallambulanz nicht nach einer Gewaltbelastung gefragt wurden.

Gewalt hat viele Gesichter und entsprechend vielfältig sind die Folgen für die Gesundheit der Betroffenen. Neben akuten Verletzungen sind dies vor allem langfristige Erkrankungen und Beschwerden: Die posttraumatische Belastungsstörung, Angststörungen, Depressionen, Schmerzsyndrome, und Suchterkrankungen zählen zu den häufigsten Gesundheitsfolgen, die durch Häusliche Gewalt ausgelöst werden. Zu den langfristigen Folgen, die selten mit einer möglichen Gewaltbelastung in Zusammenhang gebracht werden, gehören neben den genannten somatischen und somatoformen Beschwerdebildern auch psychische Erkrankungen und eine verringerte Resilienz. Darüber hinaus können gesundheitsgefährdende Bewältigungsstrategien, wie Medikamenten- oder Alkoholkonsum, das Ausmaß und die Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (mit)beeinflussen (vgl. Hornberg et al. 2008). Ärztinnen und Ärzte kommen sind für gewaltbetroffene Frauen wichtige Ansprechpartnerinnen. Die Gewaltbelastung so früh wie möglich zu erkennen, ist der Schlüssel für eine bessere Versorgung, für frühzeitige Unterstützung und somit für die Chance, die Gewalt früher als bisher zu beenden.

2003 stellte eine von der Enquêtekommission *Zukunft einer frauengerechten Gesundheit in NRW* in Auftrag gegebene Studie fest: Der Gesundheitsbereich ist bisher in die Anstrengungen um Prävention, Intervention und Heilung bei Gewalt zu wenig einbezogen (Hagemann-White, Bohne 2003). Zehn Jahre später begleitete das Kompetenzzentrum in fünf Regionen (Städte und Kreise) in NRW die Implementierung des Konzeptes zur medizinischen Intervention bei Häuslicher (HG) und sexualisierter Gewalt (SG) – GEWINN GESUNDHEIT®. Es basiert auf der Arbeit des GESINE-Netzwerks (koordiniert vom *Verein Frauen helfen Frauen e.V. ENI* Frauenberatung EN, vgl. Steffens et al. 2012), das von 2008 bis 2010 als Standort innerhalb des Bundesmodellprojektes *MIGG – Medizinische Intervention bei Gewalt gegen Frauen* für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen evaluiert wurde (vgl. Graß, Diggins-Rösner 2012, www.gesundheit-und-gewalt.de). Der Vorteil eines regionalisierten Vorgehens liegt vor allem darin, dass die bei GesundheitsanbieterInnen in der Region bereits vorhandenen Ressourcen zielgerecht gebündelt, optimiert und koordiniert werden können, um die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung gewaltbetroffener Frauen effektiv zu verbessern (vgl. Steffens 2012, 2013). In fünf Regionen wird das Projekt jeweils von einer örtlichen Frauenberatungsstelle mit Schwerpunkt auf HG/SG koordiniert. Seit 2013 wurden Basisfortbildungen und Fortbildungen zur gerichtsfesten Befunddokumentation durchgeführt. Danach stehen regionale Fachtagungen und ÄrztInnenkonferenzen zur Stärkung der regionalen Vernetzung an. Die Projektevaluation erfolgt durch die Wissenschaftlerinnen der Universität Bielefeld.

Die Arbeit des Kompetenzzentrums im Schwerpunkt Intervention bei Gewalt wird 2014 ausgeweitet durch die Installierung eines NRW-weiten Netzwerks zum Thema für diejenigen, die „an der Basis“ mit gewaltbetroffenen Frauen und deren gesundheitlichen Versorgung arbeiten. Außerdem wird ein Implementierungsworkshop durchgeführt, durch den die maßgeblichen NRW-(Berufs)-Verbände das Thema medizinische Intervention bei Gewalt in ihren Institutionen (verstärkt) verankern und befördern sollen. Weiterhin wird in Kooperation mit den Ärztekammern in NRW im September 2014 eine NRW-Fachtagung zum Thema Intervention bei Häuslicher Gewalt stattfinden.

Literatur

- Allmendinger, J.; Haarbrücker, J.; unter Mitarbeit von Fliegner, F. 2013. Lebensentwürfe heute. Wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen. Kommentierte Ergebnisse der Befragung 2012. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Internetquelle: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2013/p13-002.pdf> (letzter Zugriff: 08.04.2014).
- Borutta, M. und C. Giesler. 2006. Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.
- Gün, A. K. 2011. Sprachliche und kulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. In: Borde, T. und M. David (Hg.). Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Frankfurt a. M.: Mabuse. 133-146.
- Graß H. und A. Diggins-Rösner. 2012. Das Modellprojekt „MIGG – Medizinische Intervention gegen Gewalt“. In: Newsletter der Frauenhauskoordinierung e.V. No.1. Berlin. 9-10.
- Hagemann-White C. und S. Bohne. 2003. Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsforschung in NRW“. Düsseldorf.
- Hagen, C. und A. Starker. 2011. Epidemiologie – was fällt auf? Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern. In: Public Health Forum. 19, 71. 4e1 - 4.e3.
- Hellbernd H.; Brzank P; Wieners K und U. Maschwewsky-Schneider. 2003. Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L.: Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Bonn: BZgA.
- Hornberg C.; Schröttle M.; Bohne S.; Khelaifat N. und A. Pauli. 2008. Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von Häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 42. Berlin.
- Kolip, P.; Nolting, H.-D. und K. Zich. 2012. Faktenscheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. Internetquelle: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/-Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf.
- Pauli, A. und C. Hornberg. 2010a. Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In: Becker, R. und B. Kortendiek. (Hg.). Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. und durchgeseh. Aufl. Wiesbaden: VS. 631-643.
- Pauli, A. und C. Hornberg. 2010b. Umwelt und Gesundheit: Gender-Perspektiven in Forschung und Praxis. In: Becker, R. und B. Kortendiek (Hg.). Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erw. und durchgeseh. Aufl. Wiesbaden: VS. 644-653.
- Robert-Koch-Institut (RKI). 2013. GBE Kompakt – Zahlen und Trend aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. 2/2013; 4. Jg. Internetquelle: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2013_2_depression.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 03.02.2014).

- Steffens, M.; Stolte; A. und A. Janz. 2012. GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN. Chancen gelingender Kooperation mit dem Gesundheitsbereich. In: Newsletter der Frauenhauskoordinierung e.V. No.1./2012. Berlin. 10-12.
- Steffens, M. 2012. Gewinn Gesundheit[®] – wie ärztliche Versorgung bei Häuslicher Gewalt erleichtert werden kann. In: Westfälisches Ärzteblatt. 11.12. Münster. 42-43.
- Steffens, M. 2013. Arbeitshilfe für die ärztliche Praxis zum Vorgehen bei häuslicher Gewalt. In: Ärztliches Praxishandbuch GEWALT. Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Hessischen Sozialministerium. Berlin. 89-114.
- WHO. 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Genf. Internetquelle: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf.

Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW

Gesundheitscampus – Bochum
info@frauenundgesundheit-nrw.de
www.frauenundgesundheit-nrw.de