

Nr.28/September 2010

Rundbrief 28

Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Aktuelles:
HaLT Projekt zur
Alkoholprävention
S. 6

Regionales:
Wolfsburger Bündnis
gegen Essstörungen
S. 20

Schwerpunkt:
Depression
S. 22



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration

pro familia
Niedersachsen

MGFS
Niedersachsen e.V.

Impressum

Rundbrief 28 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
September 2010

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Tel.: 05 11 / 3 88 11 89 5

E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion: Claudia Hasse, Ursula Jeß, Hildegard Müller, Dr. Ute Sonntag, Melanie Bremer

Beiträge: Univ.-Prof. Dr. med. Katja Becker, Andrea Buskotte, Friederike Eike, Dr. rer. nat. Sylvia Eimecke, Gabriele Fischer, Elena Graf, Brigitte Hieronimus, Alexandra Jahr, Ursula Jeß, Birgit Leuchtmann-Wagner, Verena Metz, Hildegard Müller, Dr. Ute Sonntag, Dr. rer. biol. hum. Angelika Voß

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

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

In der ersten Hälfte des Monats August gibt es mehrere Meldungen zum Thema Depression in den Print-Medien und im Hörfunk.

Der Deutschlandfunk z. B. greift am 11.8.2010 aktuelle Daten auf und meldet: „Psychische Erkrankungen kosten das deutsche Gesundheitssystem viel Geld. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes betragen die Kosten im Jahr 2008 knapp 29 Mio Euro. Den größten Anteil davon machten Demenzerkrankungen und Depressionen aus. Die Zahlen zeigten zudem, dass die Ausgaben für psychische Erkrankungen zwischen 2002 und 2008 stark gestiegen sind.“

Einen Tag später meldet sich die Techniker Krankenkasse (TK) zum gleichen Thema: Ärztinnen und Ärzte verschreiben Berufstätigen immer mehr Mittel gegen Depressionen; genauer: in den vergangenen zehn Jahren haben sich die Verordnungen für Antidepressiva verdoppelt. Frauen – so die TK – erhielten einer Studie zufolge im Durchschnitt mit 10,5 Tagesrationen deutlich mehr Antidepressiva als Männer (sechs Tagesrationen).

Zurzeit sind in Deutschland ca. 5 %, d. h. 4 Mio. Menschen depressiv erkrankt. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Veröffentlichungen, die die Geschlechtsspezifität thematisieren, sind noch selten und in der öffentlichen Wahrnehmung ist die Tatsache, dass Frauen und Männer häufig unterschiedliche Symptome zeigen, wenig bekannt.

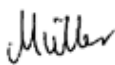
Mit dem Schwerpunkt in diesem Heft legen wir besonderes Augenmerk auf Depression bei Frauen und fokussieren auf verschiedene Lebensalter sowie die Lebensphasen, in denen Frauen ein höheres Risiko haben, eine Depression zu entwickeln.

Wir wünschen uns, dass die unterschiedliche Betroffenheit von Frauen und Männern stärkere Beachtung findet, um eine zielgenaue Diagnostik und Behandlung sicherzustellen. Dies kann die Kosten senken – ist aber auch unabdingbar für gleiche Chancen auf ein gesundes Leben und sollte schon deshalb im Rahmen einer verantwortlichen gesundheitlichen Versorgung selbstverständlich sein.

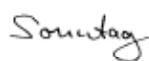
Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



Ursula Jeß
Nds. Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration



i.A. Hildegard Müller
pro familia
Landesverband
Niedersachsen



Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung
für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.

Inhalt

Aktuelles

Netzwerktagung 15. November 2010

HaLT Projekt zur Alkoholprävention

Interview mit Elke Gravert von der Unabhängigen Patientenberatungsstelle (UPD)

Gewalt gegen Frauen – Fachtagung des Landesfrauenrates

Niedersachsen Sozialministerin Aygül Özkan fördert Täterarbeit

Aus Politik und Gremienarbeit

Frauen- und Gleichstellungsministerinnen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung

Gesundheitsministerkonferenz beschließt: Sicherung des Versorgungsangebots durch Hebammen

Regionales

Wolfsburger Bündnis gegen Essstörungen – eine Stadt macht sich stark gegen den Schlankeitswahn

Schwerpunkt: Depression

Depression im Kindes- und Jugendalter: Leider oft noch (zu) spät als solche erkannt!

Postpartale Depression – Gefühlsveränderungen nach der Geburt

Wechseljahre: Reifeprüfung oder nur ein Tanz der Hormone?

Gendermedizin: Depressionen bei älteren Frauen

Frauenspezifische Aspekte der Altersdepression – insula incognita im Meer der Traurigkeit

Mediothek

Termine

Aktuelles

5 | Netzwerktagung am 15. November 2010 6 | HaLT Projekt zur Alkoholprävention
10 | Interview mit Elke Gravert von der Unabhängigen Patientenberatungsstelle
Hannover 15 | Gewalt gegen Frauen - Fachtagung des Landesfrauenrates 16 |
Niedersachsens Sozialministerin Aygül Özkan fördert Täterarbeit

Netzwerktagung am 15. November 2010

Flexibilität in Sozial- und Pflegeberufen - wie gesund sind Teilzeit, Leiharbeit, Billigjobs... ?

Nach einer neuen Studie der KKH-Allianz Krankenkasse in Bremen sind Krankenschwestern und Sozialarbeiter/innen die Berufsgruppen mit dem höchsten Krankheitsrisiko. Wohlfahrtsverbänden als Träger von Altenheimen, Beratungsstellen und Behinderteneinrichtungen kommt eine besondere Verantwortung zu, wenn es darum geht, annehmbare Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Prekäre Beschäftigungsverhältnisse in den Gesundheits- und Sozialberufen stehen im Mittelpunkt der 24.

Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Es geht um die gesundheitlichen Auswirkungen prekärer Beschäftigungsverhältnisse, um die sozial- und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen, um die Belastungen, die durch Qualitätsmanagement noch dazu kommen.

Diese Veranstaltung wird in Kooperation mit dem Sozialverband Niedersachsen SoVD und dem DGB Niedersachsen durchgeführt.

Claudia Hasse, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Tel.: (05 11) 1 20 29 64, E-Mail: claudia.hasse@ms.niedersachsen.de



Friederike
Eike

HaLT Projekt zur Alkoholprävention*

„Kann euch doch egal sein, wenn ich mich betrinke. Ich muss meine eigenen Erfahrungen machen!“

Das war die Antwort von Saskia, 16 Jahre, nach ihrem Krankenhausaufenthalt auf meine Frage, was ihr ihrer Meinung nach hätte helfen können, dort nicht zu landen.

Grundsätzlich hat sie Recht, wir wissen, dass es wichtig ist, eigene Erfahrungen zu machen, um aus diesen lernen zu können. Doch gleichzeitig haben wir vom präventiven Jugendschutz den Auftrag, „Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen vorzubeugen bzw. gegenzuwirken und durch Information, Beratung und erzieherische Impulse positive Akzente in der Sozialisation zu setzen.“ Egal, wie Saskia sagt, kann es uns also doch nicht sein.

Seit April 2008 wird in der Region Hannover das Alkoholpräventionsprojekt HaLT - Hart am Limit umgesetzt. Das Projekt wurde 2003 in Lörrach - Baden-Württemberg - entwickelt. Nach einer einjährigen Modellphase erprobten im Auftrag des Bundesministeriums elf Modellstandorte die Übertragbarkeit von HaLT in weitere Regionen. Die Prognos AG begleitete die Modellphase wissenschaftlich und kam nach Abschluss 2007 zu einem positiven Ergebnis. Im Abschlussbericht heißt es hierzu, „die erfolgreiche Übertragbar-

keit des Pilotprojektes HaLT - Hart am Limit (...) ist nachgewiesen und eine bundesweite Vernetzung ist anzustreben.“ Anschließend folgte der HaLT Bundestransfer auf mittlerweile über hundert Standorte in 15 Bundesländern. In Niedersachsen gibt es derzeit 15 registrierte HaLT Fachstellen, eine davon ist die Region Hannover. Koordiniert wird das Projekt vom Team Jugendarbeit der Region Hannover. Die Finanzierung gestaltet sich in jedem Standort unterschiedlich. In der Region Hannover übernimmt dies zum größten Teil der Fachbereich Jugend der Region Hannover. Die Koordination der Standorte in Niedersachsen wird von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) übernommen und durch das Land finanziert. Die Finanzierung für die Koordination auf Bundesebene ist 2009 ausgelaufen, die Finanzierung für die Region Hannover ist zunächst bis Ende 2011 gesichert.

HaLT - Hart am Limit steht für ein breit angelegtes Alkoholpräventionsnetzwerk. Kennzeichnend für das Projekt ist die enge Kooperation einer Vielzahl von Einrichtungen und Institutionen, die gemeinsam an zwei wesentlichen Zielen arbeiten.

1. Dem riskanten Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen früh und präventiv zu begegnen.
2. Einen verantwortungsbewussten Umgang von Jugendlichen und Erwachsenen mit Alkohol auf kommunaler Ebene zu fördern und sich für die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes einzusetzen.

Für alle HaLT-Standorte gelten folgende Projektstandards (Leitplanken):

- Netzwerkansatz, der über die Grenzen der Suchthilfe und (Sozial-)Pädagogik hinaus geht
- Substanzspezifischer, auf Alkohol gerichteter Präventionsansatz
- Beschränkung auf Kinder und Jugendliche mit riskantem Konsum
- Nicht auf Abstinenz fixiert
- Zeitlich befristete Betreuung, Kurzintervention (ggf. weitergehende Hilfen einleiten)
- HaLT-Einrichtung ist Impulsgeber, Dienstleister, Unterstützer und Kompetenzzentrum
- Arbeit sowohl im proaktiven als auch im reaktiven Bereich

„Das präventive Gesamtkonzept umfasst sowohl verhaltenspräventive Maßnahmen in der Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen (reaktiver Baustein) als auch verhältnispräventive Strategien zur Förderung des verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol bei Jugendlichen und auch Erwachsenen (proaktiver Baustein).“

Der reaktive Baustein zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum insbesondere im Zusammenhang mit einer akuten Alkoholvergiftung und der Einlieferung ins Krankenhaus möglichst frühzeitig zur Reflektion dieses Ereignisses und ggf. ihrer Konsumgewohnheiten zu bewegen. Dies geschieht in sogenannten Brückengesprächen.

Wenn möglich schließt das Brückengespräch im Krankenhaus auch ein Elterngespräch ein. Ein wesentlicher Teil der Gespräche und der Risikochecks nach HaLT-Standards wird in Niedersachsen seit Mitte 2009 durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die HaLT-Standards zur Qualifizierung überwacht die NLS.

Der proaktive Baustein zielt auf die „Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen, auf Orientierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sowie auf eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen und Schulfesten“ ab.

Für die Region Hannover als Jugendhilfeträger für 15 Kommunen und HaLT-Koordinator heißt das im Einzelnen:

- Präventionsangebote in Schule und Jugendarbeit ab Jahrgang 7
- Fortbildungen für Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen wie Fachkräfte und Jugendleiter/-leiterinnen

- Anregung von Angeboten durch Fördermittel für Alkoholprävention
- Erstellung und Bereitstellung von Materialien zur Alkoholprävention und zur Verstärkung des HaLT-Gedankens in der Öffentlichkeit
- Unterstützung lokaler Bündnisse bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit, Fachdiskussion
- Verbesserte Einhaltung des Jugendschutzgesetzes durch z. B.
 - a. gezielte Jugendschutzkontrollen und Testkäufe
 - b. Schulungen von Auszubildenden im Einzelhandel zur Alkoholabgabe in Berufsschulen
 - c. Informationen zum Jugendschutz bei der Erteilung von Gestattungen durch die zuständigen Gewerbesachbearbeiter
- Ein breit gespanntes Kooperationsnetzwerk; Koordination in Fachgremien, Arbeitskreisen und örtlichen Präventionsräten

Mädchenspezifische Betrachtungen aus der HaLT Region Hannover

Die Zahl der wegen einer akuten Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingelieferten Mädchen und Jungen ist bundesweit derzeit ausgeglichen. Dieses Bild zeigt sich auch in der Region Hannover. Zwischen den Jahren 2000 und 2007 ist laut dem statistischen Bundesamt ein Anstieg der Zahlen bei Mädchen um 102%

auszumachen - bei den Jungen sind die Zahlen im Vergleich dazu um 50% gestiegen.

Aus der Arbeit im Projekt und den Gesprächen mit vielen Mädchen ist auch subjektiv ein erhöhtes Interesse am Konsum von Alkohol und gerade gemixten Spirituosen bei Mädchen zu verzeichnen. Unter den Risiken des Alkoholkonsums von Minderjährigen lassen sich neben den allgemeinen meiner Meinung nach auch eher mädchenspezifische Risiken ausmachen, die ich im Folgenden kurz aufführe.

Früher Einstieg

Laut Statistik der Region Hannover werden deutlich mehr jüngere Mädchen als Jungen ins Kinderkrankenhaus eingeliefert. Dies kann z. B. in Zusammenhang gebracht werden damit, dass viele jüngere Mädchen mit älteren Jungen unterwegs sind, Mädchen sich schon früher für härteren Alkohol interessieren oder bei Mädchen einfach schneller der Krankenwagen gerufen wird.

Schlechtere körperliche Voraussetzung

Mädchen und Frauen vertragen - allein weil sie weiblich sind - weniger als Männer und Jungen. Hinzu kommt häufig noch, dass Mädchen deutlich leichter und kleiner sind. Um auf der Party am Abend einen schönen flachen Bauch zu haben, essen viele Mädchen zusätzlich vor dem Alkoholkonsum nichts bis wenig bzw. sehr fettarm.

Häufiger Opfer sexueller Übergriffe
Gefährlich ist nicht nur das gezielte „Abfüllen“ von Mädchen, um sie zu sexuellen Handlungen zu drängen, sondern auch der mit Alkohol verbundene Filmriss. Viele Mädchen können sich nach einem möglichen Geschlechtsverkehr zum Teil nicht daran erinnern, ob sie eingewilligt haben, wer alles zugesehen hat, mit wem der Verkehr stattgefunden hat und ob verhütet wurde.

Sie haben eher ihren „Ruf“ / ihr Gesicht zu verlieren

Wenn ein Junge auf einer Party mit zehn Mädchen geknutscht hat, ist er ein Hecht. Macht ein Mädchen dasselbe, gilt sie als Schlampe. Alkohol lässt die Hemmungen fallen, sowohl die der Jungen als auch die der Mädchen. Mädchen spielen im betrunkenen Zustand beispielsweise hemmungsloser mit ihren weiblichen Reizen und verletzen zum Teil selbst ihre Grundsätze. „Mein T-Shirt vor 10 Jungs ausziehen? Würde ich niemals machen!“ Kann unter Alkoholeinfluss schnell vergessen sein und das Video dazu steht am nächsten Morgen im Internet.

In der Alkoholprävention ist es wichtig, auf die Konsumententwicklung der

Mädchen zu reagieren und die Inhalte der alkoholpräventiven Arbeit mehr geschlechtsspezifisch aufzubauen. Hierfür ergeben sich folgende Themenschwerpunkte:

Informationen zur Wirkung von Alkohol

- Wichtiger Unterschied beim Trinken: Destillate oder „Gegorenes“
- Körperliche Konstitution
- Möglicher Filmriss

Auseinandersetzung mit Rollenerwartungen

- Reflexion von Mädchen- und Jungenbildern
- Kontaktaufnahme zum anderen Geschlecht

Selbst- und Fremdwahrnehmung

- Körperinszenierung
- Umgang mit sexuellen Übergriffen

Freundschaft und Vertrauen

- Verantwortung für einander
- Standpunkte suchen
- Eigene Regeln/Grundsätze aufstellen
- Was kann die Umsetzung verhindern und wie gehe ich damit um?

Friederike Eike, Team Jugendarbeit der Region Hannover,
www.team-jugendarbeit.de

* Vortrag beim Fachtag der LJS in Hannover: „Mädchen und Alkohol – Experimentieren ohne Grenzen“ von Friederike Eike, Region Hannover – präventiver Jugendschutz

Ursula
Jeß
Ute
Sonntag

Interview mit Elke Gravert von der Unabhängigen Patientenberatungsstelle in Hannover

Der Genderblick sollte immer mitschwingen

Erklären Sie kurz - was ist die UPD?

Die UPD ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschland und ist ein kostenfreies Beratungsangebot für alle Bürgerinnen und Bürger.

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland unterhält bundesweit 22 regionale Beratungsstellen und 5 überregionale Beratungsstellen zu bestimmten Themenbereichen, z. B. zur Arzneimittelberatung. Das Beratungsangebot der UPD ist einheitlich geregelt. Es finden persönliche und telefonische Beratungen zu den jeweiligen Öffnungszeiten statt. Darüber hinaus können Fragen auch per E-Mail oder über das Online-Beratungsangebot an die UPD gerichtet werden. Und zusätzlich gibt es ein bundesweit kostenfreies Beratungstelefon von Mo. - Fr. von 10.00 - 18.00 Uhr; es ist rotierend von den regionalen Beratungsstellen besetzt.

Unsere Aufgaben sind sehr komplex. Wir beantworten aktuelle Fragen, z. B. „sind die Zusatz-Beiträge der Krankenkassen in Höhe von 8,00 Euro gerechtfertigt? Macht es Sinn, die Kasse zu wechseln?“ Es kommen aber auch Rat Suchende, die ihren Arzt bzw. ihre Ärztin nicht verstanden haben, sich nicht getraut haben nachzufragen und sich von der UPD Informationen/Aufklärung erhoffen.

Manche fragen nach Behandlungsschwerpunkten oder der Qualität von Kliniken oder Reha-Einrichtungen.

Wie kam es zur Gründung, gab es einen Aufhänger?

Im Juli 2001 ist die erste Modellphase angelaufen, nach einer bundesweiten Ausschreibung der damaligen Gesundheitsministerin Andrea Fischer. Gesetzliche Grundlage war/ist Paragraph 65b, SGB V, der die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, Einrichtungen der Patienten- oder Verbraucherberatung modellhaft zu fördern. Die erste Modellprojekt-Phase dauerte bis 2005.

Aus dem Modell wurde eine Dauer-einrichtung?

Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Auswertung zur Weiterführung und -entwicklung für die zweite Modellerprobung von 2006 - 2010 ergab Empfehlungen wie: Einrichtung einer Bundesgeschäftsstelle, Ausbau der regionalen Beratungsangebote, Entwicklung von vereinheitlichten Qualitätsstandards, Verbesserung des Bekanntheitsgrades, mehr Vernetzung mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Die jetzige zweite Modellphase

wird gesteuert von der UPD-Bundesgeschäftsstelle in Berlin, sie ist eine gGmbH. Die Förderung läuft Ende 2010 als Modellprojekt aus. Es gibt mittlerweile einen Gesetzbeschluss, aus dem hervorgeht, dass die Unabhängige Patientenberatung ab 2011 in die Regelversorgung überführt wird.

Wie finanziert sich die UPD?

Die UPD wird über den § 65 b mit 5,1 Mio. Euro im Jahr finanziert. Drei Gesellschafter tragen die UPD gGmbH: Sozialverband VdK, Verbraucherzentrale Bundesverband und Verbund Unabhängige Patientenberatung e.V. (VuP). Wir in Hannover, angesiedelt bei unserem regionalen Träger, dem Sozialverband Deutschland Landesverband Niedersachsen e. V., gehören zum VuP. Insgesamt hat die UPD gGmbH eine relativ komplizierte Organisationsstruktur.

Sind Sie inzwischen ausreichend bekannt?

Ich denke schon - unser Bekanntheitsgrad wird immer größer - die UPD entwickelt sich zur Marke. Wir sind wie alle UPD-Stellen gehalten, eine bestimmte Anzahl von Wochenstunden die Beratungsstelle geöffnet zu haben. Wir waren häufig in der Presse, auch im Fernsehen - wir konnten dadurch unsere Beratungszahlen im Jahr 2009 um 50% steigern, insgesamt hatten wir 3.800 Anfragen von Ratsuchenden, davon 61% Frauen. Wenn wir den Zulauf steigern, ist natürlich auch mehr Personal erforderlich.

Sie haben keine Öffnungszeiten in den späten Abendstunden, sind dadurch Berufstätige benachteiligt?

Auf Empfehlung der wissenschaftlichen Begleitung hatten wir versuchsweise an einem Wochentag bis 19.00 Uhr geöffnet. Es gab dafür keinen Bedarf, darum haben wir die Öffnungszeit bis 18.00 Uhr beibehalten. Noch spätere Öffnungszeiten können wir aufgrund des derzeitigen Personalschlüssels nicht anbieten.

Allerdings können Ratsuchende außerhalb der Öffnungs- und telefonischen Beratungszeit Online-Anfragen an uns stellen.

Wie sind Sie untereinander vernetzt, gibt es einen regelmäßigen Austausch?

Ja. Unsere Vernetzung läuft zum einen über das UPD-Intranet, das ist gut aufbereitet. Dort haben alle Beraterinnen und Berater Zugriff auf eine Wissensdatenbank, ein Forum und auf die Falldokumentation. Es gibt zum anderen zwei mal im Jahr bundesweite Modellkonferenzen, Arbeitskreise und Arbeitsgruppen. Darüber hinaus gibt es weitere Optionen: Wir haben an der Universität Leipzig z. B. einen Online-Server, über den anonyme Online-Beratungen zu Essstörungen gemacht werden. Oder das Arzneimittel-Beratungsangebot an der Universität Dresden. Wir geben keine Empfehlungen, was gut ist und was nicht. Aber ich/wir können zu Fragen rund um das Thema Medikamente an die Unabhängige Arzneimittelberatung verweisen. Auch in

der Form, eine Medikamenten-Liste eines Ratsuchenden nach Dresden zu senden und diese z. B. auf eventuelle Unverträglichkeiten/Wechselwirkungen prüfen zu lassen. Ähnliches ist bei den anderen überregionalen Beratungsstellen (Zahnerkrankungen/Zahnersatz, psychische Erkrankungen u. a.) möglich.

Gibt es Kontakte zu anderen Patienten unterstützenden Organisationen?

Ja, die gibt es. Einige Berater und Beraterinnen von uns sind im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beratend tätig. Es gibt Kontakt zum Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Herrn Zöllner, bei dem Beschwerden von Patienten bzw. Patientinnen auch oft landen. Es gibt eine Rückkoppelung. Natürlich kann das Thema Vernetzung und Beschwerdemanagement noch weiter intensiviert werden. Wir sammeln und dokumentieren in den regionalen Beratungsstellen zur Zeit nur die Fälle.

Wie bilden sich die Beraterinnen und Berater fort?

In der bereits angesprochenen Wissensdatenbank stehen für alle Beraterinnen und Berater qualitätsgesicherte vereinheitlichte Informationen zur Verfügung. Wir sind in Arbeitskreisen tätig, auch als Verfasserinnen und Verfasser von Beratungsinformationen. Die Texte werden nach Prüfung einer Fachredaktion für alle zugänglich ins UPD-Intranet gestellt. Wir haben Qualifizierungs- und Beratungsstandards erarbeitet, nach denen alle Beraterinnen und Berater intern und

extern weitergebildet werden.

Haben die Träger eine Gender Mainstreaming-Kultur?

Teils - teils. Das ist ganz interessant, verschiedene Trägerkulturen treffen da aufeinander. Im VuP ist z. B. auch die regionale Beratungsstelle Bremen organisiert, die den Arbeitsauftrag in Form eines zusätzlichen Projektes hat, auf den Gender-Ansatz einen besonderen Blick zu haben und dazu auch Informationsmaterial für den Verbund zu entwickeln. Andere Träger/Beratungsstellen haben diesen Blick vielleicht noch nicht so ausgeprägt. Da können wir uns gegenseitig noch stärken und sensibilisieren.

Welchen Stellenwert hat Gendersensibilität in der UPD Hannover?

Das Thema liegt uns/mir sehr am Herzen, ich habe früher im Bereich Frauengesundheit beraten. Aber es ist momentan so, dass die Arbeitsfelder in der UPD außerordentlich komplex sind, so dass dieses Thema wohl etwas zu kurz kommt. Alle Themen und Beratungsinhalte werden ja von den Ratsuchenden an uns herangetragen. Wir können unsere Haltung und unsere Schreibweise immer wieder überprüfen, das ist schon ganz wichtig.

Ist es möglich, bei den Modellkonferenzen den Gender-Blick zu schärfen?

Sicher - aber vorrangig geht es um andere Themen, auch wenn der Gender-Blick immer mitschwingen sollte. Wir sind uns schon bewusst, dass das

noch besser werden muss.

Mit welchen Fragen kommen die Menschen zu Ihnen, gibt es Themen, die immer wieder zur Sprache kommen?

Ja, dazu liefert unsere Falldokumentation gute Auskünfte. Die häufigsten Anfrage-Themen sind immer wieder Leistungen der GKV, gesetzliche Neuregelungen, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Fragen zu Arzneimittelverordnungen und Medikamente, Beschwerden über Leistungserbringer.

Das Jahr 2009 war das Jahr der Beschwerden, z. B. „Abzocke in der zahnärztlichen Praxis.“

Gibt es geschlechterspezifische Unterschiede in den Problemlagen?

Männer rufen an, wenn sie gesundheitssystemische Fragen haben, z. B. zu Krankenkasse, Krankengeld, Verordnungen zu Heil- und Hilfsmittel, gesetzlichen Grundlagen. Sie haben oft ganz konkrete Fragen.

Um persönliche Befindlichkeiten/ Krankheiten geht es da nicht?

Weniger - da rufen Frauen eher für ihre Männer an. Frauen haben häufig andere, komplexere Fragestellungen und Probleme.

Was wird von Frauen nachgefragt?

Es geht bei ihnen häufiger um Kommunikationsdefizite in der Arztpraxis, im Krankenhaus oder in der Reha-Klinik, wenn sie beispielsweise zu früh nach Hause geschickt wurden.

Es geht bei Frauen mehr um Kommunikationsstörungen und ihre Folgen. Diese Störungen erkennen die Frauen auch oft selbst und benennen sie.

Kommen Frauen auch häufiger mit bestimmten Krankheiten zu Ihnen?

Sie kommen häufiger wegen psychosomatischer Beschwerden, von Frauen gibt es auch öfter Beratungswünsche zur Komplementärmedizin.

Gibt es Beratungsbedarf zum Mammografie-Screening?

Ja, aber momentan ist es weniger geworden, wurde aber zu Beginn des Screenings häufiger nachgefragt. Da ging es um Fragen der Teilnahme grundsätzlich; über den nachgewiesenen Nutzen, schlechte Behandlung in den Ausführungs-Praxen, Beschwerden über zu lange Wartezeiten bei den Untersuchungsergebnissen, keine psychosoziale Begleitung.

....zur HPV-Impfung?

Ja, da haben häufig Mütter nachgefragt.

Wie beraten Sie, was halten Sie von der „informierten Entscheidung?“

Das ist natürlich wünschenswert. Wir bemühen uns um umfassende Informationen, müssen dabei aber immer sehen, wo steht der Patient, was will die Patientin? Was wir sagen, muss angemessen und verständlich sein und soll zu einer tragfähigen Entscheidung befähigen.

Wir sind zu Beginn unserer Arbeit

überrascht darüber gewesen, wie viel Unkenntnis und Unvermögen bei Patientinnen und Patienten oft vorhanden ist, bestimmte Dinge zuzuordnen oder Basiswissen zu haben.

Haben Sie ein Beispiel?

Ja, da kommt eine Ratsuchende zu uns und erklärt, dass es ihr ganz schlecht geht. Dabei schüttet sie aus ihrer Tasche einen Haufen Medikamente, die sie bekommen hat, auf den Tisch. Im Laufe des Gesprächs wird deutlich, dass sie Diabetikerin ist und weder weiß, was Diabetes ist, noch warum sie diese Medikamente nehmen soll. Das bedeutet für uns, dass wir oft sehr niedrigschwellig beraten und Sachverhalte einfach und verständlich darstellen müssen. Aus solchen Erfahrungen heraus ist unsere Seminarreihe „Körperwissen - Alltagswissen“ entstanden, einfach und verständlich für Laien. Die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover ist dagegen mehr Mittelschicht orientiert - da trauen sich bestimmte Menschen einfach nicht hin.

Welche konkreten Punkte würden Sie aufgrund Ihrer Beratungserfahrung in der UPD im Gesundheitswesen verändern?

Das Thema „Patientenrechte“ ist da zu nennen. Es gibt immer noch sehr große Informationsdefizite bei den Patientinnen und Patienten dazu, z. B. bei einem Behandlungsfehler-

verdacht die Schädigung nachweisen zu müssen. Das müsste per Gesetz verändert werden. Grundsätzlich kennen viele Bürgerinnen und Bürger ihre Rechte als Patientinnen und Patienten nicht – da braucht es mehr Aufklärung, Information und Unterstützung.

Wie viele Möglichkeiten gibt es in Niedersachsen, eine UPD anzurufen?

Es gibt in Göttingen und Hannover dieses Angebot. Es rufen jedoch auch Menschen aus anderen Regionen an. Leider ist dies in Niedersachsen kein flächendeckendes Angebot – viele Ratsuchende möchten gern in einem persönlichen Gespräch beraten werden.

Wird erfasst, wer sich beraten lässt oder ist das anonym?

Wir erfassen nicht die Namen, aber einige persönliche Eckdaten wie Alter und Herkunftsort. Es ist aber nicht immer möglich, diese Daten zu erheben – die Angaben sind ja auch freiwillig. Unsere Ratsuchenden sind in der Mehrzahl zwischen 55 und 60 Jahre alt, die Bandbreite geht aber von 16 bis 95 Jahren. Die meisten Beratungen finden telefonisch statt. Wir versenden auch Informationsmaterial. Derzeit ist das Thema „Patientenverfügung“ der „Renner.“

Frau Gravert, vielen Dank für das Gespräch.

Elke Gravert, Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), Beratungsstelle Hannover, Herschelstr. 31, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 7 01 48 29, -73, -81, www.unabhaengige-patientenberatung.de/

Ursula
Jeß
Andrea
Buskotte

Gewalt gegen Frauen Fachtagung des Landesfrauenrates

Auf Einladung des Landesfrauenrates Niedersachsen hat Monika Schröttle, Politologin und Sozialwissenschaftlerin vom Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld, am 17. April 2010 in Braunschweig zentrale Daten zum Ausmaß häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen vorgestellt. Dabei widersprach Frau Schröttle der noch weit verbreiteten Fehleinschätzung, Gewalt gegen Frauen sei ein Randgruppenthema und betreffe nur Frauen in sozial schwierigen Situationen oder Migrantinnen. „Frauen in gehobenen sozialen und Bildungslagen sind nicht seltener davon betroffen.“ Auch ein großer Teil der Täter hat hohe und höchste Bildungsabschlüsse; viele sind in entsprechender beruflicher Position tätig. Die Einordnung als Bagatelle wie „Männer, denen mal die Hand ausrutscht“, oder „da hatte er einfach ein bisschen zu viel getrunken“ geht ebenfalls fehl. Wissenschaftliche Studien und die Arbeit der Unterstützungseinrichtungen zeigen: Häusliche Gewalt ist ein häufig lang andauernder Prozess körperlicher, sexueller und psychischer Misshandlungen.

Nationale und internationale Studien belegen erhebliche Gesundheitsfolgen durch häusliche Gewalt. Die WHO bezeichnet Gewalt gegen

Mädchen und Frauen als eines der größten Gesundheitsrisiken weltweit. Neben den körperlichen Verletzungen zählen psychische Folgen wie Depressionen, Angst-, Ess- und Schlafstörungen sowie Suizidgefahr dazu und eine Reihe von psychosomatischen Erkrankungen. „Prävention und Unterstützung von Gewaltopfern sparen langfristig Kosten“, fasste Monika Schröttle zusammen. Ergebnisse der ersten repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen aus den Jahren 2002-2004 mit über 10.000 befragten in Deutschland lebenden Frauen im Alter von 16-85 machen das Ausmaß häuslicher Gewalt deutlich: 58% berichteten von sexueller Belästigung, 42% von psychischer und 37% von körperlicher Gewalt. Die Tatorte waren zu 70% die eigene Wohnung. In 50% der Fälle körperlicher Gewalt war der Täter der Ex-Partner, in 30% jemand aus der Familie. Bei sexueller Gewalt handelte es sich zu 20% um den engeren Bekanntenkreis.

Eine differenzierte Auswertung vorhandener Daten durch Monika Schröttle machen bislang in der Öffentlichkeit nicht thematisierte Merkmale sichtbar:

Die durch frühere Beziehungspartner ausgeübte körperliche/sexuelle Gewalt wird offenbar als deutlich

schwerer empfunden als gewalttätige Handlungen durch den aktuellen Partner. Viele Betroffene erleiden sexuelle Gewalt vom Ex-Partner (weniger ausgeprägt vom aktuellen Partner). In Trennungs- und Scheidungssituationen, darauf verweisen auch Beratungseinrichtungen, sind Frauen besonders durch eine Eskalation der Gewalt gefährdet. Erhöhte Gewaltpotenziale zeigen sich auch dort, wo traditionelle geschlechts-

spezifische Rollenverteilungen nicht mehr funktionieren.

Problematisch ist - so ein weiteres Untersuchungsergebnis - dass bei älteren Frauen, die Gewalt in Partnerschaften erleiden, geringe Kenntnisse über Beratungseinrichtungen bestehen und sie selten wissen, wo sie Unterstützung in Anspruch nehmen können.

Zum Weiterlesen:

Monika Schröttle: Gewalt in Partnerschaften, Streit 4/2009 S. 147 ff

Niedersachsens Sozialministerin Aygül Özkan fördert Täterarbeit

Um Frauen noch wirksamer vor Gewalt in Partnerschaften zu schützen, fördert Niedersachsen erstmals Einrichtungen, die Täterarbeit leisten.

Sieben Einrichtungen, die ein so genanntes Verantwortungstraining anbieten, erhalten im Jahr 2010 bis zu 140.000 Euro.

Die Angebote der Täterberatungsstellen haben zwei Zielgruppen: Einerseits richten sie sich an Männer, die ihr gewalttätiges Verhalten ändern wollen. Andererseits können Strafverfolgungsbehörden Tätern in Fällen häuslicher Gewalt konkrete

Auflagen machen und einer Täterberatungsstelle zuweisen. Nachfolgende Träger bzw. Einrichtungen haben nach einem Ausschreibungsverfahren den Zuschlag erhalten:

- Der Paritätische Cuxhaven
- Diakonieverband Lüneburg
- Diakonisches Werk Osnabrück
- Die Gruppe (GJ) Neustadt a.Rbge
- Landkreis Leer (mit Emden, Aurich, Wittmund)
- Männerbüro Hannover e.V. (Zielgruppe gewalttätige Männer mit türkischem Migrationshintergrund)
- WoGe, Göttingen

Aus Politik und Gremienarbeit

17 | Frauen- und Gleichstellungsministerinnen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung **19 | Gesundheitsministerkonferenz beschließt: Sicherung des Versorgungsangebots durch Hebammen**

Ursula
Jeß

Frauen- und Gleichstellungsministerinnen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung

Die 20. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen (GFMK) hat sich im Juni 2010 in Dresden ausführlich mit dem Thema Frauen und Gesundheit befasst. In ihrem Leitantrag heißt es: „Eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung ist unabdingbar für ein funktionierendes und zukunftsfähiges Gesundheitssystem.“

Einige Beschlüsse werden hier skizziert.

Arzneimitteltherapie

Die GFMK setzt sich dafür ein, dass überprüft wird, inwieweit die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Wirkung von Arzneimitteln im Rahmen des Zulassungsverfahrens angemessen berücksichtigt werden.

Organtransplantationen

Der Anteil der Männer übersteigt sowohl auf den Wartelisten für Transplantationen als auch bei den Empfängern z. B. von Niere, Herz, Leber den Anteil der Frauen.

Vor diesem Hintergrund wird die Bundesregierung gebeten, im Rahmen der Evaluation des Transplantationsgesetzes zu berichten, wie und warum sich Geschlechterunterschiede auf die Zahl der Transplantationen auswirken, und aktuelle geschlechtsspezifische Daten zu erheben und zu bewerten.

Mammografie bei besonderen Risikogruppen

Die Gleichstellungs- und Frauenministerinnen bitten den Gemeinsamen

Bundesausschuss, dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsstandards des Mammografie-Screenings (Doppelbefundung, Fallkonferenzen, physikalische Anforderungen an Geräte und deren Wartung) systematisch auf die Früherkennungsuntersuchungen bestimmter Risikogruppen außerhalb der Screening-Zielgruppe (z. B. Frauen mit familiärer Vorbelastung, Frauen mit Tastbefund und Frauen mit einer früheren Strahlenbehandlung oder Frauen älter als 70 Jahre) übertragen werden.

Psychoonkologische Begleitung bei Brustkrebs

Die GFMK bittet das BMG bei der Ausarbeitung des Nationalen Krebsplans im Rahmen des Teilziels 9 - Angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung - in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften zu prüfen, in welchem Umfang und mit welcher Qualifikation für die Unterstützung der Brustkrebspatientinnen ab Diagnosestellung speziell weitergebildete Fachpflegekräfte (insbesondere Breast Care Nurses, onkologische Fachschwestern) in Brustzentren erforderlich sind und welche Mindest-Qualitätsanforderungen eine Weiterbildung vor diesem Hintergrund erfüllen muss.

Mutter-Vater- Kind- Kuren

Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, auf den GKV-Spitzenverband einzuwirken, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihrer Verpflichtung zur Leistungsgewährung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V) nachkommen. Eine Ablehnung mit dem einfachen Verweis, dass ambulante Maßnahmen nicht ausgeschöpft sind, ist nicht zulässig.

Trauma-Therapie

Die GFMK bittet das BMG, bei den Organen der Selbstverwaltung darauf hinzuwirken, dass eine Evaluation der Wirksamkeit von spezifischen Interventionen, z. B. der psychodynamischen Methode, erfolgt und auf dieser Basis eine Leitlinie für die ambulante traumatherapeutische Behandlung Langzeittraumatisierter mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung erarbeitet wird. Die GFMK bittet das BMG auf dieser Grundlage, sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss für die Prüfung der Möglichkeiten einer Verbesserung der ambulanten traumatherapeutischen Behandlung insbesondere gewaltbetroffener Frauen einzusetzen.

Beschlüsse im Wortlaut bei der Verfasserin

Ursula Jeß, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, E-Mail: ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Ursula
Jeß

Gesundheitsministerkonferenz beschließt: Sicherung des Versorgungsangebots durch Hebammen

Die 83. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder am 1. Juli 2010 hat zur Sicherung des Versorgungsangebotes durch Hebammen folgenden Beschluss gefasst: Die für die Gesundheitspolitik zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder betrachten die Erhöhung der Berufspflichtprämien für Hebammen mit Sorge und befürchten, dadurch einen Rückgang des Betreuungsangebotes während der Schwangerschaft bzw. an Belegkliniken und bei Hausgeburten, da die Versorgung durch

Hebammen nicht mehr kostendeckend durchgeführt werden kann. Damit käme es für schwangere und gebärende Frauen zu einer erheblichen Einschränkung der Wahlmöglichkeit des Geburtsortes.

Die GMK nimmt die Anliegen der Hebammen ernst und fordert die Bundesregierung auf, Lösungsmöglichkeiten zu prüfen.

Alle Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz im Wortlaut unter: www.gmkonline.de

Ursula Jeß, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, E-Mail: ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Regionales

20 | Wolfsburger Bündnis gegen Essstörungen – eine Stadt macht sich stark gegen den Schlankeitswahn

Birgit
Leuchtmann-
Wagner

Wolfsburger Bündnis gegen Depression: Eine Stadt macht sich stark gegen den Schlankeitswahn

Mit einem breiten Bündnis organisiert die Stadt Wolfsburg eine Kampagne gegen Essstörungen. Mitglieder dieser Initiative sind die Stadt Wolfsburg, die Deutsche BKK, das Tanzende Theater Wolfsburg, der Verein Dialog e.V. und der weibliche Serviceclub Soroptimist International. Die Vielfalt der Institutionen zeigt das ausgeprägte Engagement auf gesamtstädtischer Ebene. Die Schirmherrschaft für diese Kampagne haben Bundesministerin Ursula von der Leyen, Oberbürgermeister Prof. Rolf Schnellecke und der Chefarzt der Wolfsburger Kinderklinik Prof. Gernot Sinnecker übernommen.

Das Engagement setzt auf drei Module:

- Aufklärung in Schulen,
- Fortbildungen für Fachkräfte sowie
- Kultur (Tanztheater, Lesungen und Aktionen).

Damit wird das Problem sowohl auf künstlerisch-kreative als auch auf

fachlich-informative Weise präsentiert und erreicht alle Altersgruppen.

Die Zahlen zur Prävalenz von Essstörungen sind alarmierend. Die Bundesregierung will im Rahmen der Initiative „Leben hat Gewicht - gemeinsam gegen den Schlankeitswahn“ mit einer Reihe von Aktionen und Maßnahmen für dieses gesamtgesellschaftliche Thema sensibilisieren. Die Kommunen sind aufgefordert worden, aktiv zu werden und lokale Initiativen und Projekte anzuschließen.

Wolfsburg wird aktiv

Die Kampagne in Wolfsburg nahm vor mehr als zwei Jahren ihren Anfang: Impulsgeber war der weibliche Serviceclub Soroptimist International, Club Wolfsburg. Die Mitglieder wollten nicht nur Geld geben, sondern zu diesem Thema etwas initiieren und gestalten. Im Sommer 2007 wurde der Beratungsverein Dialog e.V. beauftragt, ein Konzept zur

Prävention von Essstörungen für die Wolfsburger Schulen zu entwickeln. Weiterhin wurden Multiplikatoren und Multiplikatorinnen fortgebildet, um das inhaltliche Konzept in die Praxis umzusetzen. Das vom Club finanzierte Pilotprojekt war erfolgreich und hat etwas in Bewegung gesetzt.

Das Schulprojekt

Die Stadt Wolfsburg hat die Finanzierung für alle 54 siebten Klassen übernommen. Mit dieser Zielgruppe wird eine Altersgruppe angesprochen, die sich verstärkt mit ihrem eigenen Körper beschäftigt und besonders sensibel auf äußere und innere Einflüsse reagiert.

In 12 Unterrichtseinheiten soll Essstörungen nachhaltig vorgebeugt werden. Im Klassenverband lernen die Schülerinnen und Schüler Strategien im Umgang mit Konflikten, informieren sich über die Auswirkungen von Diäten, setzen sich kritisch mit den Medien und deren Auswirkungen auf ihr eigenes Selbstwertgefühl auseinander und erfahren eigene Stärken und Fähigkeiten.

In 2009 haben 30 siebte Klassen das Projekt erfolgreich durchgeführt. Bis Ende 2010 werden weitere 10 Klassen teilnehmen.

Das MusikTanztheater - „ISS ODER STIRB“

Essprobleme sind tanzbar! Mit Tanz, Gesang und Schauspiel zeigte das Ensemble des Tanzenden Theater

Wolfsburg das „Auf und Ab“ Betroffener und ihre Hilflosigkeit. Auf der Suche nach einem gesunden Selbstwert durchstreift das Ensemble mit den Zuschauenden innere und äußere Irrgärten des Lebens und stellt fest, dass es gar nicht ums Essen geht.

Die teils berührenden, mitreißenden Choreografien ermutigten Betroffene und Angehörige, Kontakt zu Expertinnen und Experten aufzunehmen. Es sollten möglichst viele Schülerinnen und Schüler erreicht werden; im April dieses Jahres präsentierten deshalb sieben Profitänzer und -tänzerinnen „tourfähige“ Aufführungen im Hallenbad - Kultur am Schachtweg. Insgesamt haben sich 650 Jugendliche mit witzig-ironischen bis bitterehrlichen Szenen mit Essstörungen auseinandergesetzt. Gespräche mit Lehrkräften, den Jugendlichen und weiteren Interessierten am Infotisch des Bündnisses zeigten, welches großes Interesse am Thema besteht.

Ausblick

„Derzeit laufen die Planungen für neue Veranstaltungen. Der gesamtstädtische Zusammenschluss stärkt die Aktivitäten unseres Bündnisses. Wir haben alle gemeinsam ein Ziel: junge Menschen sensibilisieren und sie stark machen. Essstörungen sollten kein Tabuthema sein“, sagt Birgit Leuchtmann-Wagner vom Wolfsburger Bündnis gegen Essstörungen.

Birgit Leuchtmann-Wagner, Deutsche BKK, Wolfsburg, Mitglied Soroptimist International, Club Wolfsburg, E-Mail: birgit.leuchtmann-wagner@deutschebkk.de

Schwerpunkt

22 | Depression im Kindes- und Jugendalter: Leider oft noch (zu) spät als solche erkannt! 26 | Postpartale Depression - Gefühlsveränderungen nach der Geburt 29 | Wechseljahre: Reifeprüfung oder nur ein Tanz der Hormone? 32 | Gender-Medizin: Depressionen bei älteren Frauen 35 | Frauenspezifische Aspekte der Altersdepression - insula incognita im Meer der Traurigkeit

Sylvia
Eimecke
Katja
Becker

Depression im Kindes- und Jugendalter: Leider oft noch (zu) spät als solche erkannt!

Obwohl depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter durchaus häufig sind, werden sie im Jugend- und insbesondere im Kindesalter noch oft übersehen oder erst spät erkannt. Dafür gibt es mehrere Gründe: Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind von Nichtfachleuten schwer zu erkennen, da sich die Kernsymptome auf Beeinträchtigungen des inneren Erlebens, also der Gefühls- und Stimmungslage beziehen. Hauptsymptome sind eine traurige Stimmung mit Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit, ein Verlust von Interessen und Freude sowie verminderte Aktivität mit erhöhter

Erschöpfbarkeit. Begleitend können weitere Symptome wie verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, reduziertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Schlafstörungen, Veränderungen des Appetits oder sogar Suizidgedanken auftreten. Da jeder Mensch mitunter traurig und niedergeschlagen ist, weniger Lust hat, sich mit Freunden zu treffen, und ein Rückzug aus sozialen Bezügen (z. B. Freundeskreis, Sportverein) mehrere Gründe haben kann, ist es zu Beginn oft schwierig, eine interventionsbedürftige depressive Störung von altersentsprechendem „normalen“ Verhalten abzugrenzen. Hier

bedarf es einer ausführlichen (zeitintensiven) Erfassung der Symptome mit Exploration des Schweregrads, der Dauer und des Beginns sowie des Umfangs des sozialen Rückzugs: Sind nur einzelne oder übergreifend alle Bereiche wie Freunde, Schule, Familie, Hobbys betroffen? Manchmal fällt es Eltern und Lehrkräften schwer, sich vorzustellen, dass es sich auch schon bei Kindern statt um noch alterstypische vorübergehende Probleme auch um eine interventionsbedürftige psychische Störung handeln könnte. Darüber hinaus fällt es Kindern oft noch schwer, über ihre Befindlichkeit zu berichten. Deswegen ist hier eine gute Beobachtung wichtig, um eine anhaltende affektive Beeinträchtigung, z. B. anhand eines überwiegend traurigen Gesichtsausdrucks, verminderter Gestik und Mimik oder auch der anhaltenden mangelnden Fähigkeit, sich zu freuen, zu erkennen.

Die Mehrheit depressiver Kinder und Jugendlicher zeigt begleitend (in der Psychiatriefachsprache „komorbid“) weitere psychiatrische Erkrankungen, insbesondere Angststörungen, die ebenfalls behandelt werden sollten. Das Risiko, an einer Angststörung zu erkranken, ist dabei bei Mädchen im Vergleich zu Jungen um das 2-4fache erhöht. Depressive Erkrankungen nehmen im Entwicklungsverlauf zu: Während ca. 2% der bis zu 12-jährigen Kinder an einer Depression leiden, sind es bereits 4 - 7% der Jugendlichen. Ein früher Krankheitsbeginn im Kindes- oder Jugendalter erhöht das Risiko für einen chronischen Verlauf: Allein im Jugendalter zeigen 30 - 50% der

Jugendlichen nach Ersterkrankung erneute, sog. rezidivierende depressive Episoden. Da eine Depression die gesunde Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben empfindlich beeinträchtigt, ist es besonders wichtig, sie frühzeitig zu erkennen und fachgerecht zu behandeln, damit

1. das Kind/der Jugendliche möglichst bald wieder gesund und gut in seine soziale Umgebung integriert ist,
2. die anstehenden Entwicklungsaufgaben bald wieder gut bewältigt werden können (ggf. mit Unterstützung), auch im Hinblick auf Schule bzw. Ausbildung und auch
3. Folgeerkrankungen und -störungen (wie z. B. Suchterkrankungen) verhindert werden können.

Während vor dem Alter von 12 Jahren Mädchen und Jungen nahezu gleich häufig vom Auftreten depressiver Erkrankungen betroffen sind, nimmt der Anteil der Mädchen im frühen Jugendalter (12. – 14. Lebensjahr) deutlich zu mit einem Anstieg um das Zwei- bis Dreifache. Als Grund dafür werden hormonelle Faktoren angenommen, ebenso wie grundsätzliche (bei Frauen im Vergleich zu Männern eher internalisierende, d. h. nach innen gerichtete) Bewältigungsmechanismen, die eine Depression begünstigen können. Im Erwachsenenalter bleibt der höhere Anteil an depressiven Frauen gegenüber depressiven Männern ca. im Verhältnis 2:1 bestehen.

Was ist zu tun?

Besteht bei einem Kind oder Jugendlichen der Verdacht auf eine depressive Erkrankung, ist die Einschätzung von Fachleuten einzuholen. Hierzu können sich Betroffene und ihre Familien zur Durchführung einer grundlegenden Diagnostik an Fachärzte bzw. Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, an Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendmedizin mit der Qualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder niedergelassene psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen wenden. Wenn Selbstmordgedanken vorliegen, ist unbedingt sofort die regional zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu kontaktieren und ein Notfalltermin zu vereinbaren zur Beurteilung des Suizidrisikos, das keinesfalls unterschätzt werden darf! Suizid ist im Altersbereich der 15- bis 24-jährigen in Deutschland immerhin die zweithäufigste Todesursache nach Unfällen (bei männlichen Jugendlichen ist Suizid für 17% der Todesfälle der 15-19jährigen verantwortlich, bei weiblichen Jugendlichen sind es 13%). In absoluten Zahlen bedeutet das, dass im Jahr 2008 in Deutschland 169 Jungen und männliche Jugendliche durch Suizid starben (10-19 Jahre), bei den 10-19jährigen Mädchen und weiblichen Jugendlichen waren es 56 (Statistisches Bundesamt 2010). Suizidversuche gibt es häufiger bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen (Relation Suizid : Suizidversuch hier 1:39; während diese Relation bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern 1:12 beträgt)

Eine depressive Störung ist behandlungsbedürftig. Ob eine ambulante Therapie möglich ist oder eine teilstationäre oder vollstationäre Behandlung durchgeführt werden muss, richtet sich v. a. nach dem Schweregrad der Erkrankung und dem Funktionsniveau des Patienten oder der Patientin, d. h. der Fähigkeit, den Alltag zu meistern. Bei einer leichten depressiven Episode, einem unterstützenden familiären Umfeld, Absprachefähigkeit des Patienten bzw. der Patientin und klarer Distanzierung von Suizidalität ist eine ambulante Behandlung durch eine/n Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich. Als wirksame Behandlungsmethode hat sich die kognitive Verhaltenstherapie erwiesen, bei der u. a. Methoden zur Erhöhung des Aktivitätsniveaus, zur Veränderung negativer Einstellungen und zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle zum Einsatz kommen. Des Weiteren sind familientherapeutische und tiefenpsychologische Verfahren möglich. Bei ausgeprägtem Schweregrad und vorliegender Suizidalität ist immer eine vollstationäre Behandlung indiziert und oft auch zusätzlich zur Psychotherapie eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva unter enger fachlicher Aufsicht.

Da depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ein beträchtliches Entwicklungsrisiko darstellen, werden seit einigen Jahren verstärkt präventive Maßnahmen entwickelt, die bei Risikogruppen ansetzen -

z. B. bei Kindern von depressiv erkrankten Eltern (die ein höheres Risiko aufweisen, selbst eine depressive Störung zu entwickeln) oder bei Kindern, die bereits erste depressive Symptome zeigen. Ein gut wirksames, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm für Kinder ist z. B. das FREUNDE-Programm, das in modifizierter Form zur Prävention von Depression und Angst an der Universität Marburg durchgeführt wird [<http://www.uni-marburg.de/ivv/forschung/angstpraevention>].

Ein wichtiges Ziel für die Zukunft ist es, die Allgemeinbevölkerung für depressive Störungen im Kindes- und

Jugendalter zu sensibilisieren und damit eine frühzeitige fachgerechte Diagnose und Behandlung zu erreichen. Damit könnten das persönliche Leid der betroffenen Kinder und Familien verringert, die hohen Chronifizierungs- bzw. Rückfallrisiken mit allen sozialen und ökonomischen Folgen gesenkt werden und auch die Suizidraten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen! Daneben sollte die Entwicklung und Evaluation wirksamer Präventionsprogramme für Risikogruppen („indizierte Prävention“) gefördert werden mit dem Ziel, wo immer möglich die Entwicklung einer depressiven Störung zu verhindern.

Literatur bei den Verfasserinnen

Dr. rer. nat. Sylvia Eimecke; Diplompsychologin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Standort Marburg, Institutsambulanz, Schützenstr. 49, 35039 Marburg

Univ.-Prof. Dr. med. Katja Becker; Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Philipps-Universität Marburg und Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Hans-Sachs-Str. 4-6, 35039 Marburg

Hildegard
Müller

Postpartale Depressionen - Gefühlsveränderungen nach der Geburt

Gerade Frauen, die mit einem erwünschten Kind schwanger sind, gehen häufig davon aus, dass sie nach der Geburt ihres Kindes sehr glücklich sein werden, und auch die Menschen ihrer Umgebung hoffen dieses. Umso erschreckender ist es für Frauen nach der Geburt, wenn sich dieses Glück nicht einstellt, sie eher traurig sind, viele Tränen fließen und sie Schwierigkeiten haben, positive Gefühle für ihr Kind zu entwickeln.

Zwar haben die meisten Menschen schon davon gehört, dass manche Frauen unter depressiven Verstimmungen nach der Geburt leiden, aber dennoch fühlen sich die betroffenen Frauen mit ihren Stimmungsschwankungen oft nicht ernst genommen, sondern eher „abgetan“ mit Worten wie: „Ach, das sind nur die Hormone, warte mal ab, das verschwindet schnell wieder“. Aber was, wenn diese traurigen Gefühle länger bleiben?

Die drei Arten postpartaler Depression

Die Medizin teilt die depressiven Gefühlszustände nach der Geburt in drei Kategorien ein:

1. Baby-Blues

Umgangssprachlich auch „Heultage“ genannt. Hierunter leiden 50-80%

aller Gebärenden. Diese Gefühlszustände beginnen meist 2 – 3 Tage nach der Geburt und dauern bis zu zwei Wochen an. Symptome können sein: Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, häufiges Weinen, Erschöpfung, Müdigkeit, Reizbarkeit, Ängstlichkeit und Schlafstörungen.

2. Postpartale Depressionen

Dem Babyblues können heftige Angstgefühle folgen und hieraus kann sich eine postpartale Depression entwickeln. Dies kann sich aber auch erst nach mehreren Wochen zeigen. Ca. 15 % der Mütter sind hiervon betroffen, von denen wiederum ca. 50% eine leichtere und 50 % eine schwerere Depression entwickeln. Symptome wie inneres Leeregefühl, allgemeines Desinteresse, Schuldgefühle, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, psychosomatische Störungen, Ängste und ausgeprägte Reizbarkeit, aber auch Panikattacken, Zwangsgedanken und Suizidgedanken können Ausdruck dieser Depressionen sein. Hiervon zu unterscheiden sind schwere, wiederkehrende postpartale Angstzustände und Panikgefühle, die nicht mit einer Depression einhergehen.

3. Postpartale Psychose

Sie kommt bei 1 – 3 von 1000 Frauen vor. Sie kann sich bereits während der Schwangerschaft entwickeln,

zeigt sich aber meist in den ersten zwei Wochen nach der Geburt des Kindes z. B. im Anschluss an eine postpartale Depression, manchmal auch später. Sie ist die schwerste Erscheinungsform. Ausdrucksformen sind manische Phasen (starke motorische Unruhe) und depressive Phasen (Antriebs- und Teilnahmslosigkeit), extreme Angstzustände, Wahnvorstellungen, Verwirrtheit und Halluzinationen.

Was sind die Ursachen?

Untersuchungen haben ergeben, dass eher Frauen, die das Kind geplant und gewünscht haben, an depressiven Gefühlszuständen nach der Geburt leiden.

Die Geburt eines Kindes ist für Frauen eine existentielle Erfahrung, die bislang häufig unbekannt intensive Gefühlserfahrungen hervorrufen kann. Häufig sind Frauen darauf nicht vorbereitet und trauen sich auch nicht, mit jemandem darüber zu reden, so dass es sehr schwer wird, diese Erfahrungen einzuordnen.

In unserer Gesellschaft sind wir zudem vielen Erwartungen und Vorstellungen von der idealen Mutter ausgesetzt, von der glücklichen, perfekten Mutter mit dem glücklichen perfekten Kind und der glücklichen Familie.

Was, wenn dieses nicht zutrifft, die Mutter nicht glücklich ist, das Kind ununterbrochen weint und schreit, der Partner mit der Situation überfordert ist und niemand da ist, dem man sich anvertrauen kann?

Es gibt viele unterschiedliche Theorien zur Entstehung postpartaler Depressionen, keine ist eindeutig belegt. Vermutlich führen mehrere Faktoren mit unterschiedlicher Gewichtung zu den postpartalen depressiven Erlebnisformen. Hormonelle, physische, psychische und soziale Einflüsse spielen hierbei eine Rolle.

Physische Faktoren:

- Starke hormonelle Veränderung bei der Frau nach der Geburt
- Schilddrüsendysfunktionen
- Körperliche Belastungssituationen
- genetische Veränderungen

Psychische Faktoren:

- Diskrepanz zwischen eigenen Idealvorstellungen von sich als Mutter und dem „idealen Baby“ und den realen Erfahrungen
- Reaktivierte frühere traumatische Erlebnisse durch die Geburt
- Traumatische Erlebnisse in zeitlichem Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt
- Erschütterung durch überwältigende Gefühlserlebnisse während der Geburt
- Probleme in der Partnerschaft
- Unterschiedliche Überforderungssituationen
- psychische Vorerkrankungen

Soziale Faktoren:

- Gesellschaftlich idealisiertes Mutterbild
- Neue Rollenfindung als Mutter und/oder Berufstätige
- Mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld

- Neufindung als Partner und Eltern
- Geringe soziale und materielle Sicherheit

Unterstützungsmöglichkeit und Therapie

Die meisten postpartalen Depressionen haben eine sehr positive Prognose. Bei dem postpartalen Stimmungstief, dem so genannten Babyblues, ist es wichtig, die Mutter über die Hintergründe aufzuklären und ihr die Möglichkeit zu geben, dass sie sich in einem geschützten Rahmen über ihre Erfahrungen vertrauensvoll austauschen kann.

Bei einer postpartalen Depression ist es wichtig, dass sich die betroffene Frau an hiermit erfahrene Fachpersonen wie z. B. Hebamme und Arzt oder Ärztin wenden und sich ihnen anvertrauen kann. Sie können über mögliche Therapieformen wie Psychotherapie oder medikamentöse Behandlungen informieren und gegebenenfalls an entsprechende Fachpersonen weitervermitteln.

Eine postpartale Psychose muss medikamentös und psychotherapeutisch behandelt werden. Gegebenenfalls ist eine stationäre Behandlung erforderlich, um das Leben von Mutter und Kind zu schützen.

Prävention

Postpartale Stimmungstiefs und Depressionen lassen sich sicher-

lich nicht gänzlich verhindern. Aber durch Aufklärung, angemessene Haltung und Umgang mit Schwangerschaft und Geburt als normale Lebenserfahrung und nicht als Krankheit lässt sich ein Klima schaffen, in dem sich (werdende) Mütter aufgehoben und wertgeschätzt fühlen können, so dass der Umgang mit den Gefühlsveränderungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt wesentlich leichter fällt und Verläufe von Depressionen abgeschwächt werden können.

Medizinischer Fortschritt kann ein Segen sein im Umgang mit Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt. Problematisch wird es aber, wenn jede schwangere Frau potenziell als mögliche Risikoschwangere gedacht wird und entsprechend mit ihr umgegangen wird. Dies kann ein Milieu schaffen, das die Angst vor möglichen Komplikationen eher erhöht und es schwer macht, sich vertrauensvoll auf die natürlichen Erlebnisse Schwangerschaft und Geburt einzulassen.

Geburtshelferinnen und Hebammen und ihre Fachverbände setzen sich seit Jahren für bessere Bedingungen für Frauen und Familien vor allem in der Geburtshilfe ein. Eine gute, flächendeckende geburtshilfliche Versorgung ist für die Prävention unabdingbar.

Literatur bei der Verfasserin

Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen, Goseriende 10 - 12, Haus D, 30159 Hannover, E-Mail: hildegard.mueller@profamilia.de

Brigitte
Hieronimus

Wechseljahre: Reifeprüfung oder nur ein Tanz der Hormone?

Achtung Wechseljahre!, dachte manche Frau, die sich die im April 2010 ausgestrahlte, sechsteilige ZDF-Serie „Klimawandel“ von Doris Dörrie zu Gemüte führte. Sorge vor schlaffer Haut und grauen Haaren, Schwitzattacken und Müdigkeit kennen sicher viele, Sex im Winterwald und spirituelle Tänze wohl die Wenigsten. Doch die Palette der wechseljährigen Befindlichkeiten schien noch mehr zu bieten: Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, Aggression und Depression. Sind das Wechseljahressymptome oder Anpassungsstörungen? Etwa zehn Millionen Frauen in Deutschland befinden sich derzeit in den Wechseljahren. Müssen sie Angst davor haben oder können sie diesem Prozess mit Gelassenheit gegenüber treten, ihn gar mit Spannung und Neugier erwarten?

Die Macht der Ärzteschaft und der Medien

Trotz Informationen durch Ärztinnen und Ärzte und Behandlung des Themas in den Medien sind Frauen immer noch erstaunlich uninformiert über die Vorgänge in ihrem Körper. So sind sie leicht zu verunsichern, wenn Ängste um Hormongaben und Depressionen geschürt werden. Denn immer noch sprechen Gynäkologen von einem „Hormonmangel“ statt von einer „Hormonumstellung“, indem verkündet wird: „Zusammen

mit den Aussagen der Patientin zu ihren Beschwerden kann ein Hormonstatus genau bestimmen, welche Substanzen einer Frau fehlen.“ Obwohl die Hormontherapie seit der Veröffentlichung der US Studien (WHI) 2002 und der britischen Studie (MIWS) 2003 mit erhöhten Risiken wie Hirnschlag, Eierstockkrebs und Herzinfarkt in Verbindung gebracht wurde, werden Frauen weiterhin als hormonelles Mangelwesen behandelt. Inzwischen zeigt eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Pilotstudie, in der in Deutschland wohnende Frauen im Alter zwischen 45 und 60 – darunter 264 Migrantinnen türkischer und 260 Migrantinnen asiatischer Herkunft sowie 418 deutsche Frauen – befragt wurden, ein ganz anderes Bild. Erste Auswertungen der Studie der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Charité in Berlin belegen, wie unterschiedlich diese drei Gruppen mit Wechseljahren umgehen. Deutsche Frauen bewerten diesen neuen Lebensabschnitt positiver als die Frauen mit Migrationshintergrund, Asiatinnen berichten jedoch weniger körperliche und vegetative Beschwerden als türkische und deutsche Frauen, während türkische Frauen häufiger über nachlassende Leistungsfähigkeit klagten. Ursula Härtel, Professorin für Frauen- und Gendergesundheits-

forschung an der Ludwig-Maximilians-Universität München, meint, dass viele der Symptome eher Folgeerscheinungen von psychosozialen Überlastungen sind. Zu psychischen Problemen bis hin zur Depression gibt es nach Wissen der Medizinsoziologin kaum aussagekräftige Untersuchungen und sie vermutet, Ursache und Wirkung lassen sich da nur schwer bestimmen. Im Alter um die 50 kann für Frauen sehr viel zusammen kommen: In den Wechseljahren müssen sie vielleicht mit einer Scheidung klarkommen, Kinder verlassen das Haus, es sind pflegebedürftige Eltern oder Schwiegereltern zu versorgen und möglicherweise müssen sie sich im Job gegen Jüngere behaupten. Diese psychischen Belastungen können auch die seelisch-emotionalen Beschwerden des Klimakteriums verstärken.

Aggression und Depression als Wegweiser

Was die wenigsten wissen: Wie in der Pubertät und Schwangerschaft sind Wechseljährige während der hormonellen Umstellung starken Gefühlsschwankungen ausgesetzt. Manche Frauen fahren schnell aus der Haut und sind ständig gereizt, andere Frauen verkriechen sich und leiden stumm. Kaum eine Betroffene stellt sich dabei die Frage, ob dies auch eine „gesunde“ Reaktion auf ein „krankmachendes“ Umfeld sein kann. Fast 50 % der Depressionen von Frauen sind erblich bedingt, dabei scheinen die Geschlechtshormone eine Rolle zu spielen. Der Humangenetiker Kenneth Kendler wies in einer 1986 begonnenen Zwillingsstudie

darauf hin, dass 42% der depressiven Frauen diese Erkrankung von einem Elternteil geerbt hatten. Dennoch hat auch er kein verantwortliches „Depressions-Gen“ entdecken können. Während meiner langjährigen Beratungsarbeit, die sich mit psychosozialen und biographischen Aspekten der Lebensführung befasst, zeigte sich, dass dysfunktionale Bewältigungsstile mit belastenden Lebensumständen einhergehen und zu Beschwerden in den Wechseljahren führen. Sind Frauen hingegen mit ihren Lebensumständen zufrieden, werden Symptome nicht gleich als Problem empfunden. Biographisch gesehen handelt es sich in den Wechseljahren um eine Spiegelung der Pubertät. Das bedeutet, die Aufgaben, die in der Zeit der Pubertät bewältigt werden mussten, treten in den Wechseljahren erneut in den Vordergrund und werfen Fragen auf: Ist die Abnabelung von den Eltern wirklich gelungen? Passte der Beruf zu den Fähigkeiten? War der Lebenspartner der richtige Mann für eine dauerhafte Bindung?

Wechseljahre fordern zu einem Kurswechsel auf

Wechseljahre bringen die Dinge des Lebens auf den Punkt. Die Pflege der Eltern wird dann als quälend empfunden, wenn die erwachsene Tochter von den Eltern herumkommandiert und bevormundet wird und sich hilflos wie ein kleines Mädchen fühlt. Der Beruf wird zur Überforderung, wenn er nicht der Begabung entspricht und die Entfaltung der Potenziale nicht auf einem anderen Tätigkeitsfeld gelebt wird. Die Part-

nerschaft steht auf dem Prüfstand, wenn der einstige Liebespartner nur eine bestimmte Rolle zu erfüllen hatte. Wird dann weiterhin am alten Kurs festgehalten, gerät nicht nur das psychische, sondern auch das körperliche System unter Stress. Wer in der Pubertät nicht gelernt hat, mit Ärger und Wut umzugehen, dem wird das Thema vor allem in den Wechseljahren wieder begegnen, da der „Tanz“ der weiblichen Hormone für viele ein aufwühlender ist. Frauen haben es durch unterschiedlichste Rollenanforderungen besonders schwer: Als Mädchen wurden sie dazu angehalten, harmonisierend und ausgleichend zu wirken. Kommt es in der Pubertät zu Konflikten mit den Eltern oder in anderen engen Beziehungen, werden diese ausgeblendet oder ausdiskutiert. Doch was einst hilfreich war, kann sich später als untauglich erweisen. Da kann ein wechseljähriger Testosteronschub wie gerufen kommen. Plötzlich tanzen sonst eher angepasste Frauen aus der Reihe und behaupten sich in ihrem Umfeld. Unterdrücken Frauen hingegen den Impuls zur Veränderung, kommt es zu depressionsähnlichen Zuständen. Eine biografische Analyse kann Aufschluss über dysfunktionale Verhaltensmuster geben und bietet Klientinnen die Möglichkeit, vermeidendes Konfliktverhalten umzuwandeln.

Ein gut gehütetes Geheimnis der Wechseljahre

Kaum eine Frau denkt in den Wech-

seljahren daran, dass es das luststeigernde Antriebshormon Testosteron ist, das für eine Zeitlang die Regie übernimmt. Insgesamt dauert der hormonelle Umstellungsprozess 14 Jahre, was nicht bedeutet, ständigen Hitzewallungen, Schlafstörungen oder Stimmungsschwankungen ausgesetzt zu sein. Es bedeutet nur, dass der weibliche Körper diese lange Zeitspanne benötigt, um auf eine körpereigene Hormonproduktion umstellen zu können. So braucht es ca. sieben Jahre, bis die Ovarien die Reproduktion einstellen und die „Menopause“ einsetzt. Wobei der Begriff Menopause irreführend ist, da es sich nicht um eine Pause, sondern um das Ende der körperlichen Fruchtbarkeit handelt. Danach ist der Körper nochmals ca. sieben Jahre damit beschäftigt, die Systeme zu regulieren, um gesund altern zu können. Der Hypothalamus ist zentral an dieser Umstellung beteiligt und reagiert auf Störungen wie Stress und Überbelastungen äußerst sensibel. Zudem reguliert er andere wichtige Körperfunktionen wie den Schlaf-Wach-Rhythmus, die Wärmeregulation, Blutdruck, Atmung, Stoffwechsel und Schweißabsonderung. Das erklärt, warum Symptome wie Hitzewallungen und Schlaflosigkeit zu Beschwerden anwachsen können, aber nicht müssen. Doch wer die Wechseljahre als eine weitere Reifeprüfung annimmt und deren Bedeutung erkennt, lässt seine Hormone ruhig mal aus der Reihe tanzen.

Literatur bei der Verfasserin

Brigitte Hieronimus, Biographieberatung&Coaching, Institut für Gesundheit+Ökonomie, www.brigitte-hieronimus.de, E-Mail: info@brigitte-hieronimus.de

Verena
Metz
Gabriele
Fischer

Gender-Medizin: Depressionen bei älteren Frauen

Depressionen zählen mit einer 12-Monatsprävalenz (Erkrankungshäufigkeit innerhalb eines Jahres) von 3,1-10,1% in der erwachsenen europäischen Bevölkerung zu den häufigsten Erkrankungen, die weltweit bezüglich Krankheitslast an vierter Stelle rangieren (Wittchen & Jacobi 2005; Moussavi et al. 2007). Frauen sind in der Regel etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer, wobei die Prävalenzraten im jungen und mittleren Erwachsenenalter am höchsten sind und mit zunehmendem Alter wieder sinken (siehe Tabelle 1), was in der Literatur häufig mit hormonellen Veränderungen bei Frauen zu erklären versucht wurde (Ebner et al. 2007). Diese Hypothese hat sich allerdings in Studien als nicht hinreichend zur Ursachenerklärung herausgestellt, wobei man heute im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modells von einer multifaktoriellen Genese ausgeht.

Zahlreiche Untersuchungen fanden Merkmale, die generell bei älteren Menschen, besonders jedoch bei Frauen, in hohem Zusammenhang mit Depressionen stehen bzw. sogenannte Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression darstellen (Chou & Chi 2000; Navarro et al. 2010; Weyerer et al. 2008; Heun & Hein 2005; Cole & Dendukuri 2003):

- Soziale Isolation/ Familienstand

- verwitwet, geschieden oder ledig
- Geringer Bildungsstand
- Höheres Alter (>75 Jahre)
- Rauchen
- Alkoholabstinenz
- Kognitive Beeinträchtigungen, besonders (subjektive) Gedächtnisprobleme
- Komorbide (d. h. Erkrankungen, die zusätzlich zu einer Grunderkrankung auftreten) chronische körperliche Erkrankungen in Verbindung mit Schmerzen, und somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinlänglich auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen) sowie Schlafstörungen
- Körperliche Behinderung
- Geringe Funktionalität, verbunden mit einer hohen Abhängigkeit von Betreuung im Alltag
- Psychosozialer Stress, insbesondere der Verlust/Tod des Lebenspartners
- Vorangegangene depressive Episode

Das Erscheinungsbild der depressiven Erkrankung betreffend, können sich Symptome auf körperlicher, psychischer und Verhaltensebene manifestieren; neben den klassischen Depressionsmerkmalen wie Freud-, Interessens- und Antriebslosigkeit leiden depressive ältere Frauen signifikant häufiger unter Appetitstö-

Tabelle 1: Prävalenzraten (Erkrankungshäufigkeiten) Depressionen nach Alter und Geschlecht in einer europäischen Kohorte in einem Beobachtungszeitraum von 3 Jahren (N=47,170)

Alter in Jahren	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Frauen	3.92	19.54	20.39	18.94	15.58	11.27	11.52
Männer	1.60	9.05	9.84	9.94	9.13	6.51	6.23

Quelle: Martín-Merino et al. (2010)

rungen, v. a. vermindertem Appetit, und Schlaflosigkeit im Vergleich zu depressiven älteren Männern, die öfter starke Agitiertheit zeigen, und dies unabhängig von anderen äußeren Stressoren oder sozioökonomischem Status (Kockler & Heun 2002; Su et al. 2004). Bezüglich der präklinischen Symptome, die einer depressiven Erkrankung vorausgehen, konnten bei älteren Menschen keine Geschlechtsunterschiede in Studien gefunden werden; Dysphorie, gesteigerter Appetit, Gelenkschmerzen, Schlaflosigkeit, Energielosigkeit, Interessen- und Freudlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Unentschlossenheit, Selbstzweifel und Mangel an Selbstvertrauen sowie Gedanken an den Tod waren in einer Untersuchung von Hein et al. (2003) sowohl für ältere Männer als auch für ältere Frauen charakteristische Vorzeichen.

Im Allgemeinen weisen depressive Störungen eine hohe Rate an körperlichen und psychiatrischen Komorbiditäten auf. Pieper et al. (2008) fanden beispielsweise für Patientinnen und Patienten mit Angststörungen ein neunfach erhöhtes, und für Diabetespatientinnen und -patienten ein zweifach erhöhtes Depressionsrisiko; Personen mit depressiven Episoden in ihrer Vergangenheit haben außerdem ein bis zu vierfach erhöhtes Myokardinfarktrisiko.

Koronare Herzerkrankungen treten gehäuft mit Depressionen auf, wobei speziell bei depressiven älteren Frauen Maßnahmen wie Cholesterinsenkung oder Nikotinkarenz geringere Wirkung zeigen im Vergleich zu männlichen Depressiven oder nicht-depressiven weiblichen Patientinnen (Jairath 2001); schwere Depressionen bei Patienten und Patientinnen mit kardiovaskulären Erkrankungen

sind bei Frauen wesentlich häufiger als bei Männern (Barcelos-Ferreira et al. 2010). Die Herzerkrankungen verschlechtern nicht nur wesentlich die Lebensqualität, sondern auch die depressiven Symptome werden dadurch speziell bei älteren Patientinnen verstärkt (Lesman-Leegte et al. 2008). Die subjektive Lebensqualität und Einschätzung der eigenen Gesundheit scheinen starken Einfluss auf die depressive Symptomatik bei älteren Frauen zu haben, wobei Schmerzen eine große Rolle in der wahrgenommenen Lebensqualität spielen (Rosso et al. 2008).

Bei chronischen körperlichen Erkrankungen wie Diabetes treten Depressionen und Angststörungen insbesondere bei älteren Frauen oft gemeinsam auf, und die Symptome sind umso stärker ausgeprägt, je mehr Komplikationen es bei der körperlichen Grunderkrankung gibt (Collins et al. 2009).

Chronischer Schwindel scheint die depressive Symptomatik ebenfalls zu verschlechtern, vor allem wenn dieser in Verbindung mit Schwerhörigkeit, Schlaflosigkeit bzw. Konzentrations- und Gedächtnisproblemen auftritt (Gazzola et al. 2009).

Eine wesentliche Rolle bei älteren depressiven Menschen nehmen Demenzerkrankungen ein, die häufig dazu führen, dass eine der beiden Erkrankungen gar nicht behandelt wird, weil sie durch sich überlap-

pende klinische Symptomatik, z. B. Gedächtnisprobleme, oft nicht richtig diagnostiziert werden, und sich so der Krankheitsverlauf rasch verschlechtert (Jonker et al. 2000); bei Vorliegen einer Depression kommt es bei dementen Patientinnen und Patienten etwa dreimal so häufig zu einer Einweisung in ein Altersheim im Vergleich zu nicht Depressiven.

Eine adäquate Diagnose und Behandlung der depressiven Erkrankung erscheint essentiell, da vor allem bei älteren Frauen, und insbesondere bei jenen, die in Alters-/Pflegeheimen untergebracht sind, Suizidgedanken besonders häufig auftreten (Barnow & Linden 2002). Depressive ältere Frauen suchen zwar im Vergleich zu depressiven älteren Männern wesentlich häufiger eine Behandlung auf, aber bekommen auch wesentlich häufiger mit zunehmendem Alter mehrere Medikamentenverschreibungen gleichzeitig, und besonders häufig Benzodiazepine, die ein hohes Suchtpotenzial aufweisen (Nyunt et al. 2009; Jyrkkä et al. 2009; Cheng et al. 2008). Nur eine adäquate integrative Behandlung der depressiven Erkrankung sowie der vorhandenen Komorbiditäten unter Rücksichtnahme auf die individuellen Lebensumstände kann die subjektive Lebensqualität älterer Menschen verbessern und auf Dauer erhalten.

Literatur bei den Verfasserinnen

Verena Metz & Gabriele Fischer, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, E-Mail: gabriele.fischer@meduniwien.ac.at, verena.metz@meduniwien.ac.at, www.sucht-news.at

Angelika
Voß

Frauenspezifische Aspekte der Altersdepression – insula incognita im Meer der Traurigkeit

Verknüpfungen von Alters- und Geschlechterforschung mit Ursachen, Häufigkeit, Diagnose und Therapie von Depressionen sind bislang ein ziemlich unbeackertes Feld, eine unbekannte Insel im Meer der Traurigkeit, der ich mich hier annähern will. Zu unterscheiden ist zum einen zwischen der Depression im Alter und andererseits der Altersdepression. Als Depression im Alter wird eine Depression bezeichnet, die bereits im Lebensabschnitt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr aufgetreten ist und nach dem 60. Lebensjahr als Rezidiv (Rückfall) erneut einen Schatten auf die Seele wirft. Als Altersdepression wird dagegen jene Erkrankung verstanden, die sich erstmals nach dem 60. Lebensjahr manifestiert, und nur diese wird hier näher beschrieben. Wichtige Alarmzeichen für Hausärzte/Allgemeinmediziner/innen, Pflegende und Angehörige sind: Gefühle von Wertlosigkeit, häufiges Nachdenken über den Tod und Selbstmordgedanken, aber auch Klagen über Schlafstörungen.

Einig ist sich die Forschung bislang im Folgenden: Die höchste Rate an Neuerkrankungen bei Frauen betrifft die Zeit der reproduktiven Phase. Doppelt so viele Frauen wie Männer erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression. Botenstoffe im

Gehirn reagieren unterschiedlich auf Stress und auf Sexualhormone, wodurch der These einer hormonell bedingten „Verletzlichkeit“ von Frauen Auftrieb gegeben wird (Menstruationszyklen, Schwangerschaft, Menopause, s. Beiträge in diesem Heft). Mit dem Alter verschwindet der geschlechtsbedingte Unterschied nach bisherigem Kenntnisstand wieder, es besteht möglicherweise sogar ein leicht höheres Risiko für Männer. Allerdings focussiert sowohl die Hormontheorie als auch die vermutete genetisch bedingte stärkere Reaktionsweise auf Stress bei Frauen nur auf biologische Faktoren; die sozialen Lebenswelten und Erfahrungen von Frauen bleiben zur Erklärung des Gender Gap (Geschlechterkluft) unberücksichtigt. Zumindest unter Annahme einer genetisch bedingten stärkeren Reaktionsweise auf Stress dürfte der Geschlechterunterschied im Alter nicht vollständig aufgehoben sein. Außerdem sind unterschiedliche, geschlechtsabhängige Symptome bei Depressionen eher ein Anzeichen für erlernte Verhaltensweisen im Umgang damit. Bei Frauen lassen sich vor der Ausprägung einer Depression öfter Angsterkrankungen feststellen, die ihrerseits depressionsfördernd wirken. Männer hingegen zeigen eher Abhängigkeitsprobleme und andere auffällige Verhaltensweisen wie Aggressivität,

die sowohl Symptom wie Auslösefaktoren sein können. Doch zu warnen ist vor einer Übergeneralisierung, denn: einsame ältere Frauen greifen ebenfalls häufiger zum Alkohol als Selbstmedikation und Seelentröster. Pflegenden ist auch das oft aggressive Verhalten von älteren Menschen bekannt, die unter ihrer Abhängigkeit und eingeschränkter Mobilität, Schmerzen und möglicherweise erlebter Vernachlässigung leiden.

Uneinigkeit herrscht auch weitgehend darüber, wie hoch der Anteil älterer Männer und Frauen in den verschiedenen Altersgruppen ist, die an einer Depression erkranken. Während einige Mediziner bzw. Medizinerinnen von 10% ausgehen, liegen die Schätzungen aus der geriatrischen Pflegeforschung mit 20-30% deutlich höher. Etwa 3% leiden unter einer schweren Altersdepression. Danach sind Depressionen die häufigste psychische Störung im Alter. Die Selbstmordrate der an Depression Erkrankten über 55jährigen liegt bei Männern wie Frauen gleichermaßen um ein Vierfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung. Gleichzeitig werden Altersdepressionen im Vergleich zu anderen Erkrankungen des Alters immer noch als vorübergehende Befindlichkeitsstörung eingestuft. Dieser Widerspruch ergibt sich offenbar aus der unterschiedlichen Wahrnehmung von Mediziner/innen und Pflegepersonal aufgrund der unterschiedlichen Dauer und Blickrichtung der Befassung mit den Patient/innen. Mit dem Alter nehmen insbesondere bei Frauen chronische Erkrankungen und Mehrfacherkran-

kungen zu, wodurch sich die medizinischen Bemühungen in erster Linie auf die Aufrechterhaltung der Organfunktionen wie Nierenentlastung, Blutdrucksenkung, Stabilisierung des Herzkreislaufsystems, Schmerzreduktion bei Wirbelfrakturen durch Osteoporose, Behandlung von Schlafstörungen und anderes mehr richten. Pflegepersonen erleben dagegen die Patient/innen intensiver, nehmen eher Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Antriebs- und Teilnahmslosigkeit und Stimmungstiefs während bestimmter Tageszeiten wahr.

Die Hilfsbedürftigkeit im Alter ist bei Frauen und Männern unterschiedlich ausgeprägt. Es vollzieht sich ein spürbarer Verlust der Selbständigkeit durch Einschränkung der Körperfunktionen. Frauen sind dabei wesentlich häufiger auf Hilfe beim Verrichten der alltäglichen Aktivitäten angewiesen als Männer. Sie benötigen – auch aufgrund längerer Lebenszeit – mehr Hilfsmittel, kommen öfter in Alten- und Pflegeheime und werden seltener von ihren Partnern gepflegt als umgekehrt. Aus den vorgenannten Gründen kommt Pflegekräften eine hohe Bedeutung als Schnittstelle zur Erkennung von Altersdepressionen zu. Für Frauen wie für Männer gilt, dass Pflegende am ehesten tagesabhängige Stimmungsänderungen wahrnehmen und die „hellen“ Momente als Zugang zu den sonst sozial eher verschlossenen Patient/innen nutzen können.

Mögliche Ursachen für Altersdepressionen und das Problem ihrer Entdeckung

Mit zunehmendem Alter treten nicht nur körperliche Beschwerden und Einschränkung der Mobilität verstärkt auf, es nimmt auch die Zahl derer zu, von denen sich ältere Menschen für immer durch deren Tod verabschieden müssen: Ehepartner, Freundinnen und Freunde, Nachbarn, im hohen Alter nicht selten auch die eigenen Kinder. Eingeschränkt in ihrer Mobilität sind sie eigentlich auf mehr soziale Kontakte in ihrem Zuhause angewiesen, doch gerade diese nehmen aus den genannten Gründen eher ab. Im Unterschied zu Männern basiert das Gesundheitspotenzial von Frauen weitgehend auf sozialen Netzen, während Männer in erster Linie bis zum Rentenalter die Kollegen und schließlich die Partnerin als wichtigsten sozialen Kontakt betrachten. Männer profitieren daher mehr von einer Lebensgemeinschaft als Frauen. Aufgrund kürzerer Lebenszeit entfällt bei vielen die Verlusterfahrung, die Frauen vielfältiger trifft. So ist mittlerweile in der Diskussion um die Auslöser für Altersdepressionen unbestritten, dass die soziale Isolation, der soziale Tod, der Wechsel in eine unbekannte und nicht selbst gewählte neue Umgebung - Pflege-/Seniorenheim, häufige Krankenhausaufenthalte, verknüpft mit chronischen Erkrankungen, Schmerzen und Verlust der Selbständigkeit bedeutenden Einfluss auf das Auftreten von Depressionen der älteren und hochbetagten Menschen nimmt.

Depressive Störungen können durch primär organische Erkrankungen gefördert werden; wie etwa Anämie bei Vitamin B12-, Eisen- und Folsäuremangel oder Schilddrüsenunterfunktion - eine stärker Frauen als Männer betreffende Erkrankung. Des Weiteren können Leber-, Nieren- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie chronische Vergiftungen wie z. B. durch Alkohol einen ungünstigen Einfluss haben. Spurenelementanalysen können helfen, der aufgrund von Appetitlosigkeit auftretenden Mangelernährung durch gezielte Unterstützung mit Spurenelementen und Vitaminen entgegenzuwirken und das Wohlbefinden zu verbessern. Am häufigsten finden sich Depressionen infolge einer chronischen Erkrankung wie Parkinson (50%), Schlaganfall (30-40%) und Demenz (30%).

Verhängnisvoll kann es für Frauen sein, durch Mehrfacherkrankungen auf verschiedene Medikamente angewiesen zu sein, deren Inhaltsstoffe ihrerseits die Entstehung einer Depression begünstigen oder gar auslösen. Zu diesen gehören unter anderem einige Blutdrucksenker, Antiparkinsonmittel, Beruhigungs- und Schlafmittel, Beta-Blocker, Hormonpräparate, Corticosteroide. Gleichzeitig überlagern die Primärerkrankungen häufig die Symptome einer Depression wie Lethargie, Schlafstörungen, Appetitverlust, oder sie werden als „senile Demenz“ missinterpretiert. Bei der Gabe von Beruhigungs- und Schlafmitteln als Verlegenheitstherapie einer unerkannten Depression ist außerdem zu bedenken, dass einige Wirkstoffe abhängig machen können.

Klagen über die sozialen und körperlichen Einbußen wurden noch bis vor wenigen Jahren in Lehrbüchern der Psychotherapie als „Jammer-Depression“ bezeichnet und zeigt uns damit, wie gering die Kenntnisse über Altersdepressionen und deren effektive Behandlung waren. Viel zu wenig wurde (und wird) den Hinweisen auf verminderte Lebensfreude und Neigung zu Selbstmordgedanken bei älteren Patient/innen Aufmerksamkeit geschenkt. Auch die Zunahme von Alkoholkonsum bei älteren, vereinsamten Patientinnen verläuft weitgehend unentdeckt, wobei erhöhter Alkoholkonsum ebenso zu den Auslösefaktoren für Depressionen gerechnet werden muss. Inzwischen hat sich jedoch die Erkenntnis durchgesetzt, dass auch die Altersdepression sehr gut behandelbar ist und dringend mehr Aufmerksamkeit im gesamten Gesundheitswesen darauf gerichtet werden muss.

Schutzfaktoren und Bestärkungen

Auch ältere und alte Menschen haben Entwicklungspotenziale und können psychische Widerstandsfähigkeit entwickeln, um einer Depression entgegen zu wirken. Deshalb gilt es, die Anzeichen für den Lebenswillen zu erkennen und zu unterstützen. Positive Erfahrungen haben bisher Alten- und Pflegeheime gemacht, in denen entweder Haustiere zugelassen sind oder in deren Einrichtungen Therapeuten/innen Tiere in die Behandlung mitbringen.

Gerade die älteren „Nur-Hausfrauen“ haben die alltäglichen Verrichtungen

im Haushalt, einschließlich Kochen, Waschen und Bügeln, Putzen und Bettenmachen als Aufgabe bis ans Lebensende nie in Frage gestellt; Präventionskonzepte zur Altersdepression sollten diese Potenziale, Kenntnisse und Gewohnheiten berücksichtigen.

Um den Geist fit zu halten sind unnötige Medikamentengaben gerade bei Älteren zu vermeiden. Die Vielzahl von Verordnungen bei Mehrfacherkrankungen bei Frauen im Alter können zu Medikamentencocktails führen, die der Organismus nur schwer verkraften kann. So kann es zum verzögerten Abbau von Beruhigungs- und Schlafmitteln kommen, die ihrerseits Schwindelattacken auslösen und die Sturzgefahr erhöhen. Knochenbrüche und damit die weitere Einschränkung der Mobilität sind die Folge. Die Wirkung der Medikamente wie die dadurch bedingte weitere Einbuße der Selbständigkeit begünstigen dann wiederum die Gefahr einer Depression.

In der geriatrischen Pflege und auch im Bündnis gegen Depressionen wird daher geraten, im Alter öfter auf Naturheilmittel wie Baldrian als Einschlafhilfe, Johanniskraut als „Gemütsaufheller“ gegen Depression oder Tees zur besseren Entwässerung des Körpers zurückzugreifen. Insgesamt hält die Homöopathie eine ganze Reihe von Mitteln bereit, die bei Frauen als gute Unterstützung gegen Depression eingesetzt werden können. Ihr Vorteil liegt darin, dass sie als Niedrigpotenzen keine Nebenwirkungen zeigen und individuell mit Rücksicht auf andere

Beschwerden zum Einsatz kommen. Werden spezielle pharmazeutische Antidepressiva eingesetzt, sollte immer die verzögert einsetzende Wirkung von 2-3 Wochen sowie das Zusammenspiel mit anderen Medikamenten berücksichtigt werden. Alle diese Bemühungen können jedoch nicht einen zentralen Aspekt der

Entstehung von Altersdepressionen ersetzen: der dringend notwendige soziale Kontakt, die intensive Befassung mit den alten und hochbetagten Menschen in Heimen und in ihrem Zuhause, damit die Seele der Frauen nicht bis zum Lebensende Trauer trägt.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. rer. biol. hum. Angelika Voß, Dip.-Päd., Referentin für Gesundheitsförderung, Expertin für Gender Medizin, E-Mail: voss.angelika@gmx.de

Mediothek

40 | **Gleich, gleicher, ungleich** 41 | **Ein freudiges Ereignis?! Arbeitsschutz in Schwangerschaft und Stillzeit** 41 | **Arzneimittelforschung an schwangeren Frauen** 42 | **clio 70: Bauchgefühle** 42 | **Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women** 43 | **Gestörte Weiblichkeit** 43 | **Gender Medizin** 44 | **eben leben**

Gleich, gleicher, ungleich. Paradoxien und Perspektiven von Frauenrechten in der Globalisierung

Das Buch bietet fundiertes Hintergrundwissen zur Entwicklung einer globalen Frauenbewegung und entwirft Perspektiven zur Umsetzung von Geschlechtergerechtigkeit. Der erste Teil ist der Dokumentation der Globalisierung der Frauenrechtsbewegung und dem Versuch der Globalisierung von Frauenrechten gewidmet. Im zweiten Teil werden die Paradoxien der Integration und Partizipation in der Globalisierungsphase beschrieben – die erfolgreiche Teilhabe von Frauen am Arbeitsmarkt, in der Politik und anderen öffentlichen Bereichen führte weder zu mehr Geschlechtergerechtigkeit, noch zu einem Ende von Diskriminierung und Gewalt und brachte keine entscheidende Umverteilung von Macht, Ressourcen und Rechten. Im dritten Teil werden neue Ansatz-

punkte einer Frauenbewegung entworfen, die sowohl Frauenrechte und Geschlechtergerechtigkeit als auch eine sozial gerechte und ökologisch nachhaltige Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung im Blick hat. Hierbei geht es jedoch eher um ein „suchendes Voranschreiten“ auf neuen Wegen, die erst von und mit den Akteurinnen entwickelt werden müssen, als um eine Auflistung von ‚fertigen‘ Strategien.

Dieses sehr zu empfehlende Buch ist lohnend für junge Akteurinnen als auch für langjährig aktive Frauenrechtlerinnen. Mit dem Rückblick auf die Entwicklung der globalen Frauenbewegung und das bisher erreichte bietet es eine gute Standortbestimmung und gibt gleichzeitig Anregungen für künftige Handlungsfelder und -wege. (Alexandra Jahr)

Christa Wichterich: **Gleich, Gleicher, Ungleich. Paradoxien und Perspektiven von Frauenrechten in der Globalisierung**. Ulrike Helmer Verlag, 2009, Sulzbach/Taunus, 240 Seiten, ISBN 978-3-89741-289-7, 19,00 Euro

Ein freudiges Ereignis?! Arbeitsschutz in Schwangerschaft und Stillzeit

Mit dieser Broschüre wird ein Handlungsleitfaden für Arbeitgeber, Personalverantwortliche und Interessenvertretungen, für betriebsärztliche Dienste, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder auch für Juristinnen und Juristen vorgelegt, der anhand von praktischen Beispielen und Erfahrungen die verschiedenen Aspekte von Arbeitsschutz in Schwangerschaft und Stillzeit beleuchtet. Es sollen Anregungen gegeben werden, wie eine familienfreundliche Perso-

nalpolitik aussehen kann, die den produktiven Umgang mit Schwangerschaft und Stillzeit mit einschließt. Die allgemeine Gefährdungsanalyse, durch die Schwangere ganz aus einem Bereich oder dem Betrieb herausgenommen würden, ist zu ersetzen durch eine vorausschauende differenzierter analysierende Gefährdungsanalyse. Eine solche Gefährdungsanalyse ist mit Einstellen gebärfähiger Frauen erforderlich. (us)

Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hrsg.): **Ein freudiges Ereignis?! Arbeitsschutz in Schwangerschaft und Stillzeit.** Bremen, März 2010, 52 Seiten, kostenloser Download unter www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Downloads/Broschueren_Studien/Ein_freudiges_Ereignis.pdf

Arzneimittelforschung an schwangeren Frauen. Dilemma, Kontroversen und ethische Diskussionen

Probleme, die auftreten, wenn keine erforschten Medikamente für schwangere Frauen zur Verfügung stehen, machen eine Arzneimittelforschung im Sinne einer besseren Versorgung schwangerer Frauen notwendig. Arzneimittelforschung an Schwangeren ist jedoch seit dem Contergan-Skandal ein Tabu. Verina Wild analysiert die Gründe für dieses

Tabu und stellt Forschungsdesigns vor, die es ethisch vertretbar machen, Schwangere einzubeziehen. Die Autorin analysiert zudem die Leitlinien zur Forschung an schwangeren Frauen und lässt diese selbst auch zu Wort kommen. Das vorliegende Buch ist eine überarbeitete Fassung einer medizinethischen Dissertation. (us)

Verina Wild: **Arzneimittelforschung an schwangeren Frauen. Dilemma, Kontroversen und ethische Diskussionen.** Campus Verlag, Frankfurt a. M., 2010, 256 Seiten, ISBN 978-3-593-39053-6, 32,90 Euro

clio 70 - Bauchgefühle Magen- und Darmprobleme bei Frauen

Die neue Ausgabe widmet sich einem wichtigen Bereich in der Gesundheit von Frauen: Den Organen Magen, Darm und Leber und geht ihren Funktionen und Störungen nach. Magen und Darm sind Organe, die besonders leicht von Stress und Belastung beeinträchtigt werden können. Schwerpunkt ist wie immer der frauenspezifische Blick. Auch weniger bekannte Aspekte, z. B. die Bedeutung eines intakten Darms für die Gesundheit, werden aufgegriffen. Sehr spannend ist auch der Blick

auf die Leber, unserem wichtigsten Entgiftungsorgan, und ihre Bedeutung für den Stoffwechsel. Ab den Wechseljahren wird die Stärkung dieser wichtigen „Chemiefabrik“ immer wichtiger.

Die Historikerin Barbara Duden geht in einem Rückblick auf 30 Jahre Frauengesundheitsbewegung der Frage nach, wie aus der Forderung von Frauen nach Selbstbestimmung eine professionelle und gesellschaftliche Forderung an Frauen wurde. (us)

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin (Hrsg.): **clio 70. Bauchgefühle. Magen- und Darmprobleme bei Frauen**, Mai 2010, ISSN 0933-0747 zu beziehen für 4,20 Euro über den Buchhandel oder über das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Bamberger Str. 51, 10777 Berlin, Tel.: (0 30) 213 95 97, Fax: 030 / 214 19 27, E-Mail: ffgzberlin@snafu.de (zzgl. Versandkosten 1,20 Euro)

Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women

Nach 2006 ist 2010 das zweite Buch des European Women's Health Network (EWHNET) erschienen. Es geht um den Zugang von Frauen aus verschiedenen europäischen Ländern zu Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Versorgung, z. B. um die besonderen Zugangsprobleme für Mi-

grantinnen und sozial benachteiligte Frauen. Die Aspekte häusliche Gewalt und reproduktive Gesundheit, aber auch die globale Sicht auf das Thema sowie ein methodischer Beitrag, wie gesundheitliche Ungleichheiten zu analysieren sind, werden aufgegriffen. (us)

Vera Lasch, Ute Sonntag, Ulrike Maschewsky-Schneider (Eds.): **Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women**, kassel university press, Kassel, 2010, ISBN (print) 978-3-89958-740-1, ISBN (online) 978-3-89958741-8, 186 Seiten, 29,00 Euro
Kostenlos zu lesen unter www.upress.uni-kassel.de/publi/abstract.php?978-3-89958-740-1

Gestörte Weiblichkeit

Millionen Mädchen und Frauen weltweit leiden immer häufiger an frühzeitiger Pubertät, Unfruchtbarkeit und Brustkrebs. Eine Erklärung dafür könnte die vermehrte Belastung durch hormonell wirksame oder hormonartig wirkende Substanzen sein, so genannte endokrine Disruptoren. In den letzten 70 Jahren wurden mehr als 80.000 Chemikalien für den Handel neu registriert. Nicht alle sind gesundheitsschädigend, aber viel zu wenige sind auf ihre Gesundheitsrisiken überprüft. Nicht wenige

stehen in Verdacht, hormonell wirksam zu sein.

Diesem Problembereich der endokrinen Disruptoren sind 18 führende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nachgegangen. Das Ergebnis des Workshops ist Gegenstand der amerikanischen Publikation „Girls, Disrupted“. Women in Europe for a Common Future (WECF) Deutschland hat diese Ergebnisse ins Deutsche übersetzt und relevante Stellen durch Informationen über die Situation in Deutschland ergänzt. (us)

Women in Europe for a Common Future (Hrsg.): **Gestörte Weiblichkeit. Endokrine Disruptoren und das weibliche Fortpflanzungssystem.** Ein Bericht über den Workshop „The Women’s Reproductive Health and the Environment (Das weibliche Fortpflanzungssystem und die Umwelt). München, April 2010, 40 Seiten, zu beziehen über www.wecf.eu

Gender Medizin

2004 war „gender medizin“ das erste deutschsprachige Buch zum Thema. Mittlerweile hat sich die Gendermedizin in mehreren Hochschulen und Zentren etabliert. Zu nennen sind z. B. das Institut für Gender in der Medizin in der Charité - Universitätsmedizin Berlin und das Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Brigitte Lohff, eine der Herausgeberinnen, arbeitet an der MHH, Anita Rieder an der Medizi-

nischen Universität Wien. Zielgruppe für dieses Buch sind Ärztinnen und Ärzte sowie Studierende. Der Genderaspekt soll ihnen so praktisch und so nahe wie möglich gebracht werden. In der zweiten Auflage sind die Kapitel Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakotherapie, Public Health als Basis für klinische Forschung in Gender Medizin, Hören und Gender, genderspezifische Radiologie sowie Urologie, Gynäkologie und Gender neu dazu gekommen. (us)

Anita Rieder, Brigitte Lohff (Hrsg.): **Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis.** 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer Verlag, Wien, New York, 2008, 542 Seiten, ISBN 978-3-211-68289-0, 99,95 Euro

eben leben

„eben leben“ verleiht Frauen, die HIV-positiv getestet wurden, in Deutschland Stimmen. Über das Schreiben bringen die nicht mehr ganz jungen 16 Autorinnen ihre ganz persönlichen Erfahrungen, Ängste, Wünsche, Hoffnungen und Pläne zum Ausdruck. Mit dem Buch ist es gelungen, HIV/Aids aus frauenspezifischer Sicht ins Bewusstsein zu rücken und die Vielschichtigkeit der mit der Diagnose verbundenen Einschnitte in das Leben der betroffenen Frauen aufzufächern. Die unterschiedlichen Zugangswege in Gedichten, Geschichten und Berichten sind in die drei Themenbereiche Einblicke, Augenblicke und Ausblicke unterteilt. Sie vermitteln den Leserinnen in beeindruckender Weise den Willen, sich Stigmatisierung (Familiengeheimnisse Michaela R. 2001/2002; Gesellschaftsfähig? Martina 2002; Matthias' Wut Maggie Shepherdjohn 2007), dem Verlust geliebter Menschen (Eine wahre Geschichte, Ilse 2004) zerplatzter Träume (Gestern Hildegard 2006; Grenzüberschreitungen M. 2004), Angst und Hoffnungslosigkeit (Ja, so einfach Asko 2003) durch das gelebte Leben selbst entgegen zu stellen. Sie zeigen aber auch, welche körperlichen Einschränkungen (Leben mit der Wirklichkeit Andrea 2004) und Ängste (HIV und seine Spuren Michaela N. 2009) mit der Erkrankung verbunden sind. In vielen Beiträgen wird deutlich,

wie wichtig für die Frauen die Teilhabe am „normalen“ Leben ist. Ein weiteres immer wiederkehrendes Thema ist die Bedeutung der Gemeinschaft, das Zusammengehörigkeitsgefühl, die Überwindung der Isolation (Lebendige Zeit Katja 2007) für viele verbunden mit dem Projekt „Positive Frauen“ des FrauenGesundheitsZentrums München, in dem auch dieses Buch entstand. Nicht zuletzt drehen sich die Gedichte und Geschichten auch um das Bedürfnis nach Liebe und Zärtlichkeit (Liebe Mila 2007, Ein Garten voller Leben Miriam 2007), das Zulassen von Verliebtheit und Eingehen neuer Partnerschaften sowie Muttersein (2009: 26 Jahre mit HIV Susanne Stern 2009; Erstens kommt es anders und zweitens als man denkt Elena 2009).

Das Buch macht Hoffnung - nicht nur Frauen, die von HIV/Aids betroffenen sind. Letztlich zeigen die Gedichte und die Geschichten die Potenziale auf, wie das Leben mit der Krankheit akzeptiert werden kann (Erinnerungen Anja 2007; Lust und Frust Angelika 2007). Das Buch „Eben leben.“ entstand als weitere Publikation des Projekts „Positive Frauen“ des FrauenGesundheitsZentrums München und wurde kurz nach Erscheinen mit dem Annemarie Madison-Preis ausgezeichnet. (Angelika Voß)

FrauenGesundheitsZentrum München (Hrsg.): **Eben leben. Geschichten, Berichte und Gedichte HIV-positiver Frauen**, München, 2009, 94 Seiten, 5,00 Euro, Bezug über FGZ München, Nymphenburger Straße 38/Rgb., 80355 München, www.fgz-muc.de

Das Prostitutionsgesetz

Die Zahl der Prostituierten und Bordellbetriebe hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt bis verdreifacht. Am 1.1.2002 trat das Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten in Kraft. Dieses Buch zieht Bilanz, wie sich das Gesetz auf die Prostitution auswirkt. Dabei werden aktuelle Studien dargestellt, z. B. zum Thema Gewalt in der Prostitution, Sicherheit und Gesundheit. Weiter finden sich Beiträge zu den Auswirkungen des Gesetzes auf Ausstiegshilfen aus der Prostitution und Studien zu Motiven

der Freier. Aktuelle Fragestellungen werden erörtert wie der Wandel der Arbeitsbedingungen in der Prostitution oder die Besteuerung sexueller Dienstleistungen. Konzepte sozialer Arbeit wie Beratung von Prostituierten, Unterstützung von Straßenprostituierten oder die berufliche Integration von Prostituierten werden vorgestellt. Um die deutsche Situation besser einordnen zu können, werden Perspektiven anderer europäischer Länder wie den Niederlanden, Schweden, Großbritannien und Frankreich herangezogen. (us)

Barbara KavemannN, Heike Rabe (Hrsg.): **Das Prostitutionsgesetz. Aktuelle Forschungsergebnisse, Umsetzung und Weiterentwicklung**, Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2009, 314 Seiten, ISBN 978-3-86649-211-0, 29,90 Euro

Handbuch der Mädchen-Pädagogik

Das Handbuch stellt den Gegenstandsbereich Mädchen und junge Frauen systematisch, interdisziplinär und umfassend dar. Es versammelt 26 Beiträge in sechs Kapiteln. Dabei geht es um Mädchenpädagogik aus Sicht der Bezugswissenschaften Entwicklungspsychologie, Hirnforschung oder Sozialisationstheorie, es geht um Mädchen in Kindergarten, Schule und Ausbildung sowie den naturwissenschaftlichen und technischen

Bereich. Körper, Gesundheit und Bewegung werden thematisiert, als sozialpädagogische Angebote werden Mädchen in Erziehungshilfen und Mädchenarbeit in der Sozialpädagogik dargestellt. Abschließend werden aktuelle Ergebnisse der Mädchenforschung präsentiert und der Weg hin zu einer Mädchenpädagogik skizziert. Das Handbuch richtet sich an alle pädagogisch Tätigen und Interessierten. (us)

Michael Matzner, Irit Wyrobnik (Hrsg.): **Handbuch Mädchen-Pädagogik**, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010, 414 Seiten, ISBN 978-3-407-83166-8, 39,95 Euro

Zwei neuen Broschüren zu Körper und Sex

Die BARMER/GEK hat im Juni 2010 zwei neue Broschüren für Jugendliche vorgelegt. Die Broschüre „Was Dich bewegt - Über die körperliche Entwicklung“ informiert über verschiedene Aspekte der Pubertät und sensibilisiert Jugendliche für das Thema Sexualität - insbesondere im Hinblick auf Verhütung und Schutz vor Infektionskrankheiten. Sie hat einen Teil nur für Mädchen, einen

Teil nur für Jungen und einen Teil für beide Geschlechter.

Die Broschüre „Sechs Kapitel zum Sex - über Liebe, Lust und Leid beim Erwachsenwerden“ richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene. Sie sensibilisiert für das Thema Sexualität und zeigt verschiedene Aspekte der körperlichen Entwicklung auf. (us)

BARMER/GEK: **Was dich bewegt. Über die körperliche Entwicklung**, Juni 2010, 55 Seiten. BARMER/GEK: **Sechs Kapitel zum Sex. Über Liebe, Lust und Leid beim Erwachsen werden**, Juni 2010, 55 Seiten. Beide Broschüren sind in den Geschäftsstellen der BARMER/GEK und im Netz unter www.barmer-gek.de verfügbar.

Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte

In welcher Situation befinden sich ältere Pflegekräfte ab 50 Jahren? Warum verlassen so viele von ihnen aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig den Beruf? Was kann getan werden, um gegen zu steuern?

In diesem Buch analysiert Wolfgang Hien die Arbeitsbedingungen der Krankenschwestern in Bremer Krankenhäusern und Bremer Pflegeeinrichtungen.

Im Mittelpunkt des Buches stehen qualitative Interviews mit Pflege-

kräften. Durch die Auswertung dieser Interviews verleiht der Autor den Pflegekräften eine Stimme. Neben Hinweisen auf erschreckende Belastungen und Überforderungen durch mangelnde Arbeitsorganisation werden auch die Chancen und Hoffnungen der Pflegekräfte deutlich.

Dieses Buch gibt Anregungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, damit diese lange gesund pflegen können. (Elena Graf)

Wolfgang Hien: **Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte**, Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., 2009, 226 Seiten, ISBN 978-3-940529-42-8, 19,90 Euro

Termine

Datum/Ort	Titel	Informationen über:
20.-24.09.2010 Berlin	EUGIM Margherita von Brentano Summer School 2010 on Gender Medicine	Institute of Gender in Medicine (GiM) Charité - Universitätsmedizin Berlin http://tinyurl.com/23m5fyq
21.-25.09.2010 Berlin	Individualisierte Prävention und Epidemiologie: Die moderne Medizin, Kongress, mit Block zu geschlechtsspezifischer Gesundheitsforschung	Dt. Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Dt. Gesellschaft für Epidemiologie www.kongress2010.de/de/programm/
27.-29.09.210 Osnabrück	Familienhebammen im Landkreis Osnabrück	www.maternal-health.de Tel.: (0541) 969 - 24 69 E-Mail: kmakowsk@uos.de
29.09.2010 Ulm	Mehr Genderkompetenz in der Kommune Fachtagung	Forschungsinstitut tifs e. V Tel.: (0 70 71) 3 11 44 http://tinyurl.com/25xm7cq
05.10.2010 Berlin	Alkohol - für Frauen (k)ein Problem? Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung	www.drogenbeauftragte.de
06.-07.10.2010 Hannover	Sprechstunde Adipositas - Fortbildung zum Umgang mit adipösen und essgestörten adipösen Personen in der ambulanten Praxis	EssLust - Verein zur Förderung eines selbstbestimmten Essverhaltens e.V. Dr. Kathrin Beyer, Tel.: (05 11) 1 62 60 66, E-Mail: info@beyer-beratung.dev
27.10.2010 Bremen	Welche Sprache spricht unser Gesundheitssystem? Fachtag zur Gesundheitsversorgung von Migrantinnen in Bremen	Bremer Forum Frauengesundheit, c/o Angelika Zollmann, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, E-Mail: angelika.zollmann@frauen.bremen.de
05.-07.11.2010 Berlin	Frauengesundheit: Kooperation zwischen Konkurrenz und Solidarität, AKF Jahrestagung	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V., Tel.: (030) 86 39 33 16
15.11.2010 Celle	Flexibilität in Sozial- und Pflegeberufen - wie gesund sind Teilzeit, Leiharbeit, Billigjobs...? 24. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen	Claudia Hasse, Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Tel.: (05 11) 1 20 29 64, E-Mail: claudia.hasse@ms.niedersachsen.de
25.11.2010 Hannover	Sucht und Gewalt - Zwei Seiten einer Medaille? XX. Niedersächsische Suchtkonferenz	www.gesundheit-nds.de
02.-04.12. 2010 Berlin	Fundamentalism and Gender: Scripture-Body-Community International Conference	Humboldt-Universität zu Berlin, E-Mail: gradkollgeschlecht@hu-berlin.de

| Fragen, Kritik oder Anregungen?

Ursula Jeß
Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit
und Integration

Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover

ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen

Goseriede 10-12 (Haus D)
30159 Hannover

hildegard.mueller@profamilia.de

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2
30165 Hannover

ute.sonntag@gesundheit-nds.de