

Dokumentation
[REDACTED] der
Expertentagung
”Frauen und Gesundheit”

020028



Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 200-Tel.. 8992-0
51109 Köln
Telefax-Nr. 0221-8992-300

Expertentagung

"Frauen und Gesundheit"

am 04. und 05. Mai 1987 in Travemünde

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 2.2.13

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	<u>Seite</u>
I. <u>Einführende Referate</u>	
- Förderung der Gesundheit der Frau - Aufgabe der Gesundheitserziehung Frau Dr. Elisabeth Pott, Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	1
- Zur gesundheitlichen Lage der Frau Frau Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin	8
II. <u>Tagungsprogramm</u>	70
III. <u>Zusammenstellung der Thesenpapiere</u>	
Arbeitsgruppe I: Biologische Umbruchphasen der Frau (Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium)	
- Pubertät - Dr. Peter Franzkowiak	74
- Schwangerschaft - Dr. med. Claudia Schumann	79
- Klimakterium, Menopause, Postmenopause - Prof. Dr. med. Tietze	83
Arbeitsgruppe II: Chronische Erkrankungen bei Frauen	
- Frauenspezifische Aspekte von Herz-Kreislauf-Erkrankungen - Dr. Carola Halhuber Dr. Karin Siegrist	88
- Frauenspezifische Aspekte von Krebs-Erkrankungen - Dr. Gabriele Hundsdörfer	92

Arbeitsgruppe III:	Das sogenannte Frauensyndrom (Vegetative Dystonie, Kopfschmerzen, Hypotonie, Wetterfühligkeit, chronische Obstipation und andere Befindlichkeitsstörungen)	
	- Daten zur Diagnose und Behandlung von Befindlichkeitsstörungen bei Frauen - Dr. Gerd Glaeske	97
	- Das sogenannte Frauensyndrom - frauenspezifische psychosomatische Störungen - Dr. Reinhild Geier	113
	- Bewältigung von Alltagsbelastungen und Befindlichkeitsstörungen durch psychotrope Medikamente - Sybille Ellinger	118
	- Die Beziehung zwischen Arzt und Patientinnen und ihre Bedeutung für die Diagnose und Behandlung von Befindlichkeitsstörungen - Dr. Irmgard Vogt	130
Arbeitsgruppe IV:	Erwerbstätigkeit von Frauen und ihre gesundheitlichen Folgen	
	- Erwerbstätigkeit von Frauen und gesundheitliche Folgen - Dr. Dr. Sabine Bartholomeyczik	135
	- Daten zur gesundheitlichen Lage von berufstätigen Frauen - Maria Oppen Hilke Rebenstorf	138
	- Die gesundheitliche Lage von nichterwerbstätigen Frauen Christa Leibing	142

	<u>Seite</u>
Arbeitsgruppe V:	
Gestörtes Eßverhalten bei Frauen (Adipositas, Bulima Nervosa, Anorexia Nervosa)	
- Übergewicht -	150
Dr. Beatrix Gromus	
- Bulima Nervosa -	155
Dr. Thomas Paul	
- Anorexia Nervosa -	158
Ilka Haisch	
Arbeitsgruppe VI:	
Förderung der Gesundheit der Frau versus Verantwortung der Frau für die Gesundheit der Familie	
- Das Rollenbild der Frau in den BZgA-Medien zu den Themen Familienplanung, Schwanger- schaft, Geburt und Gesundheits- förderung des Kleinkindes -	165
Margit Liebschner	
- Beispiel "Mütterzentren" - Hilfen für Familienfrauen, eine Balance zwischen der Fürsorge für sich selbst und der für andere zu finden. -	168
Lisa Marsh	

IV. Anhang

Teilnehmerliste

E i n f ü h r e n d e R e f e r a t e

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln
- Dr. med. Elisabeth Pott -

Förderung der Gesundheit der Frau - Aufgabe der Gesundheitserziehung / Einführung in die Thematik der Expertentagung

I. Begrüßung

Ich danke Ihnen , daß Sie unserer Einladung zur Expertentagung "Frauen und Gesundheit" gefolgt sind.

Ich tue dies auch im Namen der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung des Landes Schleswig-Holstein. Die Landesvereinigung hat wesentliche Hilfestellung bei der Vorbereitung dieser Tagung geleistet (Dr. Moritzen, Frau Kruse).

Die Zahl derer, die unserer Einladung gefolgt sind, war unerwartet hoch. Diese positive Resonanz unterstreicht, daß die Bundeszentrale mit dieser Veranstaltung ein Thema aufgegriffen hat, daß allen, die sich in der Forschung und in der Praxis mit Frauengesundheit beschäftigen, dringlich ist:

Gezieltere und intensivere Anstrengungen zur Gesundheitsförderung der Frau.

II. Zielsetzung der Expertentagung

Die Arbeitsfelder der Bundeszentrale sind:

- lebensbegleitend orientierte Gesundheitsförderung (von Schwangerschaft, Geburt, Gesundheitsförderung im Kleinkindalter, Gesundheitserziehung im Kindergarten und in der Schule etc.)
- Hilfen beim Abbau von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen
- krankheitsbezogene Maßnahmen
- Hilfen bei der Bewältigung von chronischen Krankheiten und Behinderungen

Die Kontinuität der Aufklärung wird durch ein Basisangebot von Medien- und Kursangebote gewährleistet; dazu kommen zeitlich begrenzte Schwerpunktaktionen, z.Zt.:

- Aufklärung über AIDS
- Kampagne zur Förderung des Nichtrauchens
- ÖGD-Programm

Für die kommenden Jahre ist als weitere Schwerpunkt das Thema "Förderung der Gesundheit der Frau" ins Auge gefaßt.

Neue Schwerpunktaktionen bedürfen einer langfristige Vorbereitung. Aktuelle Erfordernisse können diese Planungen wieder in Frage stellen. Ein Beispiel hierfür ist die AIDS-Aufklärung, die die Bundeszentrale zur Zeit (und aller Voraussicht nach auch in den kommenden Jahren) personell und finanziell stark belastet bzw. auslastet. Ich bin der Auffassung, daß die anderen Bereiche der gesundheitlichen Aufklärung darunter auf Dauer nicht leiden dürfen. Daß es der BZgA trotz der angespannten Verhältnisse durch die AIDS-Aufklärung gelungen ist, diese Tagung zu realisieren, ist ein Zeichen dafür.

Traditionell betont die Gesundheitserziehung den Beitrag der Frau zur Gesundheitserhaltung anderer, vor allem der Familie.

Im Mittelpunkt des Expertengesprächs soll jedoch die Gesundheit der Frau selbst stehen. Es soll dazu dienen, die vorhandenen Kenntnisse aus der Frauengesundheitsforschung und Kenntnisse aus der Praxis der Frauenarbeit über frauenspezifische Gesundheitsprobleme zusammenzutragen. Auf dieser Basis sollen:

- bereits jetzt erkennbare Ansatzpunkte für gesundheitserzieherische Maßnahmen für Frauen und
- frauenspezifische Ansprachewege und -formen sowie
- Hinweise zur Überarbeitung der bisher unabhängig voneinander entwickelten Medien der BZgA mit der Zielgruppe Frauen gefunden werden.

Die Expertentagung ist ein erster Schritt, ein nach Subzielgruppen, Themen und Methoden differenziertes gesundheitserzieherisches Gesamtkonzept für den Schwerpunkt "Frauen und Gesundheit" zu entwickeln.

III. Bisherige BZgA-Angebote für Frauen

Viele BZgA-Medien thematisieren den Beitrag der Frauen zur Förderung der Gesundheit des Kindes bzw. der Familie. Beispielsweise:

- Gesunde Schwangerschaft (in Vorbereitung)
- Das Baby
- Der Entwicklungskalender
- Kinderspiele - Anregungen zur gesunden Entwicklung von Kleinkindern
- Die gesunde Entwicklung des Kleinkindes (in Vorbereitung)

Im Rahmen des Projektes "Frauenspezifisches Mißbrauchsverhalten und Alltagsbelastungen" steht die Gesundheit der Frau selbst im Mittelpunkt:

"Für Mich " Ein Kalender für Frauen

Darüber hinaus gibt es einige Projekte mit einem hohen Anteil an frauenspezifischen Themen:

- Leben mit Krebs
- Bewußter leben
- Förderung der Krebsfrüherkennung (in Vorbereitung)

Berücksichtigt werden muß eine Reihe von geschlechtsneutral formulierten Medien und Maßnahmen, die aber fast ausschließlich von Frauen genutzt werden, wie z.B.:

- Wie Sie den Zeitpunkt für ein Kind selbst bestimmen können
- Kursprogramm "Abnehmen - aber mit Vernunft" (wird 90% von Frauen genutzt)

Die anschließende Präsentation gibt Ihnen die Gelegenheit, diese BZgA-Medien kennenzulernen und Sie mit Mitarbeitern meines Hauses zu diskutieren.

IV. Studien und Untersuchungen der BZgA

Innerhalb der letzten fünf Jahre hat die BZgA einige Literaturstudien und Untersuchungen zum Thema Frau und Gesundheit durchgeführt:

- Bedingungen gesundheitsschädigenden Verhaltens bei berufstätigen Frauen.
Literaturstudie Maschewsky-Schneider, 1982
- Frauen und Rauchen - Fallstudie Bundesrepublik Deutschland
Qualitative und quantitative Studie u.a. zur Motivation und soziokulturellen Bedingungen für die Entwicklung und Ausprägung weiblichen Rauchverhaltens.
A. Franke, U. Maschewsky-Schneider, U. Reuter, 1982/1983
- Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten und Bewältigungsformen zur Verhütung von Mißbrauchsverhalten (Medikamentenkonsum) in frauenspezifischen Konfliktsituationen.
Forschungsvorhaben, durchgeführt vom Institut für med. Soziologie. Universitätskrankenhaus Eppendorf, 1987
- Umsetzungsstudie zur Gesundheitserziehung weiblicher Jugendlicher zwischen Schule und Arbeitswelt.
Literaturstudie durchgeführt von P. Franzkowiak, 1986

Auch diese Studien werden wir Ihnen anschließend präsentieren. Das Vormittagsprogramm wird abschließen mit dem Referat von Frau Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin) zur gesundheitlichen Lage der Frau. Frau Maschewsky-Schneider ist Leiterin des vom BMJFFG geförderten und von der Bundeszentrale fachlich betreuten Forschungsprojektes "Gesundheitshandeln und Lebenslagen von Frauen aus unteren und mittleren sozialen Schichten".

V. Die 6 Arbeitsgruppen der Expertentagung

Der Vormittag mit der Präsentation der BZgA-Maßnahmen und dem Grundsatzreferat dient der Vorbereitung der themenzentrierten Arbeit. Auf dieser Weise soll eine gemeinsame Ausgangsbasis für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer geschaffen werden.

Das Kernstück dieser Expertentagung sind die 6 Arbeitsgruppen. In allen Arbeitsgruppen sollten sowohl die humanbiologischen und psychosozialen Aspekte von Gesundheit, Gesundheitshandeln und gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Erkrankungen einbezogen werden.

Rollenverständnis und -erwartungen an die Frau (Verantwortung der Frau für Familien- und Hausarbeit) geht mit großen Belastungen vieler Frauen einher, vor allem bei erwerbstätigen Müttern.

Diese Belastungen, frauenspezifische Bewältigungsmuster, die damit verbundenen physischen Beeinträchtigungen und psychosomatischen Störungen sind für alle Arbeitsgruppen von Bedeutung.

Wesentlicher gemeinsamer Gesichtspunkt muß dabei sein, daß das Leben von Frauen durch Familie und Erwerbstätigkeit bestimmt ist, wenn auch je nach Lebensphase mit unterschiedlicher Gewichtung.

Als Einstieg in die Diskussion in den Arbeitsgruppen hat die Bundeszentrale Expertinnen und Experten aus der Forschung und aus der Praxis gebeten, Thesenpapiere zu erarbeiten.

Die Mehrzahl der Thesenpapiere bestätigt noch einmal die Erkenntnisse aus den BZgA-Studien und Untersuchungen:

- trotz des gestiegenen Stellenwertes der Frauenforschung weisen die wenigsten Forschungsvorhaben einen Gesundheitsbezug aus,
- die Frage nach den gesunderhaltenden Bedingungen von Frauen und krankmachenden Bedingungen und Lebenskonstellationen (Frauengesundheitsforschung) wird nur in Ansätzen wissenschaftlich bearbeitet,
- es besteht ein Mangel an allgemeinen epidemiologischen Daten zur gesundheitlichen Lage von Frauen bzw. verschiedenen Gruppen von Frauen

Diese Wissens- bzw. Forschungsdefizite werden in den sechs Arbeitsgruppen sicherlich immer wieder thematisiert werden.

Ich bitte Sie jedoch dabei nicht das Ziel der Tagung "Neue Ansätze der Gesundheitserziehung zur Förderung der Gesundheit der Frau" aus dem Auge zu verlieren und Ihr besonderes Augenmerk auf die bereits bekannten Zusammenhänge und gesicherten Erkenntnisse zu richten, die ein gesundheitserzieherisches Handeln bereits heute nahelegen.

Bei der Auswahl der Themen waren für die Bundeszentrale u.a. folgende Gesichtspunkte ausschlaggebend:

AG I: Biologische Umbruchsphasen der Frau

Im Leben der Frau treten Umbruchsphasen auf, die von eminenter gesundheitlicher Bedeutung sowohl in biologischer als auch psychischer und sozialer Hinsicht sind: Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium. Vor allem Pubertät und Klimakterium wurden von der Gesundheitserziehung bisher vernachlässigt; bei der Schwangerschaft stand der Gesichtspunkt "Frauengesundheit" nicht im Zentrum. Alle drei Thesenpapiere weisen auf die gesundheitlichen Risiken einer mißglückten psychischen und sozialen Verarbeitung dieser Umbruchsphasen hin.

AG II: Chronische Erkrankungen bei Frauen

Die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Lage der Frau weisen bei chronischen Erkrankungen auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich Verteilung, Genese, Verlaufsformen und Rehabilitationschancen hin. Die zwei Thesenpapiere arbeiten an den epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen des Herzkreislaufsystems und der Krebserkrankungen diese Unterschiede eindringlich heraus. Gerade in dieser Arbeitsgruppe wird die Frage eine Rolle spielen, inwieweit man über die betroffenen Frauen hinaus auch andere Zielgruppen (Mitarbeiter in Gesundheitswesen, Familienangehörige etc.) ansprechen muß, um präventiv erfolgreich zu sein.

AG 3: Das sogenannte Frauensyndrom

Eine Reihe von empirischen Untersuchungen weisen darauf hin, daß Frauen im Vergleich zu Männern sich häufiger in ärztlicher Behandlung begeben. Im Vordergrund stehen dabei funktionelle bzw. schwer diagnostizierbare Befindlichkeitsstörungen wie Schwindelgefühle, Wetterfühligkeit, Müdigkeit usw., die unter dem Begriff Frauensyndrom subsummiert worden sind. Die vorgelegten Thesenpapiere geben einen guten Überblick, über die Entstehung und Bedeutung dieser Symptome, die Reaktion des Gesundheitswesens und problematisieren die Verordnungspraxis und Selbstmedikation einschlägiger vor allem psychotroper Arzneimittel.

Im Zentrum der Diskussion dieser Arbeitsgruppe sollten die spezifischen Möglichkeiten der Gesundheitserziehung zur Vorbeugung und Bewältigung dieser Gesundheitsstörungen herausgearbeitet werden.

AG IV: Erwerbstätigkeit von Frauen und ihre gesundheitlichen Folgen

Empirische Untersuchungen weisen auf die Zusammenhänge von beruflichen Belastungen und gesundheitlicher Lage von Frauen hin. Vor allem Frauen in Berufen mit geringen qualifikatorischen Voraussetzungen - und das ist die Mehrzahl der erwerbstätigen Frauen - sind von gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen betroffen. Alle drei vorgelegten Thesenpapiere betonen den Mangel an Daten zur gesundheitlichen Lage der berufstätigen Frauen (aber auch der nichtberufstätigen Hausfrauen). Ich würde mich freuen, wenn es trotz der schmalen Datenbasis in dieser Arbeitsgruppe gelingen würde, Subzielgruppen mit einem besonderen gesundheitlichen Risiko herauszuarbeiten und geeignete Ansprachewege und -formen zu skizzieren.

AG V: Gestörtes Eßverhalten bei Frauen

Rollenkonflikte und Streßbewältigung stehen bei Frauen oft in enger Verbindung zu Störungen des Ernährungsverhaltens. Bei vielen Frauen besteht eine Diskrepanz zwischen bedeutsamen Leitbildern und Selbstbild und Wahrnehmung des eigenen Körpers. Diese frauenspezifische Diskrepanz zwischen Wunsch und Selbstbild ist ein erfolgversprechender Ansatz, für gesundheitsgerechte Ernährungs- bzw. Lebensweisen zu motivieren. Die vorgelegten Thesenpapiere zur Adipositas, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa verdeutlichen, daß Eßstörungen nicht nur eine Störung von Hunger- und Sättigungsgefühle sind, vielmehr ein Ausdruck einer umfassenderen emotionalen Störung sind. Gesundheitserziehung muß also in diesem Bereich thematisch breiter gefaßt sein. Ich hoffe, daß es diese Arbeitsgruppe gelingt, sich mit dieser Fragestellung ausführlicher auseinander zu setzen. Darüber hinaus halte ich es für notwendig, über die Ursachen, warum gerade die Untergewichtigkeit in den letzten Jahren rein zahlenmäßig an Bedeutung gewonnen hat, zu sprechen.

AG VI: Förderung der Gesundheit der Frau versus Verantwortung der Frau für die Gesundheit der Familie

Die Mehrzahl der gesundheitserzieherischen Medien und Maßnahmen sind geschlechtsneutral formuliert. Soweit einzelne von der Bundeszentrale evaluiert wurden, machen sie deutlich, daß sich zum überwiegenden Teil nur Frauen von diesen Angeboten angesprochen fühlen. Damit tragen diese Medien zur Belastung der Frau bei, in dem sie - gewollt oder ungewollt - die Verantwortung für die Gesundheitsförderung in der Familie der Frau zuweisen.

In der Diskussion sollte geklärt werden, inwieweit die Zuweisung der Verantwortung z.B. für die gesunde Entwicklung der Kinder, die Familienplanung, die gesundheitsgerechte Ernährung der Familie mit dem Ziel, die Gesundheit der Frau selbst zu fördern, vereinbar ist. Die vorgelegten Thesepapiere geben bereits erste Anhaltspunkte dafür, was Gesundheitserziehung berücksichtigen muß, um Frauen zu helfen, eine Balance zwischen der Fürsorge für sich selbst und der Fürsorge für andere zu finden.

Die Themen der Arbeitsgruppen können - angesichts des begrenzten zeitlichen Rahmens für ein solches Gespräch - nur exemplarischen Charakter haben. Überschneidungen sind nicht vermeidbar, vielmehr bewußt in Kauf genommen, um ein möglichst breites Spektrum von Sichtweisen, Erklärungsansätze und Präventionsstrategien zu erhalten. Diese Tagung kann nur ein erster Schritt sein und wir werden für die weiteren konzeptionellen Vorarbeiten für den Schwerpunkt "Förderung der Gesundheit der Frau" sicherlich auch weiterhin auf Ihre Mithilfe und Zuarbeit angewiesen sein.

Bremer Institut für Präventionsforschung
und Sozialmedizin (BIPS)
St. Jürgen Strasse 1
2800 Bremen 1

ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE DER FRAU

- ZUM STAND DER FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG -

Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider
unter Mitarbeit von:

Dr. Rosemarie Klesse; Dipl.-Psych. Ute Sonntag; Andreas
Berenthal; Irene Brenneke-Krödel; Marita Brinkmann

Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, November 1986

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangssituation und Problemstellung
2. Fragestellungen und Konzepte einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung - Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen.
3. "Datenquellen" zur gesundheitlichen Lage von Frauen.
4. Recherchen zu laufenden Projekten
 - 4.1 Übersicht und Methode
 - 4.2 Ergebnisse
5. Ergebnisse aus epidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Studien und Statistiken
 - 5.1 Mortalität
 - 5.2 Belastung und Gesundheit
 - 5.3 Risikofaktoren
 - 5.4 Zusammenfassung
6. Stand der Frauengesundheitsforschung - Zusammenfassung
7. Anhang
8. Literatur

1. Ausgangssituation und Problemstellung

Seit nunmehr 20 Jahren wird das Thema Gesundheit und Belastung von Frauen immern wieder aufgegriffen und in größeren Abständen Berichte zur gesundheitlichen Situation der Frauen veröffentlicht (siehe z.B. BMJFFG, 1969; TÖRÖK/PAUL, 1967).

Arbeitsmedizin und Gynäkologie beschäftigten sich aus medizinischer Sichtweise mit der Gesundheit und Krankheit der Frauen. Seit Bestehen der Programme "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" wird von den tragenden Ministerien und ihren nachgeordneten Behörden (BZgA) jedoch auch der Schwerpunkt präventive Frauengesundheitsforschung (erst geplant, dann) gefördert.

Hier werden Projekte, die schwerpunktmäßig auf präventive Umsetzung gerichtet sind (Frauen und Abhängigkeit/Sucht; Frauen und Gesundheits-handeln) durchgeführt. Durch die Frauenhaus-Begleitforschung, bei der Gesundheit ebenfalls ein wichtiger Aspekt ist, hatte sich vor allem das BMJFFG in den letzten Jahren für eine an den Interessen und Bedürfnissen von Frauen orientierte Forschung und Praxis engagiert. Frauengesundheitsprojekte wurden bzw. werden partiell im Rahmen des HDA-Programms zur "Humanisierung der Arbeit" (BARTHOLOMEYCZIK, 1983) gefördert.

Andere Förderer haben sich in diesen Bereichen in der BRD bisher nicht in größerem Umfang engagiert.

Allerdings gibt es eine Anzahl von Studien, Dissertationen und Diplomarbeiten, die sich mit spezifischen Problemen im Umfeld befassen (z.B. Sucht und Suchttherapie; psychosoziale Probleme bei Erkrankungen im gynäkologischen Bereich; etc). Dabei handelt es sich meist um praxisorientierte Projekte. Darüberhinaus gibt es aus der Frauenforschung eine Anzahl von Studien zur Lebens- und Arbeitssituation der Frauen, Belastungen durch Beruf und Familie, etc. Diese haben in der Regel jedoch keinen spezifischen Gesundheitsbezug.

Arbeitsmedizinische und epidemiologische Untersuchungen weisen ihre Ergebnisse im Geschlechtervergleich aus. Auswertungen unter frauenspezifischen Fragestellungen erfolgen/erfolgten jedoch kaum.

Der Blick auf die internationale Frauenforschung (USA; UK; WHO) zeigt, daß hier bereits ein fortgeschrittener Wissensstand besteht. Vor allem in den USA haben zuständige Ministerien und ihre nachgeordneten Behörden im Rahmen ihrer Gesundheitsberichterstattung entsprechende Arbeiten geleistet (US Department of Health and Human Services, 1985) Auch die Epidemiologie nimmt sich dieser Thematik an (z.B. RUZEK/HILL, 1985; GOLD, 1984; MURCUTT, 1981; Tagung: Die koronare Herzkrankheit der Frau 1986).

Eine umfassende Sichtung der nationalen und internationalen Datenlage und der präventiven Umsetzungsmodelle unter frauenspezifischen Fragestellungen ist bisher nicht erfolgt. Um dies zu tun, müßten folgende Fragen beantwortet werden:

1. Welches sind wesentliche Fragestellungen und Konzepte einer frauenspezifischen Gesundheits-

forschung?

Welche Bereiche müssen bearbeitet werden?

2. Welche Datenquellen stehen uns in der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung, aus denen wir Aussagen zur gesundheitlichen Lage der Frau ablesen können?
3. Welche Projekte frauenspezifischer Gesundheitsforschung gibt es bereits?
Welches sind ihre Fragestellungen?
4. Sind die existierenden präventiven Modelle in der Bundesrepublik Deutschland an den Notwendigkeiten einer frauenspezifischen Prävention orientiert?
5. Was zeigt uns die internationale Forschung, vor allem in den USA und England bezüglich der Fragestellungen, Daten, Methoden und präventiven Maßnahmen im Bereich Frauen und Gesundheit?
6. Welche Konsequenzen müssen aus einer solchen Bestandsaufnahme für die Frauengesundheitsforschung und Prävention gezogen werden?

Nicht alle diese Fragestellungen können an dieser Stelle ausreichend bearbeitet und dargestellt werden, da sie eher mögliche Forschungsschwerpunkte umreißen.

Wir haben deshalb die Aufgabe eingegrenzt.

Um unseren Standort deutlich zu machen, stellen wir als erstes unser Konzept einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung dar. Wir haben dazu versucht, unser Wissen über Daten und Ergebnisse von Forschungen zur gesundheitlichen Lage von Frauen zu vertiefen.

Dazu haben wir in einem ersten Schritt versucht, einen Überblick darüber zu bekommen, welche "Datenquellen" uns zur Verfügung stehen, um Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Frauen und daraus resultierenden Präventionsansätzen zu gewinnen.

In einem zweiten Schritt haben wir Recherchen über den Stand der Frauengesundheitsprojekte bei uns angestellt.

Parallel dazu wurden in einem dritten Schritt einige ausgewählte epidemiologische Studien im Hinblick darauf durchgesehen, welche Ergebnisse sie bezüglich Männer - Frauen - Unterschieden erbringen.

2. Fragestellungen und Konzepte einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung - Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen

In unserer Studie zum Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen haben wir unseren Ansatz für eine frauenspezifische Gesundheitsforschung umrissen.

Darin gehen ein:

- die Diskussion um das Lebensweisenkonzept
- der Stand der Gesundheitsforschung, in der Frauen und ihre spezifischen Lebensbedingungen kaum berücksichtigt wurden
- Risikoverhalten und Lebensweise
- Vorstellungen im Hinblick auf präventive Ansatzpunkte zur Idee der Gesundheitsförderung

Lebensweisenkonzept

Das Lebensweisenkonzept entwickelte sich aus einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Risikofaktorenmodell. In Abgrenzung zu diesem begreift es Risikoverhaltensweisen als sozial und kulturell vorgegebene Handlungsmuster in dem Prozeß der Bewältigung und Handhabung von alltäglichen und lebensbiographischen Konflikten und Widersprüchen. Dabei handelt es sich nicht um wirkliche Konfliktlösungsstrategien, sondern um Verhaltensweisen, in denen Konflikte, Belastungen und Probleme aus der Perspektive eigener Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten verdrängt werden.

Sie erhalten ihre Funktionalität in diesem Prozeß: als scheinbare Lösungen als Stabilisierungsfaktoren in einer anders nicht zu bewältigenden Konfliktkonstellation.

Dabei stellt das Lebensweisenkonzept in Frage, ob Gesundheit als Ziel von Gesundheitserziehung überhaupt ein ausreichendes Motiv bilden kann, solche im Alltagshandeln funktionalen Verhaltensweisen aufzugeben. Rauchen, übermäßiges Essen, etc. werden aus der Perspektive der Gesundheitserziehung als Gesundheitsverhaltensweisen begriffen; aber ist das auch die Perspektive, aus der die Betroffenen selbst diese Verhaltensweisen sehen? Besteht nicht eine tiefgreifende Divergenz zwischen diesen beiden Sichtweisen?

Das Lebensweisenkonzept geht - als theoretischer Ansatz - damit über ein im behavioristischen Sinne eng gefaßtes Konzept von Gesundheitsverhalten hinaus. In diesem Sinne wollen wir deshalb anstelle von Gesundheitsverhalten von Gesundheitshandeln als einer Kategorie sprechen, die gesundheitsbezogenes Handeln als ein komplexes, auf den gesamten Lebensprozeß bezogenes Handeln begreift.

Das Lebensweisenkonzept bewegt sich z.Zt. noch auf dem Stand der kritischen, theoretischen Auseinandersetzung mit dem Risikofaktorenmodell und der daran anknüpfenden informationistischen Gesundheitserziehung. Eine empirische Operationalisierung ist erst in den Anfängen. Die von uns durchgeführte Untersuchung möchte dazu einen Beitrag leisten. Dabei meinen wir, mit dem Begriff des Gesundheitshandelns eine positive Weiterentwicklung - über die kritische Perspektive hinaus - leisten zu können.

Folgende Fragen ergeben sich für die Forschung,

- Welches Verständnis von Gesundheit haben Frauen und wie ist es

gegen ein Krankheitskonzept abgegrenzt? Haben sie ein präventiv ausgerichtetes Gesundheitsverständnis, d.h. ein Gesundheitsverständnis, das - im Vorfeld von Krankheit - auf den Erhalt von Gesundheit ausgerichtet ist?

- Wie werden konkrete Risikoverhaltensweisen begriffen: als gesundheitsspezifisch, auf Gesundheit bezogene Verhaltensweisen, oder als soziale bzw. psychosoziale Verhaltensweisen?
- Ist aus der Perspektive der Betroffenen Gesundheit ein Teil ihrer Lebensplanung, ein Bestandteil ihrer Lebensorientierung? Kann sie das aufgrund der Lebensbedingungen der Betroffenen sein? Welche Aspekte von Gesundheit und gesunder Lebensweise können solche Orientierungsfunktion haben, welche nicht?

Lebenslagen von Frauen und Gesundheit

Weder die Gesundheitsforschung allgemein, noch das Lebensweisenkonzept haben sich bisher sonderlich mit der spezifischen Situation von Frauen, ihren Lebensbedingungen, ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten beschäftigt. In diesem Sinne stellen sich folgende Aufgaben für eine frauenspezifische Gesundheitsforschung.

- Die spezielle Situation der Frau zwischen Beruf und Familie und ihre damit zusammenhängende Belastungsbiographie, die sich aus der Verschränkung von Berufs- und Familienbiographie ergibt, sind zu berücksichtigen.
- Erwerbstätigkeit und Nicht-Erwerbstätigkeit der Frau implizieren unterschiedliche Lebenssituationen und damit zusammenhängend unterschiedliche Belastungskonstellationen. Vermutlich gibt es Zusammenhänge zwischen diesen äußeren Lebensbedingungen der gesundheitlichen Lage von Frauen und den Vorstellungen über und Realisierungschancen von Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln der Frauen.
- Ansätze der Biographieforschung sind für die Frauengesundheitsforschung nutzbar zu machen. Lassen sich in der Lebensbiographie der Frauen unterschiedliche Verläufe in der Gesundheitsbiographie, d.h. in der Entwicklung von Gesundheit und Gesundheitshandeln der Frauen aufzeigen? So kann die Belastungsbiographie der Frauen nach spezifischen Umbruchssituationen/Krisen einerseits und biographischen Belastungskumulationen andererseits untersucht werden. Wieweit haben diese Einfluß auf das Gesundheitshandeln von Frauen?

Risikoverhalten und Lebensweisen

Grundlage für den vorliegenden Untersuchungsplan bilden auch die Ergebnisse einer eigenen Forschung zu dem Thema "Frauen und Rauchen - Analyse von Raucherinnenbiographien"

(MASCHEWSKY-SCHNEIDER 1984), die u.a. von der Antragstellerin im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Welt-Gesundheitsorganisation durchgeführt wurde. Ergebnisse dieser qualitativen Studie und Ergebnisse quantitativer Analysen (IMW 1982; ROHRMOSER 1984; beide i.A.d. BZGA) zeigen ein ausgeprägtes Rauchverhalten bei Frauen in Berufen mit geringen Qualifikationsanforderungen aber hohen Belastungen (untere Angestellte und industrielle Tätigkeiten) und eine starke Zunahme des Rauchens v.a. in jüngeren Altersgruppen (bis 35 Jahre). Also: trotz umfangreicher und langjähriger Gesundheitsaufklärungskampagnen und obwohl den Frauen die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens bekannt war/ist, hat dies keine Konsequenz im Hinblick auf diese spezifischen Verhaltensweisen. Deutlich wurde in den Gesprächen mit den Frauen, daß sie ihr eigenes Rauchverhalten eigentlich kaum aus einer gesundheitsbezogenen Perspektive bewerten. Es waren fast ausschließlich persönliche, soziale und psychosoziale Maßstäbe, die in diesen Bewertungsprozeß eingingen. So wurde das Rauchverhalten im Zusammenhang mit persönlichen Konflikten oder beruflichen Anforderungen thematisiert, i.S. eine Stütze im Bewältigungsprozeß. Damit machen die Ergebnisse ein Dilemma deutlich: während Gesundheitserziehung in ihren Kampagnen im wesentlichen Gesundheitsargumente ins Feld führt, um die Betroffenen zur Aufgabe ihrer gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen zu bewegen, zeigen die Betroffenen eine hohe Widerständigkeit im Hinblick auf eine motivationale Umsetzung dieses Wissens in eigenes Handeln.

Wir meinen, eine Auflösung dieses Dilemmas ist dann möglich, wenn wir i.S. des Lebensweisenkonzepts nach den allgemeinen Gesundheitsvorstellungen der Frauen fragen. Ohne solches Wissen um Alltagsvorstellungen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei den Betroffenen, müssen präventive Gesundheitsstrategien ergebnislos bleiben. Im Rahmen der Studie "Frauen und Rauchen" konnten wir diesen Fragen jedoch nicht systematisch nachgehen, da der Untersuchungsschwerpunkt auf der Rekonstruktion von Rauchbiographien lag. Lediglich bei der Befragung der Frauen, die nie geraucht haben (6 Fälle) war dies Gegenstand der Untersuchung (FRANKE 1983). Offen bleiben u.a. folgende Fragen:

- Welchen Stellenwert haben die in öffentlichen Gesundheitskampagnen bedeutsamen Gesundheitsverhaltensweisen, wie: gesundes Essen, Sport, nicht rauchen und nicht übermäßig trinken, etc. im Gesundheitskonzept der Frauen? Haben sie einen handlungsorientierten Charakter für die Frauen im Hinblick auf ihre eigene Gesundheit?
- Welches sind darüberhinausgehend die positiven Momente in dem Gesundheitsverständnis der Frauen; d.h. welche Verhaltens- und Handlungsdimensionen betrifft das und inwieweit gehen alltägliche Verhaltensweisen, wie: offensive Konfliktstrategien und Belastungsabwehr; Entspannung; aktive Freizeitgestaltung etc. darin ein?

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung im weitesten Sinne und unspezifische Präventionsansätze sind praktische Konkretisierungen des Lebensweisenkonzeptes (WHO, Regional Programm in Health Education and Lifestyles, 1981). Laienkompetenz und Selbsthilfeansätze haben dabei einen zentralen Stellenwert. Daran anknüpfend stellen sich folgende Fragen:

- Wie läßt sich ein unspezifischer Präventionsansatz für Frauen mit hohen beruflichen und familiären Belastungen entwickeln? Welche Bedingungen sind in diesem Prozeß zu berücksichtigen?
Wie ist ein solcher Ansatz methodisch umsetzbar?
- Wo ergeben sich in diesem Sinne bei den Frauen Ansatzpunkte für eine Veränderung und Weiterentwicklung ihrer Gesundheitsvorstellungen? Welche Aspekte des Gesundheits- und Bewältigungshandelns sind überhaupt einer Prävention zugänglich?
- Lassen sich Abgrenzungskriterien für Prävention auf der Ebene struktureller Prävention (z.B. im beruflichen Bereich) und personen- bzw. selbsthilfeorientierter Prävention formulieren?
- Lassen sich Präventionsmaßnahmen überhaupt sinnvoll "von außen" den Betroffenen nahe bringen oder setzen sie nicht vielmehr aktives und eigenständiges Handeln der Betroffenen voraus?

3. "Daten"quellen zur gesundheitlichen Lage von Frauen

Der in der Bundesrepublik allgemeine Mangel an epidemiologischen Daten zur Mortalität und Morbidität schlägt sich bzgl. Frauen besonders nieder. Dies liegt darin begründet, daß die Daten sehr verstreut sind und an keiner Stelle problemspezifisch zusammengefaßt und aufbereitet sind.

Im folgenden werden "Datenquellen", damit zu beantwortende Fragen einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung und methodische Probleme aufgeführt. Dabei verstehen wir den Begriff "Datenquelle" hier in einem sehr weitgefaßten Sinne: nicht nur als quantitative, epidemiologische Daten, sondern auch als Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen, qualitativer Forschung und Ergebnisse zur Bewertung von präventiven Angeboten.

Mortalität

Wie unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich der

- Lebenserwartung und Mortalitätsraten: insgesamt, nach Alter und im Zeitverlauf, evtl. nach Regionen
- der Todeursachen (dito)

Datenquellen: amtliche Mortalitätsstatistiken.

Methodische Probleme: Validität der Diagnosen der Totenscheine; Änderung der Diagnoseschlüssel und der Diagnosestellung im Zeitverlauf; Unterschiede in der Datenerfassung und -bearbeitung nach Bundesländern.

Morbidität

Wie unterscheidet sich die gesundheitliche Situation der Männer und Frauen hinsichtlich

- Krankheitsarten (Alter, Zeitverlauf, Region)
- Krankheitsausfälle, wie Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit; Einschränkung der normalen Alltagstätigkeit in Beruf und Familie (Alter)
- Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen
- Behandlungsart (ambulant; stationär)

Datenquellen: Krankenkassendaten, Mikrozensus; Vorsorgeuntersuchungen; Rentenversicherungsdaten; Register; Krankenhausdaten; Bevölkerungsuntersuchungen, bzw. Untersuchung von speziellen Gruppen der Bevölkerung (Surveys) oder spezieller Regionen.

Methodische Probleme: keine allgemeine Morbiditätsstatistik in der BRD; die verschiedenen Datenquellen sind nicht miteinander vergleichbar; die Surveys sind nicht miteinander vergleichbar, wegen unterschiedlich erhobener Variablen, sie unterscheiden sich in den Meßmethoden, sie unterscheiden sich in den Untersuchungsgruppen.

Befinden

Im Grenzgebiet zwischen Gesundheit und Krankheit liegen Beeinträchtigungen des Befindens, bekannt als (psycho-) vegetative Störungen. Empirische Untersuchungen zeigten (Überblick siehe: BECKMANN, 1976; RODENSTEIN, 1980, NATHANSON, 1975; RICE et al., 1984), daß Frauen eher Beeinträchtigungen des seelischen und körperlichen Befindens zeigen als Männer.

Gilt dies für alle Arten von Befindensstörungen?

Worin liegen die Gründe für diese Unterschiede?

- In der objektiven Belastungssituation?
- In den unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen zwischen Männern und Frauen, den sozialen Rollen und damit zusammenhängenden Bewältigungsweisen?

Datenquellen: Psychologische Tests; empirische Untersuchungen, die Befindensfragen beinhalten

Methodische Probleme: Repräsentativität der empirischen Untersuchungen; Vergleichbarkeit und Vollständigkeit der Meßinstrumente; Problematik des Kausalnachweises (z.B. für den Zusammenhang von Berufstätigkeit und Befinden).

Frauen im Medizinsystem

Kritische Auseinandersetzungen mit der medizinischen Hochtechnologie, stellen eine spezifische Behandlung der Frauen durch das Medizinsystem fest (z.B. RUZEK/HILL, 1985; MURCUTT, 1983).

Frauengesundheitsbewegung setzt sich ein für (mehr) Selbstbestimmung der Frauen über ihren Körper. Sie will Frauen kompetent machen, für ihren eigenen Körper und Beschwerden selbst oder mit Unterstützung kompetenter weiblicher Laien zu sorgen (Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Klimakterium, Vaginalinfektionen), bzw. ihre Rechte gegenüber der Medizin durchzusetzen.

Andere Autorinnen (RODENSTEIN, 1984; EHRENREICH/ENGLISCH, 1976) zeigen historisch, wie die Medizin dazu beigetragen hat, den Frauen eine Rolle von Passivität und Unterordnung zuzuschreiben.

- In welchen Bereichen (Krankheit-) und in welcher Weise (Therapien; Medikalisierung) werden Männer und Frauen in der Medizin unterschiedlich behandelt und bewertet?
- Wie wird das legitimiert?
- Welche gesellschaftliche Funktion hat das?
- Hat sich die Art und Weise der Behandlung im historischen Verlauf geändert?
- Welche frauenpolitischen Gegenbewegungen gibt es, und welche Erfolge/Mißerfolge haben sie?

Datenquellen: Daten der Morbidität (siehe Punkt 2); Daten zur sozialen Lage der Frauen (siehe Punkt 7); historische Quellen; theoretisch-konzeptionelle Ansätze

Methodische Probleme: siehe bei den jeweiligen Punkten; Verbindung der Datenquellen aus den verschiedenen Bereichen, insbesondere der historischen mit den aktuell empirisch querschnittlichen Daten.

Risikofaktoren

Für spezifische Erkrankungen sind spezifische Risikofaktoren bekannt. Untersucht sind vor allem

- Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten, wie: Rauchen; Fehlernährung (Cholesterin und Übergewicht); Blutdruck; Bewegungsmangel; psychosozialer Streß
- Spezielle Krebsregister (z.B. berufs- oder ernährungsbedingte Exposition)
- andere Risiken am Arbeitsplatz (z.B. Bildschirmarbeit und Abortrisiko; Arbeitsumgebungsbelastungen und rheumatische Erkrankungen)

Bekannt sind auch spezifische protektive Faktoren, wobei die hormonellen Besonderheiten der Frau hier häufig als Schutzfaktor genannt werden.

Wesentliche Fragestellungen bezüglich der spezifischen Risikofaktoren sind:

- Wie unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Prävalenz und altersspezifischen Verteilung von KHK-Risiken?
Lassen sich Zusammenhänge zur hormonellen Situation der Frau zeigen?
Lassen sich typische Entwicklungen über die Zeit (z.B. Rauchertrend) zeigen?
In welcher Weise sind Frauen psychosozialen Belastungen und Streß ausgesetzt und worin liegt hier die Spezifik für Frauen? (siehe auch Punkt 6)
- Gibt es einen Zusammenhang von KHK-Risiken und spezifischen Frauenberufen?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen Krebs und bestimmten Frauenberufen, die auf spezifische Expositionen an diesen Arbeitsplätzen hindeuten?

Datenquellen: Epidemiologische, arbeitsmedizinische, experimentelle Labor- und klinische Studien

Methodische Probleme: Aufarbeitung der Datenlage ist Aufgabe unterschiedlicher Disziplinen und methodischer Zugangswege, deshalb ist eine Auflistung der zahlreichen methodischen Probleme hier nicht sinnvoll.

Allen gemeinsame methodische Probleme:
Herausfiltern des spezifischen Wirkungszusammenhangs aus dem "Rauschen" des real existierenden komplexen Wirkungszusammenhangs.

Gesundheitsindikatoren in Abhängigkeit von der Lebenssituation und der Belastung

Während in Punkt 5 nach spezifischen Risikofaktoren für spezifische Erkrankungen gesucht wird, geht es hier um den unspezifischen Wirkungsmechanismus zwischen Belastung und Krankheit/Gesundheit. Das bedeutet zum einen, die Vielfältigkeit der Lebensbezüge der Frauen, und ihre so-

ziale Lage in der patriarchalen Gesellschaft zu berücksichtigen. Das heißt, Gesundheitsindikatoren werden in Zusammenhang mit sozialen (Risiko-) Indikatoren untersucht wie: sozioökonomischer Status, berufliche und familiäre Situation, Alter, Region, Biographie, Sozialisation, weibliche Biographie, weibliche Identität, etc.

Spezielle Probleme frauenspezifischer Abhängigkeit und Sucht (Fehlernährung, Alkohol, Rauchen, Medikamente, Drogen) hätten sich in einen solchen Gesamtzusammenhang einzuordnen und sowohl Erklärungsmuster als auch präventive Strategien hätten sich auf den gesamten Lebensprozeß der Frauen zu beziehen. Auch die Untersuchung anderer gesundheitlicher Problemlagen von Frauen, wie psychische und psychosomatische Erkrankungen, psychosoziale Bedingungen für Krebs und koronare Herzkrankheiten, Beschwerden im gynäkologischen Bereich, Verhütung etc. hätten sich einem solchen Ansatz zu orientieren.

Dabei gehen Untersuchungen dieser Art in zweierlei Hinsicht über das enge Risikofaktorenmodell hinaus. Es werden nicht allein Zusammenhänge zwischen Belastung und Krankheit, sondern auch zwischen Gesundheit und Lebensbedingungen, unter denen Gesundheit möglich ist, sichtbar.

Zweitens werden mit diesem Konzept positive Handlungsspielräume aufzeigbar. Das heißt, wo und wie können Frauen ihren Anspruch auf Gesundheit stellen und durchsetzen? In diesem Sinne wären sich solche Forschungsansätze dem Lebensweisenkonzept verpflichtet.

Datenquellen: Sozialwissenschaftliche Belastungsstudien; Frauenforschungsprojekte

Methodische Probleme: Unspezifität des Zusammenhangs zwischen Belastung und Gesundheitsindikatoren, begrenzte Belegbarkeit der Zusammenhänge mit traditionellen methodischen Mitteln; viel Theoriearbeit und Hypothesengenerierung erfordert.

Alltagskonzept von Gesundheit

Die Praxis zeigt, daß bisherige Gesundheitserziehungskonzepte nur begrenzte Wirksamkeit zeigten. So stiegen z.B. die Raucherzahlen bei Frauen, trotz Antiraucher-Kampagnen oder wurde Alkoholkonsum nicht reduziert, trotz entsprechender Aufklärungskampagnen. Gründe dafür liegen auf zwei Ebenen. Zum einen verhindern die konkreten Belastungen und Probleme der alltäglichen Lebenssituation die Veränderung von gesundheitsgefährdenden Lebensweisen.

Zum anderen wird über Medien, Werbung, soziale Normen ein Klima erzeugt oder aufrechterhalten, in dem solche Verhaltensweisen entweder positiv bewertet oder als gesellschaftlich akzeptierte Bewältigungsmuster für soziale Problem- und Konfliktlagen vorgegeben werden.

Auf diesem Hintergrund und auf dem Hintergrund der eigenen Lebenserfahrung bilden die Menschen Alltagskonzepte von Gesundheit heraus, die möglicherweise den Gesundheitskonzepten der Gesundheitserziehung diametral entgegenstehen. Um Gesundheitsförderung wirksam zu machen, muß sie jedoch an diesen alltäglichen Vorstellungen ansetzen. Modelle und praktische Umsetzungen müssen sich daran orientieren.

Für die Forschung stellt sich die Frage, ob Frauen spezifische Alltagskonzepte von Gesundheit haben, und wie diese in ihrem Lebensprozeß begründbar sind.

Datenquellen: Qualitative Forschung zum Gesundheitshandeln; evtl. quantitative Erhebungen zur Resonanz von präventiven Angeboten.

Methodische Probleme: alle Probleme qualitativer Forschung (kleine Stichproben, keine statistische Repräsentanz, theoretische Kriterien in der Interpretation); quantitativ: standardisierte Erfassung unterstellt bestimmtes Antwortverhalten.

Präventive Angebote

Offen bleibt die Bewertung der Wirksamkeit bestehender präventiver Angebote und die Entwicklung von Strukturen, innerhalb derer solche Angebote verankert werden können. Damit ist die Frage nach einer präventiven Gesundheitspolitik gestellt.

Folgende Fragen seien hier nur beispielhaft formuliert:

- Wie wirksam sind mediale Angebote in der Gesundheits-
erziehung und in welcher Weise haben sie frauenspezi-
fische Bezüge?
- Sind Angebote und Maßnahmen der BZgA frauenspezifisch
ausgerichtet und wenn nein, welche müssen entwickelt
oder modifiziert werden?
- Sollten frauenspezifische Angebote auf Landesebene,
(z.B. Kooperation der Landesstellen für Gesundheits-
erziehung, evtl. der Gesundheitsämter, der Gesundheits-
beratungsstellen und der Gleichstellungsstellen)
entwickelt werden und wenn ja, für welche Bereiche
(länderspezifische Optionen!)?
- In welcher Weise wird Prävention im Rahmen der
Medizin (Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Apotheken)
betrieben? Könnten hier frauenspezifische Bereiche, die
sich z.B. für die Prävention in der Arztpraxis eignen
(Beispiel: Rauchen, Alkohol, Ernährung in der
Schwangerschaft) entwickelt werden?
- Regional bezogen: welche primär-präventive

Angebotsstruktur existiert in spezifischen Regionen (z.B. Erwachsenenbildungseinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Vereine, Selbsthilfegruppen, etc.) gibt es frauenspezifische Angebote, lassen sich diese qualitativ und quantitativ ausbauen und miteinander vernetzen bzw. koordinieren?

"Daten"-quellen: Materialien, Medien, Programme der genannten Einrichtungen

Methodische Probleme: Definition der Bewertungskriterien bezüglich der Qualität und Wirksamkeit der Angebote; Evaluation sowohl auf Bundesebene als auch regionspezifisch eine sehr umfangreiche Arbeit und von einer Institution oder Forschungsgruppe allein nicht leistbar.

4. Recherchen zu laufenden Projekten

Bezüglich der zuvor genannten Bereiche ist der Forschungsstand sehr heterogen. Zu einigen Punkten liegen schon Forschungskonzepte und erste Ergebnisse vor. Eine Reihe von Fragestellungen wurde jedoch noch gar nicht in Angriff genommen.

Um einige Teilaspekte dieser Fragen zu beantworten, bzw. einen Überblick darüber zu bekommen, wie diese Fragen zu bearbeiten wären, haben wir (Projekt: Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen, gefördert vom BMJFFG) folgende Aufgaben durchgeführt:

- Erstellung einer Übersicht über laufende Frauengesundheitsforschungsprojekte und Arbeiten in der BRD
- Zusammenstellung von epidemiologischen Statistiken und Studien, aus denen evtl. Morbiditätsdaten über Frauen zu gewinnen wären.

Bislang konnte nur ein Teil dieser Arbeiten ausgewertet werden. Diese Arbeit wird im Rahmen der Projektarbeit jedoch kontinuierlich fortgeführt.

4.1. Übersicht und Methode

Frauenspezifische Studien wurden nach folgenden Themenbereichen gesucht

- Morbidität/Mortalität
- Belastung und Gesundheit
- Sucht und Abhängigkeit

- Gesundheitsverhalten
- Gesundheit ausländischer Frauen

Auf diesem Wege haben wir alle uns bekannten Archive, Informations- und Dokumentationszentren und persönlichen Kontakte in Anspruch genommen, mit dem Ziel, einen möglichst vollständigen Überblick über laufende oder vor kurzem abgeschlossene Projekte zu bekommen.

Die Dokumentation besteht aus einer Liste der befragten Stellen und persönlichen Ansprechpartnern, sowie der Aufstellung der Forschungsprojekte und einer dazugehörigen aktualisierten Literaturliste. Unsere Aufstellung ist vielleicht nicht vollständig, wohl aber repräsentativ.

Wir benutzten folgende Informationsquellen:

- sämtliche Stellen zur Gleichstellung der Frau auf Länderebene
- DFG-Projektliste 1983-85
- IDIS, Bielefeld
- Interdisziplinäre Forschungsgruppe Frauenforschung Bielefeld
- Wissenschaftliche Einheit Frauenforschung der Bremer Universität
- Institut Frau und Gesellschaft, Hannover
- Koordinationsstelle Frauenforschung und Frauenstudien in Hamburg
- Dortmunder Frauenforschung
- Technische Universität Berlin, einzelne Projekte
- Institut für soziale Arbeit, Münster
- Archiv Frauenforschung, Frankfurt
- Ansprechpartnerin beim Senator für Gesundheit, Berlin-West
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg
- Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm
- Die Zwiebel, Berlin, Therapienachsorgeprojekt mit Begleitforschung
- Violetta Clean, Berlin, Frau und Sucht

- Deutsches Jugendinstitut, Ansprechpartnerin
- Frauengesundheitsprojekt am Bundesgesundheitsamt, Berlin
- Zentralstelle für psychologische Information und Dokumentation (ZPID), Trier
- Forschungsprojekt zum Medikamentengebrauch von Frauen, Universität Hamburg
- DGVT, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Projekt zum Verhütungsverhalten von Frauen, Freiburg
- Dokumentation Frauenforschung, Institut für Wissenschaft und Kunst, Wien
- Feministisches Archiv, Dokumentationszentrum, Frankfurt
- Zentraleinrichtung zur Förderung von Frauenstudien und Frauenforschung, Berlin
- Wirtschafts- und sozialwissenschaftliches Institut des DGB, Düsseldorf

4.2 Ergebnisse

Nahezu alle Institutionen antworteten und wir erhielten im Endergebnis eine Liste von ca.50 Frauengesundheitsprojekten. Qualitativ entsprachen die Ergebnisse des Rücklaufs jedoch dem, was wir im Rahmen von Vorarbeiten zur Studie "Gesundheitshandeln bei Frauen" recherchiert hatten. Ein Großteil der zurückgekommenen Literatur- und Projektverweise war uns bereits bekannt.

Mortalität

Es liegen keine frauenspezifischen Auswertungen in den amtlichen Mortalitätsstatistiken vor.

Morbidität und Gesundheit, Lebenssituation, Belastung

Untersuchungen zur Morbidität von Frauen im Hinblick auf präventive Fragestellungen wurden uns bei dieser Erhebungsrunde folgende genannt:

- Eine Studie zum Schmerzmittelgebrauch als Risikofaktoren für terminale Niereninsuffizienz (Berlin)
- Auswertung von Krankenkassendaten zur Inanspruchnahme und Arbeitsunfähigkeit bei Frauen (Berlin)
- Morbidität bezüglich berufsspezifischer Belastungen von Frauen
 - . Auswertung von AU.-Daten
 - . Bildschirmarbeitsplätze (auch: Heimarbeitsplätze)
 - . Frauenarbeit und psychische Belastungen
 - . Frauen und KHK
 - . Frauen und Erkrankung in der Textilindustrie
 - . Frauenarbeit und rheumatische Erkrankungen
 - . Frauenarbeitslosigkeit und psychische Belastung
- Arbeitsmedizinische Belastung und Beanspruchungsforschung

Lebenssituation, Gesundheit, Medizinsystem

- Psychosomatische Erkrankungen, vor allem im gynäkologischen Bereich. Verarbeitung dieser Belastung durch die Frau, u.a.
 - . Frauen nach Brustkrebsamputation
 - . Behandlung und Aufklärung von Frauen in der gynäkologischen Praxis und Klinik
 - . gynäkologisch-psychosomatische Störungen und Emotionalität und Sexualität

In diesem Zusammenhang sei vor allem auf die zahlreichen Arbeiten verwiesen, die am FB Psychologie der Universität Marburg (betreut von Frau Dr. Christa Schulze) hierzu erstellt worden sind.

- Frauen und Depression, psychische Leiden
- Gesundheitliche Situation und Belastung alter Frauen

Risikofaktoren, Abhängigkeit

Frauenbezogene Auswertung von spezifischen Risikofaktoren für KHK oder Krebs wurden im Rahmen unserer Umfrage nicht genannt. Allerdings zeigt der Blick auf die amerikanische Forschung, daß hier bereits Untersuchungen dazu existieren.

In der BRD gibt es allerdings Studien zu Gesundheitsverhalten und Lebenssituation in diesem Bereich.

- Frauen und Rauchen (BZgA)
- Frauen und Alkohol
- Frauen und Medikamente (auch BZgA; Tagung des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Herbst 1985)
- Frauen und Suchtentwicklung
- Therapeutische Modelle für abhängige Frauen

Zu all diesen Bereichen siehe auch MERFERT -DIETE/SOLTAU, 1984; Tagung Frauen und Sucht in Hamburg, 1985.

Gesundheitshandeln, Gesundheitskonzepte

Im Rahmen unserer eigenen Studie und in Kooperation mit der Universität Bochum (FRANKE) werden qualitative Untersuchungen zum Alltagskonzept der Frauen zur Gesundheit durchgeführt.

5. Ergebnisse aus Epidemiologischen Studien und Statistiken

Es wurden sowohl Mortalitätsstatistiken, als auch verschiedenste epidemiologische Studien, vor allem zur Herz-Kreislauf-Morbidität und Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten, alle bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland, zusammengesucht und z.Zt. sekundäranalytisch bezüglich Männer- und Frauen-Unterschieden ausgewertet.

Datenquellen:

- Amtliche Mortalitätsstatistiken (BRD/Bremen)
- Krebsatlas der BRD; Daten aus dem Krebsregister
- Daten des Gesundheitswesens
- Ausgewählte epidemiologische Studien zum Zusammenhang von Gesundheitsverhalten und Gesundheitsindikatoren.

Indikatoren der Auswertung für diese Statistiken und Studien sind:

1. soziodemographische Variablen:
Alter, Geschlecht, Einkommen, Schulbildung, Beruf, Stellung im Beruf, Wohnort/-größe, Erwerbstätigkeit, Sozialstatus
2. Mortalität und Morbidität

3. Risikofaktoren:
Cholesterin, Ernährung, Übergewicht, Blutdruck,
Alkohol, Rauchen
4. Beschwerden:
vegetative Beschwerden, Beschwerden bezüglich
spezieller Körperregionen und Organe
5. Bewegung und Bewegungsgewohnheiten
6. Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge/-ver-
sorgung:
Arztbesuch, Krankenhaushäufigkeit, Kuren, verord-
nete Diät
7. Arzneimittelgebrauch/-verordnungen
8. Methodik, Zielpopulation, Stichprobe, Untersu-
chungsregion

5.1 Mortalität

Die Mortalitätsdaten zeigen

- die um ca. 7 Jahre höhere Lebenserwartung der Frauen (Tabelle 1); ein stetiges Ansteigen der Lebenserwartung von Männern und Frauen in den letzten 20 Jahren und ein zunehmendes Auseinanderklaffen der Lebenserwartung von Männern und Frauen (Tabelle 1).
- 2/3 der Männer sind noch verheiratet, wenn sie sterben; knapp 2/3 der Frauen dagegen schon verwitwet (Tabelle 2).
Dieser Effekt ist zum einen der höheren Lebenserwartung der Frauen zuzuschreiben, zum anderen dem höheren Durchschnittsalter der Männer bei der Heirat (ca. 3,5 Jahre). Zählt man beide Zahlen zusammen, ergibt sich, daß Frauen nach Versterben des Ehemannes durchschnittlich noch 10 Jahre allein leben.
Beispiel:

1. Sterbealter des Mannes	70,0 Jahre
2. Alter der Frau zu diesem Zeitpunkt	66,5 Jahre
3. Sterbealter der Frauen	76,5 Jahre
4. Differenz 3-2	10,0 Jahre
- Bezüglich der altersspezifischen Gesamtmortalität macht die Männer-Frauen-Relation (Tabelle 3) eine wesentlich erhöhte Sterblichkeit der Männer in der Altersgruppe 15-25 Jahre deutlich; in den Altersgruppen 25-75 Jahre ist sie fast doppelt so hoch wie bei den Frauen.
- Bremer Daten (Abbildung 2-5) zeigen die Abnahme der Sterblichkeit bei Männern und Frauen im Zeitvergleich von 1968-1980. Dabei wird deutlich, daß diese Abnahme nicht bei den bösartigen Neubildungen und nicht bei den Herz-Kreislaufkrankungen erfolgte, vielmehr sind diese beiden Todesursachen bei beiden Geschlechtern anteilmäßig an allen Todesursachen (z.T. allerdings nur leicht) gestiegen.
- Der Vergleich von Männern und Frauen hinsichtlich der Todesursachen zeigt auch (Tabelle 4) die höhere Sterblichkeit der Männer an koronaren Herzkrankheiten, besonders dem Myokardinfarkt. Eine hohe Krebsgefährdung der Männer bei den bösartigen Neubildungen der Atemwege (Lungenkrebs) und der bösartigen Neubildungen der Nieren- und Harnwege wird aus den Zahlen deutlich. Diabetes ist häufige Todesursache bei Frauen, Selbstmord bei Männern. Krebse der Haut haben besonders bei Männern zugenommen. Bösartige Neubildungen der Atemwege treten in den letzten 10 Jahren verstärkt auch bei

Frauen auf (vergl. US-amerikanische Daten, wo Lungenkrebs bei Frauen inzwischen den Brustkrebs als Todesursache überholt hat).

- Die bösartigen Neubildungen der Atemwege steigen als Todesursache bei Männern vor allem in der Altersgruppe ab 50 Jahre erheblich an (lange Latenzzeit des Lungenkrebses) (Tabelle 5), während der altersspezifische Vergleich der koronaren Herzkrankheiten die Frühsterblichkeit der Männer deutlich macht (ebenda; Abbildung 6). Diese Unterschiede zeigen sich nicht bei den cerebrovaskulären Erkrankungen, sondern im wesentlichen bei den ischaemischen Herzkrankheiten (Abbildung 7). Bei den cerebrovaskulären Erkrankungen ist ein Abwärtstrend zu beobachten, während bei den ischaemischen eher ein Gleichbleiben oder partiell eine geringfügige Zunahme zu beobachten ist (Validität der Morbiditätsdaten ?).
- Sehr interessant sind die Daten zur Lungenkrebssterblichkeit. Sie zeigen in den Jahren von 1952-1981 eine starke Zunahme, sowohl bei den Männern, als auch bei Frauen (Verbesserung der Diagnostik?), allerdings nicht mit der Radikalität wie in den USA (Tabelle 6; Abbildung 10).
- Die Entwicklung der altersspezifischen Rate zeigt allerdings eine stärkere Zunahme bei den älteren Frauen (60-64 Jahre) und bei den Frauen der Altersgruppe 50-54 Jahre. Ob hier systematische Effekte zugrundeliegen (Rauchen, Umweltbelastungen) bleibt einer genaueren Analyse der statistischen Trends und Fehlerquellen überlassen (Abb. 8 und 9).
- Berufsspezifische Auswertungen der Hamburger Krebsregisterdaten (zit. nach WSI-Informationsblätter, Juli 1986) zeigen eine starke Gefährdung der Hilfsarbeiterinnen, Kellnerinnen, Schneider- und Kürschnerinnen und Friseurinnen. Hauptursache hierfür sind sicher die hohen Raucherinnenquoten in diesen Berufen (s. auch ROHRMOSER, 1983); zum Teil die zusätzliche Exposition durch Passivrauchen (Kellnerinnen); aber auch berufsspezifische Expositionen. Belastet sind möglicherweise Frauen, die als Hilfsarbeiterin verschiedene Tätigkeiten inne haben. Kürschnerinnen (Arsenbelastung), Schneiderinnen (die übrigens eine niedrige Raucherquote haben), v.a. aber auch Friseurinnen (hohe Raucherquote!).

5.2. Belastung und Gesundheit

Verschiedenste Untersuchungen zum Zusammenhang von Belastung, Gesundheit und Gesundheitsverhalten wurden im Hinblick auf frauenrelevante Ergebnisse untersucht (VOLKHOLZ, 1977; SEIBEL/LÖHRING, 1981; HALLER, 1981; MASCHEWSKY/SCHNEIDER, 1982; BÜRKHARDT/OPPEN, 1984; STUDIEN ZUR SCHICHTARBEIT VON FRAUEN; STUDIEN ZUM GESUNDHEITSVERHALTEN SCHWANGERER FRAUEN).

Allgemeine Daten im Vergleich erwerbstätiger und nichterwerbstätiger Frauen liegen allerdings nicht vor, da es hier keine einheitliche Datenbasis gibt (z.B. bezüglich Krankenkassendaten).

- Krankenkassen widerlegen die weitverbreitete Meinung, daß Frauen aufgrund der Doppelbelastung größere Fehlzeiten im Beruf haben (s.a. THIELE, 1981; BÜRKHARDT/OPPEN, 1984).
Der Vergleich von Krankenstandsdaten in drei Regionen der BRD zeigt keine Unterschiede in den Altersgruppen der 30 - 44-jährigen männlichen und weiblichen Arbeitnehmer; einen geringeren Krankenstand sogar bei den Frauen über 44 Jahre. (ebenda)
- Frauen aus dem Büro- und Verwaltungsbereich und weibliche Dienstleistungskaufleute haben einen unterdurchschnittlichen Krankenstand; Frauen aus dem gewerblichen Bereich, besonders Montiererinnen, aber auch Raum- und Hausratsreinerinnen haben einen überdurchschnittlichen Krankenstand.
Da Männer- und Frauenberufe in diesen Bereichen qualitativ nicht vergleichbar sind, (typische Frauenberufe) hat ein Vergleich der Geschlechter hier wenig Sinn. Allerdings muß festgehalten werden, daß es sich bei diesen Tätigkeiten um monotone Arbeit mit geringen Qualifikationsanforderungen, aber auch geringen Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten handelt.

Andere Studien belegen diese Unterschiede zwischen Berufsgruppen und Gesundheitszustand.

- Sie konstatieren einen schlechten Zustand psychischer Gesundheit bei Arbeiterinnen im Vergleich zu Männern und weiblichen Angestellten (SEIBEL/LÖHRING)
- Arbeiterinnen fühlen sich subjektiv unwohler als Angestellte, sind tendentiell nervöser, nehmen wesentlich mehr Beruhigungsmittel als Frauen anderer Berufsgruppen ein (HALLER, 1981)
- Berufsbedingte Beeinträchtigungen lassen sich bei verschiedenen Berufen feststellen (z.B.: Fußschmerz bei Frauen aus der Textilindustrie;

Augenschmerz bei Angestellten) (ebd.).

- Studien zur Nacht- und Schichtarbeit bei Frauen erbringen keine eindeutigen Ergebnisse hinsichtlich Belastung und Gesundheit, was v.a. methodischen Mängeln (keine Altersgruppenvergleiche) dieser Untersuchungen geschuldet ist; in den meisten Studien haben Schichtarbeiterinnen keinen schlechteren Gesundheitszustand; vermutlich deshalb, weil hier i.S. des healthy-worker-effects Selektionsprozesse stattgefunden haben (Überblick zu Nacht- und Schichtarbeit s.a. (BOLM, 1981; MASCHEWSKY-SCHNEIDER, 1981).
- Belastungsstudien (VOLKHOLZ, 1977) zeigen einen Zusammenhang zwischen hoher Belastung (Schichtarbeit, Akkordarbeit, körperlich schwerer Arbeit, Arbeit mit betriebsbedingten Arbeiterschwernissen) und starkem Rauchen.
- Infarktstudien (BOLM-AUDORFF/SIEGRIST, 1979) konstatieren ein überdurchschnittliches Risiko bei un- und angelernten Arbeiterinnen; das Risiko weiblicher Angestellter liegt unter dem Durchschnitt.
- Infarktlerinnen gaben eine starke berufsbio-graphische Belastungskonstellation an. Sie leisteten früher Wechselschicht, Überstunden, waren nervlich stärker beansprucht als die Frauen der Kontrastgruppe; sie hatten auch eine größere Arbeitsplatzunsicherheit (MASCHEWSKY/SCHNEIDER, 1982).
- Auf ihrem letzten Arbeitsplatz fühlten sich die Infarktlerinnen stärker beansprucht und belastet durch: körperliche und körperlich einseitige Belastungen, nervliche Belastungen, Arbeitshektik, Arbeitsplatzunsicherheit, Qualifikationsdruck (starkes Gefälle zwischen Berufs- und Schulausbildung einerseits und letzter Berufstätigkeit andererseits) (ebd).
- Amerikanische Untersuchungen stellten eine leicht erhöhte Rate koronarer Herzkrankheiten bei berufstätigen Frauen fest, wobei besonders die unteren Angestellten und Verkäuferinnen mit Kindern betroffen sind (HAYNES/FEINLEIB, 1980); die Autoren sehen hier Zusammenhänge zur beruflichen Belastung (occupational stress); Unterschiede zu Forschungsergebnissen der BRD beruhen wahrscheinlich auf Unterschieden in der Beschäftigungsstruktur in den USA und der BRD.
- Untersuchungen zur Verteilung von A.P. (BARTHOLOMEYCIK, 1982) ergeben eine starke

Gefährdung der nicht-erwerbstätigen Frauen im Vergleich zu den erwerbstätigen; beide Gruppen haben eine größere Gefährdung als Männer; dieser Zusammenhang gilt auch für jüngere Frauen (30-39 jährige); das deutet darauf hin, daß diese Unterschiede nicht allein aus dem healthy-worker-effect erklärbar sind, sondern evtl. Aspekte der psychischen Belastung mit berücksichtigt werden müssen.

- Eine Befragung arbeitsloser Frauen aus un- und angelernten Berufen der Metall- und Elektro-Industrie ergab einen hohen Grad psychischer und Befindensbeeinträchtigungen. 24 % der Frauen litten unter depressiven Verstimmungen; 41 % fühlten sich gereizt und belastet; 34 % litten unter psychosomatischen Beschwerden, wie vor allem: Schlafstörungen, Müdigkeit, Zerschlagenheit (GENEGEL/MOHR, 1982).
- Studien zum Inanspruchnahme- und Gesundheitsverhalten bei Schwangeren (TIETZE/BARTHOLOMEYCZIK, 1979) konstatieren die geringste Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und das schlechteste Gesundheitsverhalten (vor allem Rauchen) bei un- und angelernten Arbeiterinnen; berufstätige Frauen nehmen Vorsorgeangebote eher wahr als nichtberufstätige Frauen.
- Und: sowohl die Rate von Frühgeburten als auch die Säuglingssterblichkeit ist bei Kindern von Arbeiterinnen und Müttern aus Stehberufen (Verkäuferinnen; Dienstleistungsberufe; Friseurinnen; Körperpflegerinnen; Gästebetreuerinnen) besonders hoch.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse einen Zusammenhang von sozialer Schicht und beruflicher Belastung einerseits und einem schlechten Gesundheitsstatus dieser Frauen gemessen an verschiedensten Gesundheitsindikatoren andererseits.

5.3. Risikofaktoren

Bezüglich der klassischen Risikofaktoren wurden eine Reihe von in den letzten 15 - 20 Jahren in der BRD durchgeführten Studien ausgewertet. Da sie methodisch nur begrenzt vergleichbar sind (unterschiedliche Populationen und Grenzwerte für Risikoprofile), sollen die Ergebnisse hier nur grob wiedergegeben werden.

Rauchen

Deutliche Ergebnisse liegen zum Risikofaktor Rauchen vor, da hier bereits eine Studie (BZGA und WHO) erstellt wurde. Rauchen gilt als entscheidender Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten, chronische Bronchitis und Lungenkrebs. In welchem Maße andere Faktoren (Gewicht, Bewegungsmangel) für Koronarerkrankungen einen Einfluß haben, ist allerdings immer wieder in der Diskussion. Hinzu kommt, daß bezüglich des Rauchens Studien vorliegen, in denen erstmals quantitative Daten zum Rauchen frauenspezifisch ausgewertet wurden (IMW, 1982; ROHRMOSER, 1984). Analoge Studien zu anderen Gesundheitsverhaltensweisen bei Frauen liegen nicht vor. Die Daten zeigen eine erschreckende Entwicklung v.a. bei den jüngeren Frauen.

- Die Zahl der Zigarettenraucherinnen ist in der BRD im Zeitraum von 1960 - 1980 um ca. 64 % gestiegen (Männer 16,5 %). Frauen stellten 1980 45 % aller Raucher, wobei diese Zunahme in den 70er Jahren erfolgte. Damit nähert sich das Rauchverhalten der Frauen in der BRD den Verhältnissen in England, den Niederlanden und Dänemark an. Diese Länder haben - im europäischen Maßstab - eine sehr hohe Raucherinnenquote (IMW, 1982).
- Nationale und internationale Studien zeigen, daß besonders in den unteren sozialen Schichten die Zahl der rauchenden Frauen sehr hoch ist (IMW, 1982; JACOBSON, 1981).
- Zusammenhänge zu Belastungen und Rauchen, bzw. Gesundheitsverhalten allgemein konnten aufgezeigt werden:
 - . es besteht zum einen ein Zusammenhang zwischen unterer Sozialschicht und darin eingeschlossenen beruflichen und familiären Belastungen und starkem Rauchen
 - . zum anderen gibt es ein ausgeprägtes Rauchverhalten bei erwerbstätigen Frauen höherer sozialer bzw. Bildungsschicht mit hohen beruflichen Anforderungen
 - . starkes Rauchen wurde auch festgestellt bei Frauen mit hohen beruflichen Belastungen und qualifizierten Berufsabschlüssen: v.a. Krankenschwestern in Nacht- und Schichtarbeit (VOLKHOLZ, 1977).
- Viele junge Frauen (unter 25 Jahren) im Beruf und Berufsausbildung rauchen (56 %). Insbesondere mit dem Einstieg ins Berufsleben (17 - 18 jährige) steigt das Rauchen an.
- Aber: die etwas älteren Frauen rauchen, wenn sie rauchen, sehr viele Zigaretten (ca. 40 % der Raucherinnen rauchen mehr als 15 Zigaretten/Tag; bei den jüngeren Frauen sind es 27 %. Diese Frauen haben ein ausgeprägtes und auch konstantes Rauchverhalten.
- Berufstätige Frauen mit versorgungspflichtigen Kindern

rauchen mehr (ca. 35 %) als nicht berufstätige Frauen mit Kindern (ca. 27%).

- Eine Auswertung der entsprechenden Daten des Mikrozensus (ROHRMOSER, 1984) zeigt:
 - . einen sehr hohen Anteil rauchender Frauen in der Altersgruppe 20 - 34 Jahre, bezogen auf alle erwerbstätigen Frauen der Bundesrepublik Deutschland (41,1 %).
 - . Dabei zeigen sich eindeutig berufsspezifische Verteilungen. Frauen in wenig qualifizierten Berufen rauchen eindeutig mehr als Frauen in Tätigkeiten mit hohen qualifikatorischen Voraussetzungen. Das gilt für den Büro- und Verwaltungsbereich (z.B. Datentypistinnen 53,7 % Sekretärinnen 47,5 %; aber: Bankfachfrauen 33,8 %); den Verkaufsbereich (Verkäuferinnen 44,7 %; Kassiererinnen 58,6 %) und die Friseurinnen und Kosmetikerinnen 51,8 %. Die Industriebetriebe bieten ein heterogenes Bild. Während z.B. Lötinnen (59,8 %) und Elektromontierinnen (49,1 %) sehr viel rauchen, rauchen Bekleidungsarbeiterinnen (34,4 %) und Schneiderinnen (33,7 %) weniger. Für manche Industriebetriebe haben allerdings die sehr jungen Frauen (unter 20 Jahre) mit ihrem Rauchverhalten stark nachgezogen.
- Ehemalige Raucherinnen sind v.a. bei den älteren Frauen und in der städtischen weiblichen Bevölkerung zu finden. Hausfrauen geben eher das Rauchen auf als erwerbstätige Frauen mit Kindern. Die genannte starke Raucherinnen-Gruppe der qualifizierten Frauen ist ebenfalls eine Gruppe, die eher die Chance hat, mit dem Rauchen aufzuhören. Insgesamt ist der Anteil der männlichen Ex-Raucher in vergleichbaren Gruppen größer als der der weiblichen. Damit werden auch für die BRD internationale Ergebnisse bestätigt (IMW, 1982).
- Die Erhöhung des Risikos für Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen, die Rauchen und Ovulationshemmer nehmen, ist bekannt. LAASER u.a. (1979) konnten zeigen, daß junge Frauen, die die Pille nehmen, eine höhere Raucherprävalenz haben (59,9% im Gegensatz 30,8% bei Mädchen, die keine Pille nehmen).

Blutdruck / Übergewicht / Cholesterin

Hierzu wurde bisher kein entsprechender Männer - Frauen - Vergleich erstellt, obwohl eine Beschreibung der Studienergebnisse alter Studien und eine Auswertung neuer Studien in der Bundesrepublik Deutschland sicher wertvoll und lohnend wäre.

Unter Berücksichtigung auch von amerikanischen Forschungsergebnissen (RICE u.a. 1984) lassen sich jedoch allgemeine Aussagen machen.

- Bei den Frauen gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren und dem Alter. Sowohl der Blutdruck, als auch erhöhter Cholesterinspiegel nehmen u.a. mit und nach dem Klimak-

terium zu. Übergewicht kommt bei Frauen schon ab dem mittleren Lebensalter verstärkt vor.

Bekannt sind mir keine Studien, die etwas über die Veränderung von Risikoprofilen in den letzten Jahren sagen, keine zusammenfassenden Vergleiche und keine Auswertungen bezüglich frauenspezifischer Belastung, sozialen Indikatoren, spezifischem Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewältigungsverhalten) und Risikofaktoren.

5.4 Zusammenfassung

Erstens. Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Mortalitäts- und Morbiditätsstruktur, wobei eine starke gesundheitliche Beeinträchtigung der Frauen besteht, die sich aber nicht in den Mortalitätsraten niederschlägt. Aber: damit sind keine Gewichtungen des gesundheitlichen Status bei Männern und Frauen impliziert. Frauen sind nicht kränker als Männer, sondern sie sind in anderer Weise krank als Männer. In diese Richtung weisen auch Daten bzgl. KHK. Obwohl Männer hier hinsichtlich der geringeren Lebenserwartung stärker betroffen sind, weisen Frauen doch eine starke gesundheitliche Beeinträchtigung im Vorfeld dieser Erkrankung auf.

Zweitens. Daten zu unterschiedlichen gesundheitlichen Situationen von erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Frauen liegen für die Bundesrepublik Deutschland bisher nicht vor.

Drittens. Deutlich zeigen empirische Daten Zusammenhänge von Belastungen und gesundheitlicher Lage. Dabei wird deutlich, daß Frauen unterer bis mittlerer sozialer Schichten und in Berufen mit geringen qualifikatorischen Voraussetzungen den schlechtesten gesundheitlichen Zustand haben. Dies betrifft auch jüngere Frauen mit versorgungspflichtigen Kindern.

Viertens. Daten zum Gesundheitsverhalten - hier wurde als eine zentrale Verhaltensweise Rauchen beschrieben - zeigen ebenfalls ein sehr negatives Gesundheitsverhalten bei Frauen unterer bis mittlerer sozialer Schichten bzw. den o.g. Berufen. Dabei sind hier sowohl Frauen in Industrietätigkeiten als auch untere Angestellte betroffen. Ein alarmierendes Rauchverhalten haben in den letzten Jahren jüngere Frauen entwickelt. Daten zu anderen (v.a. Herz - Kreislauf) Risikifaktoren wurden bisher noch nicht problemspezifisch aufgearbeitet.

Fünftens. Daten zur gesundheitlichen Lage und zum Gesundheitsverhalten verweisen auf Folgeprobleme, die möglicherweise für bestimmte soziale Gruppen unserer Gesellschaft zu erwarten sind. Berufliche und familiäre Belastungen, negatives Gesundheitsverhalten und mangelnde Alternativen im Bewältigungshandeln könnten Gründe für eine wachsende Verschlechterung der gesundheitlichen Situation dieser Frauen sein.

6. Stand der Frauengesundheitsforschung - Zusammenfassung

Das Thema Frauengesundheitsforschung wurde in den letzten zwei Jahrzehnten immer wieder aufgegriffen, ohne daß sich bisher ein etablierter Forschungs- oder Praxisbereich daraus entwickelt hätte. Unter Frauengesundheitsforschung verstehen wir einen Ansatz, in dem bestehende wissenschaftliche Ergebnisse und Forschungsbereiche unter frauenspezifischen Fragestellungen untersucht, ausgewertet bzw. bearbeitet werden.

Dabei gilt es zunächst, Kriterien für eine solche Sichtweise zu finden und zu formulieren. Solche Kriterien lassen sich zum einen aus der Beschreibung und Analyse der Lebenssituationen von Frauen in unserer Gesellschaft gewinnen. Zum anderen gehen in ein solches Konzept Wissen und Erfahrungen über den Stellenwert von Gesundheit und Krankheit für Frauen ein (s.u.a. SCHNEIDER 1982; KICKBUSCH 1982; RODENSTEIN 1982). Eine frauenspezifische Gesundheitsforschung hätte auch bestehende Umsetzungsmodelle für die Prävention zu prüfen und gegebenenfalls zielgruppenspezifisch weiter zu entwickeln.

Internationale Forschungs- und Präventionsstrategien, wie beispielsweise in den USA, könnten hier Vorbildfunktion haben (US- Department of Health and Human Services 1985; GOLD 1984). Eine umfassende Sichtung der nationalen und internationalen Datenlage und der präventiven Umsetzungsmodelle unter frauenspezifischen Fragestellungen ist bisher allerdings nicht erfolgt.

Um dies zu tun, müssen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Welches sind wesentliche Fragestellungen und Konzepte einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung?
Welche Bereiche müssen bearbeitet werden?
2. Welche Datenquellen stehen uns in der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung, aus denen wir Aussagen zur gesundheitlichen Lage der Frau ablesen können?
3. Welche Projekte frauenspezifischer Gesundheitsforschung gibt es bereits?
Welches sind ihre Fragestellungen?
4. Sind die existierenden präventiven Modelle in der Bundesrepublik Deutschland an den Notwendigkeiten einer frauenspezifischen Prävention orientiert?
5. Was zeigt uns die internationale Forschung, vor allem in den USA und in England, bezüglich der Fragestellungen, Daten, Methoden und präventiven Maßnahmen im Bereich Frauen und Gesundheit?
6. Welche Konsequenzen müssen aus einer solchen Bestandsaufnahme für die Frauengesundheitsforschung und Prävention gezogen werden?

Um einer Klärung dieser Fragestellungen näher zu kommen, haben wir versucht, unser Wissen über laufende Arbeiten im Bereich Frauen und Gesundheit auszuweiten. Dazu sind wir

folgende Wege gegangen.

- Durchführung einer umfangreichen Recherche über laufende Projekte in diesem Bereich. Dazu haben wir mehr als dreißig Einrichtungen (z.B. Gleichstellungsstellen; Projekte) und Dokumentationssysteme bzw. wissenschaftliche Einrichtungen kontaktiert.
- Sichtung der epidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Datenlage zum Thema Frauen und Gesundheit; sekundäranalytische Auswertung von Statistiken und Untersuchungen (nicht abgeschlossen) im Hinblick auf inhaltliche und methodische Ergebnisse und Defizite.

Bevor wir auf die Ergebnisse unserer Recherchen eingehen, wollen wir unseren konzeptionellen Ansatz einer Frauengesundheitsforschung zusammenfassen. Wir sind in unserer Arbeit dem Lebensweisenkonzept, der Frauenforschung und dem Konzept der Gesundheitsförderung verpflichtet.

Im Sinne des Lebensweisenkonzeptes begreifen wir Gesundheitsverhalten- oder besser: Gesundheitshandeln - als sozial und gesellschaftlich vermitteltes Handeln. Es erhält seine Bedeutung und Funktion nicht nur als individuelle (gelungene oder mißlungene) Bewältigung sozialer und persönlicher Konflikte. Es sind viel mehr gesellschaftlich vorgegebene Handlungsmuster für den Umgang mit gesellschaftlichen und sozialen Problemlagen. Spezifische gesundheitsriskante Verhaltensweisen (z. B. Rauchen) sind deshalb nicht aus der Perspektive individuellen Fehlverhaltens zu begreifen. Rauchen, Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmißbrauch, riskantes Verhalten im Straßenverkehr, u.a.m. sind gesellschaftlich gegebene und verfügbare Handlungsweisen, in denen das Bedürfnis nach Widerstand gegen die bedrückenden äußeren Lebensumstände gesellschaftlich kanalisiert wird. Dieser Widerstand endet jedoch nicht in der gelungenen Bewältigung der in die Lebensumstände eingebundenen Problemlagen, sondern wird zum Leidensprozeß und zum Prozeß der Selbstzerstörung.

Eine auf Verhaltensänderung und Risikoreduktion orientierte Prävention, die allein auf den Bewältigungsaspekt (Verzicht) zielt, aber von dieser gesellschaftlichen Bedeutung abstrahiert, kann nicht massenwirksam sein, wenn sie nicht gleichzeitig breitenwirksame Handlungsalternativen schafft. In diesem Sinne will Gesundheitsförderung wirken. Unter Berücksichtigung der Lebensumstände und gesellschaftlichen Bedingungen, die gesundheitsbezogenes Handeln möglich - oder unmöglich - machen, sollen gesundheitsfördernde Alternativen aufgezeigt werden. Für die Frauen ist deren besondere Situation zwischen Beruf und Familie mit zu berücksichtigen und die spezifischen Belastungen, denen sie in den einzelnen Lebensbereichen ausgesetzt sind. Hier wären Handlungsalternativen aufzuzeigen und Handlungsspielräume zu erweitern.

Für die Frauengesundheitsforschung lassen sich folgende Bereiche benennen, die einer weiteren Erforschung bzw. praktischen Umsetzung bedürfen. Es wurden die möglichen Datenquellen genannt, aus denen wir diese Fragen beantworten können und die damit verbundenen methodischen Probleme umschrieben.

- **Mortalität:** Wie unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Lebenserwartung und Todesursachen?
- **Morbidität:** Wie unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Lage (Krankheitsarten, Krankheitsausfälle, Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen)?
- **Befinden:** Wie unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich ihres körperlichen und seelischen Befindens und worin liegen diese Unterschiede begründet?
- **Frauen im Medizinsystem:** In welcher Weise werden Frauen und Männer im Medizinsystem in unterschiedlicher Weise behandelt (z.B. im reproduktiven Bereich) und in welchen gesellschaftlichen Prozessen liegen diese Unterschiede begründet?
- **Risikofaktoren:** Welche Risikofaktoren für welche spezifischen Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Krebs) wurden im Hinblick auf Frauen - Männer - Unterschiede untersucht?
- **Gesundheitsindikatoren:** In welcher Weise wirken Lebenssituation und Belastung von Frauen auf ihre gesundheitliche Lage und an welchen Gesundheitsindikatoren ist dies meßbar?
- **Alltagskonzepte von Gesundheit:** Welche alltäglichen Vorstellungen von Gesundheit haben Frauen und wie setzt sich dieses in Gesundheitshandeln um?
- **Prävention:** Sind Frauen in der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung bisher als spezifische Zielgruppe angesprochen worden?
Welche frauenspezifischen Angebote sollten entwickelt werden?

Unsere Bestandsaufnahme zeigte:

- Defizite bezüglich der frauenspezifischen Analyse der epidemiologischen Datenlage (Mortalität, Morbidität, Belastungsindikatoren).
- Positive Ansätze, die frauenspezifisches Gesundheitshandeln beschreiben und zu erklären suchen (Befinden, Frauen im Medizinsystem, Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren, Alltagskonzepte von Gesundheit).
- Ausblicke auf präventive Umsetzung im Bereich der Gesundheitsförderung für Frauen.

Die Mortalitätsdaten zeigen die sieben Jahre höhere Lebenserwartung der Frauen (Männer 70 Jahre; Frauen 77 Jahre; 1980). Unterschiede bestehen hinsichtlich der altersspezifischen Gesamtmortalität. In der Altersgruppe der 15-25 Jährigen ist die Sterblichkeit der Männer mehr als 2,5 mal größer als die der Frau; im Alter von 25-75 Jahren ca. doppelt so hoch.

Der Unterschied in den jüngeren Altersgruppen ist vor allem der extrem hohen Unfall- und Selbstmordrate der Männer in diesem Alter geschuldet, hat damit also eindeutig soziale Ursachen. Die Unterschiede in den mittleren Altersgruppen sind vor allem bedingt durch die Frühsterblichkeit der Männer an koronaren Herz-

krankheiten und der höheren Lungenkrebsrate bei Männern.

Auch in der Bundesrepublik Deutschland ist die Rate der Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen (auch bei Männern) angestiegen, wobei dies vor allem in den Altersgruppen 50-54 Jahre und 60-64 Jahre der Fall ist. Ob hier systematische Effekte (Zunahme des Rauchens) zugrunde liegen oder ob es sich lediglich um statistische Schwankungen handelt, bleibt differenzierteren Analysen vorbehalten.

Berufsspezifische Auswertungen der Hamburger Krebsregister-Daten zeigen eine starke Gefährdung der Hilfsarbeiterinnen, Kellnerinnen, Schneider- und Kürschnerinnen und Friseurinnen. Hauptursache hierfür sind sicher die hohen Raucherinnenquoten in diesen Berufen; zum Teil die zusätzliche Exposition durch Passivrauchen (Kellnerinnen); aber auch berufsspezifische Expositionen. Belastet sind möglicherweise Frauen, die als Hilfsarbeiterin verschiedene Tätigkeiten inne haben, Kürschnerinnen (Arsenbelastung), Schneiderinnen (die übrigens eine niedrige Raucherquote haben), v.a. aber auch Friseurinnen (hohe Raucherquote!).

Verschiedenste Studien zum Zusammenhang von Belastung, Gesundheit und Gesundheitsverhalten wurden in Hinblick auf frauenrelevante Ergebnisse sekundäranalytisch untersucht. Dabei wird deutlich, daß sich auf Grund des vorliegenden Datenmaterials keine wissenschaftlich gesicherten Aussagen über Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Frauen machen lassen. Daten liegen oft nur für berufstätige, bzw. noch eingeschränkter: für sozialversicherungspflichtige Frauen (Kranken- und Rentenversicherungsdaten) vor.

Im Vergleich der Frauen aus verschiedenen Berufsgruppen wurden jedoch Trends sichtbar, die ein starkes Auseinanderdriften der gesundheitlichen Lage der Frauen im Angestellten- und im Arbeiterbereich belegen. Das zeigt sich z.B. im niedrigeren Krankenstand der weiblichen Angestellten und der generell stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigung der Arbeiterinnen (z.B. bezüglich psychischer Gesundheit, Wohlbefinden und Schmerzmittelgebrauch). Arbeiterinnen haben darüber hinaus ein überdurchschnittliches Herzinfarkttrisiko gegenüber den weiblichen Angestellten. Studien zeigen eine starke berufsbiographische Belastung der weiblichen Infarktlerinnen aus dem Arbeiterbereich.

Amerikanische Studien weisen demgegenüber ein höheres Infarkttrisiko bei unteren Angestellten und Verkäuferinnen nach. Ob diese Ergebnisse methodischen Unterschieden geschuldet sind (die amerikanischen Daten sind aus prospektiven Studien gewonnen und somit weitaus abgesicherter als BRD-Daten) bzw. ob dies auf Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur zurückzuführen ist, wissen wir nicht.

Deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen sehen wir bezüglich einiger Risikofaktoren. Systematisch erhobene Daten liegen hier bezüglich der Herz-Kreislauf-Risiken vor, wobei vor allem für das Rauchen eine etwas größere Studie vorliegt. Die Raucherquote ist bei Frauen in den letzten 15 - 20 Jahren stark angestiegen. 1980 waren 45% aller Raucher Frauen; 28% aller Frauen rauchen. Besonders in den unteren sozialen Schichten sind die Raucherquoten sehr hoch; Ex-Raucherinnen finden wir eher bei Frauen mit mittlerem und höherem sozialen Status. Die steigenden Raucherquoten sind vor

allem auf die Zunahme des Rauchens bei jungen Frauen zurückzuführen.

Gründe für die Zunahme des Rauchens bei Frauen sind wohl in sozialen und kulturellen Veränderungen in der Rolle und den Verhaltensdeterminanten für Frauen in den letzten Jahrzehnten zurückzuführen. Inwieweit gesellschaftliche Trends von spezifischen Werbestrategien der Zigarettensindustrie genutzt bzw. verstärkt wurden, wissen wir allerdings nicht. Sicher ist die Zunahme des Rauchens bei Frauen nicht allein auf die Emanzipationsthese zurückzuführen. Das dies nicht der Fall sein kann mögen Ergebnisse einer qualitativen Fallstudie belegen. Hier konnten Zusammenhänge zwischen Raucher motivation und psychosozialen Be- bzw. Entlastungen von Frauen aufgezeigt werden.

Ein umgekehrter Alterszusammenhang besteht zwischen den anderen KHK-Risiken (Übergewicht, Blutdruck, Cholesterin, Bewegungsmangel) und Alter. Übergewicht und Bewegungsmangel nehmen mit dem Alter zu. Blutdruck und Cholesterin steigen vor allem in Abhängigkeit mit dem Klimakterium. Hormonelle Zusammenhänge sind hier plausible Erklärungsmodelle. Allerdings gibt es bislang in der BRD wohl keine frauenspezifische Untersuchung darüber, ob hier auch Verhaltens-(z.B. Ernährung) oder Umgebungseinflüsse (z.B. Streß) wirksam sein könnten.

Ob über die Initiativen der BZGA in den letzten drei Jahren hinaus frauenspezifische präventive Angebote entwickelt wurden ist mir nicht bekannt. Sicher gibt es im Bereich der Suchtbehandlung, in der Psychosomatik, der Krebsnachsorge und besonders im Selbsthilfebereich frauenspezifische Angebote. Primärpräventive Angebote im Sinne der Gesundheitsförderung sind mir jedoch nicht bekannt. Dem steht ein - wenn auch begrenzter - Wissensstand gegenüber, der eine präventive Umsetzung erfordert und auch möglich macht. Wir wissen bereits einiges über Lebenslagen von Frauen, damit zusammenhängenden Belastungen und Bewältigungspotentialen und - defiziten; wir wissen etwas über spezifische Gesundheitsverhaltensweisen von Frauen (Rauchen, Medikamentengebrauch, Alkohol, u.a.m.) und deren Bedeutung und Bedingtheit im weiblichen Lebenszusammenhang.

Ausgehend von der Beschreibung des Forschungsstandes zu Frauen und Gesundheit sind deshalb sowohl Forschungs - als auch Umsetzungsaufgaben zu beschreiben. Bezüglich der Forschung ist es notwendig, mehr epidemiologische Untersuchungen, bzw. sekundär- und primäranalytische Auswertungen vorliegender Daten durchzuführen. Für die praktische Umsetzung stellt sich als dringendste Aufgabe, bestehende Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf ihre Relevanz für Frauen zu prüfen, bzw. zu evaluieren, inwieweit Frauen von ihnen erreicht bzw. nicht erreicht werden. Parallel dazu sind ausgehend vom bestehenden Wissensstand, Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Angebote für Frauen zu entwickeln.

7. Anhang

Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1 Lebenserwartung (1960 - 1983)

	1960/62	1970/72	1980/82
Männer	66,86	67,41	70,13
Frauen	72,39	73,83	76,85
Differenz	5,53	6,42	6,72

nach: Statistisches Jahrbuch 1984

Tabelle 2 Gestorbene nach Familienstand, 1982 (%)

	Männer	Frauen
ledig	9,82	13,29
verheiratet	64,79	23,51
verwitwet	21,31	59,64
geschieden	4,00	4,27

aus: Statistisches Jahrbuch 1984

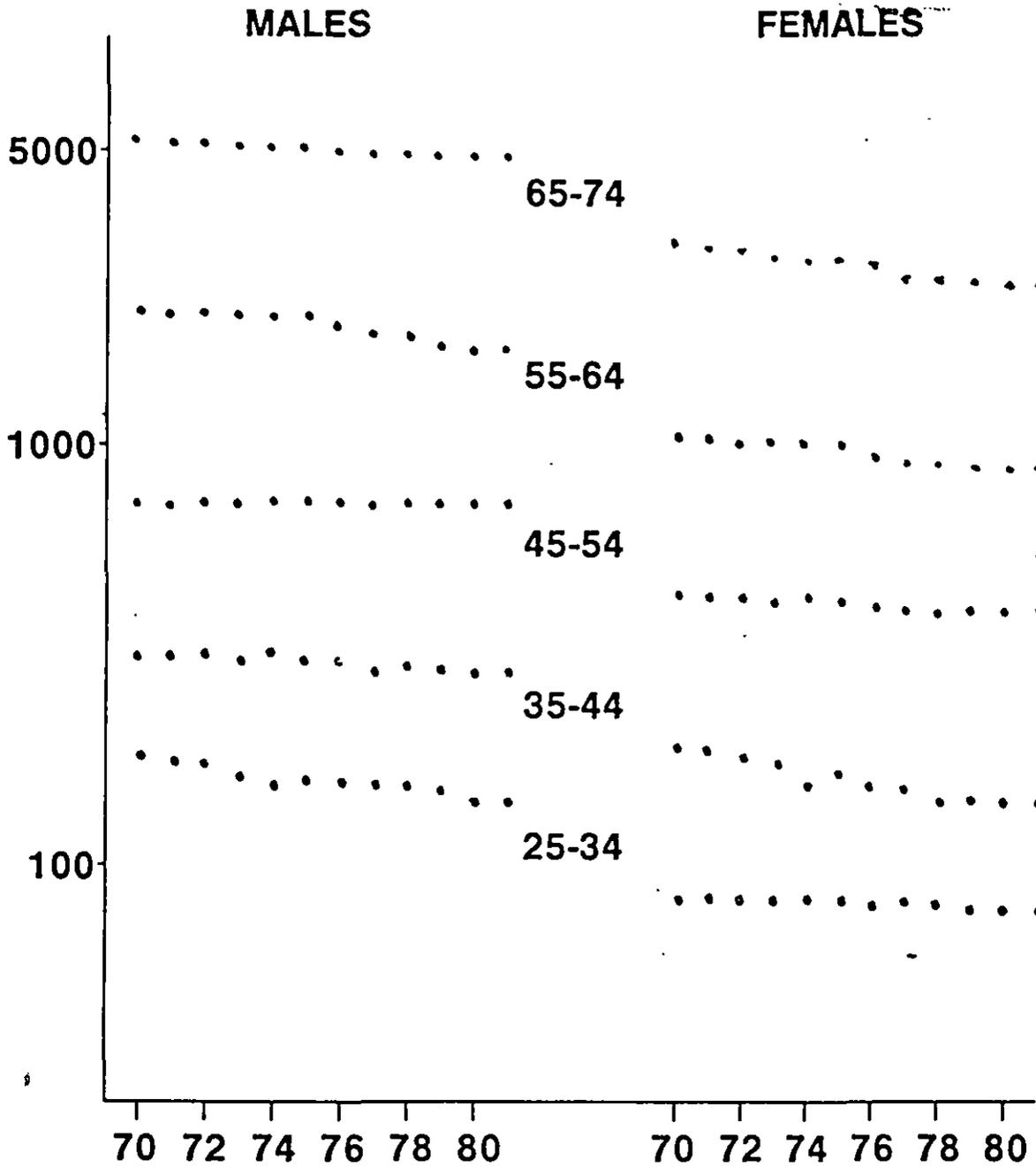
Tabelle 3 Alterspezifische Gesamtmortalität 1981
(je 100.000 Einwohner der gleichen Altersklasse)

	Männer	Frauen	$\frac{m}{w}$
0 - 5	322,7	256,8	1,26
5 - 15	33,2	22,8	1,46
15 - 25	123,7	47,3	2,60
25 - 35	134,7	65,6	2,05
35 - 45	280,2	144,4	1,94
45 - 55	698,3	347,7	2,01
55 - 65	1.665,0	792,2	2,10
65 - 75	4.626,2	2.342,1	1,98
75 - 85	10.871,0	7.218,7	1,51
85 u.ä.	22.728,3	19.421,9	1,17

nach: Daten des Gesundheitswesens 1983

Abb. A

FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY (1970 - 1981)
AGE-SPECIFIC TOTAL MORTALITY PER 100.000 POPULATION



aus: GREISER 1986

Tabelle 4 Sterbefälle an ausgewählten Todesursachen (je 100.000) ¹⁾

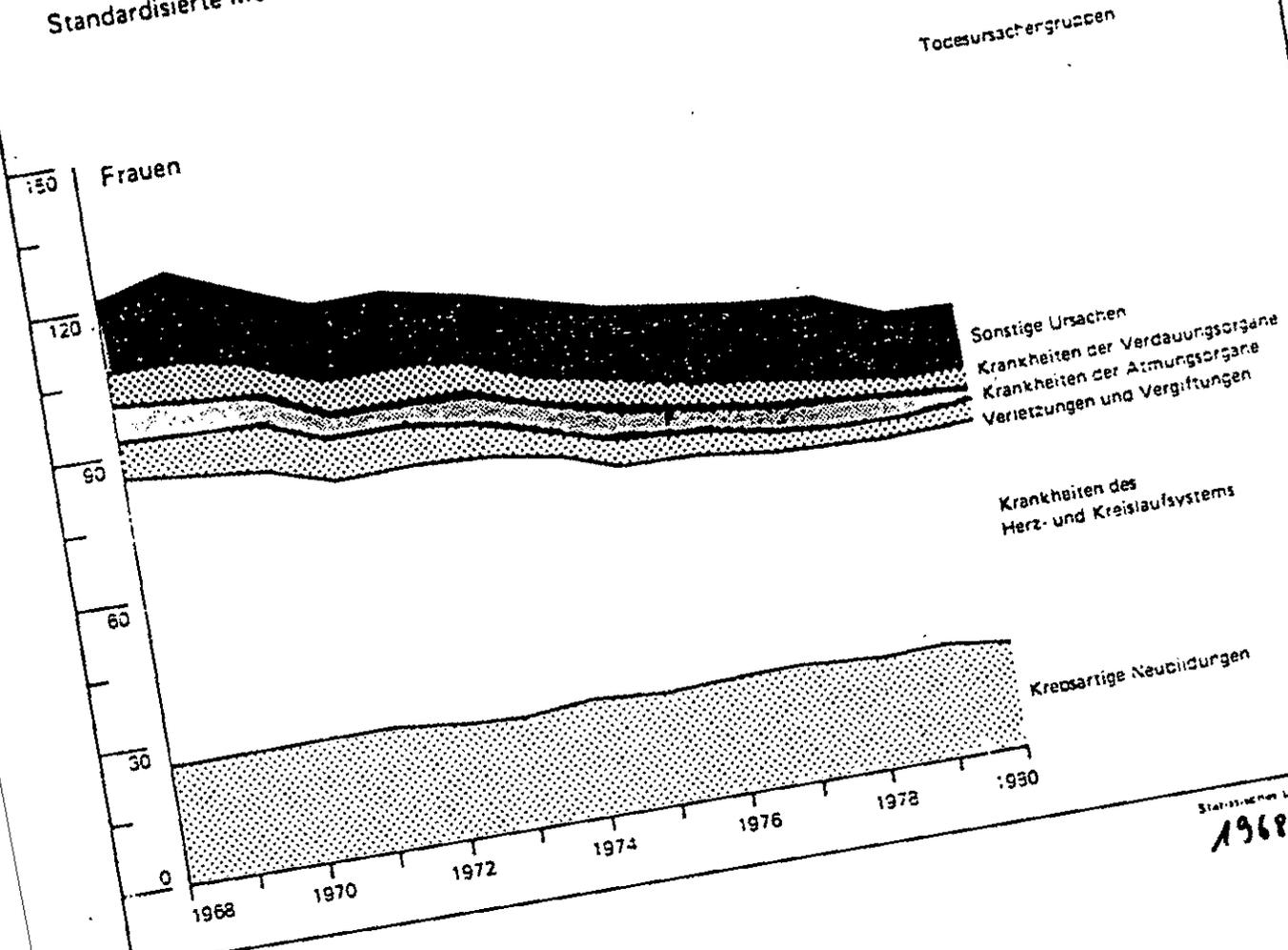
Todesursache	1970			1981		
	m	w	$\frac{m}{w}$	m	w	$\frac{m}{w}$
Ischämische Herzkrankheiten	214,7	137,5	1,56	229,9	138,9	1,66
darunter:						
Akuter Myokardinfarkt	148,6	71,8	2,06	163,5	82,0	1,99
Bösartige Neubildungen	245,0	225,6	1,09	249,2	209,9	1,19
darunter:						
Magen	44,2	34,8	1,27	28,4	21,0	1,35
Dickdarm	30,5	32,9	0,93	30,1	32,2	0,93
Atemwege	62,5	9,2	6,79	68,1	10,9	6,25*
Brust	0,4	31,7	-	0,3	35,7	-
Gebärmutter	-	18,8	-	-	16,0	-
Ovarien	-	12,6	-	-	13,4	-
Prostata	20,3	-	-	23,2	-	-
Niere, Harnwege	15,6	7,2	2,16	18,0	8,3	2,17
Haut	2,1	2,2	0,96	2,6	2,3	1,13
Leukämie	7,3	6,2	1,18	7,8	6,6	1,18
Diabetes mellitus	22,8	40,4	0,56	13,1	20,7	0,63
Selbstmord/ Selbstbeschädigung	28,5	15,1	1,89	27,2	13,6	2,00
Insgesamt	1.281,7	1.148,0	1,12	1.081,4	896,9	1,20

1) Für 1980 standartisierte Sterbeziffer unter Zugrundelegung des Altersaufbaus der Bevölkerung von 1970

nach: Daten des Gesundheitswesens 1983

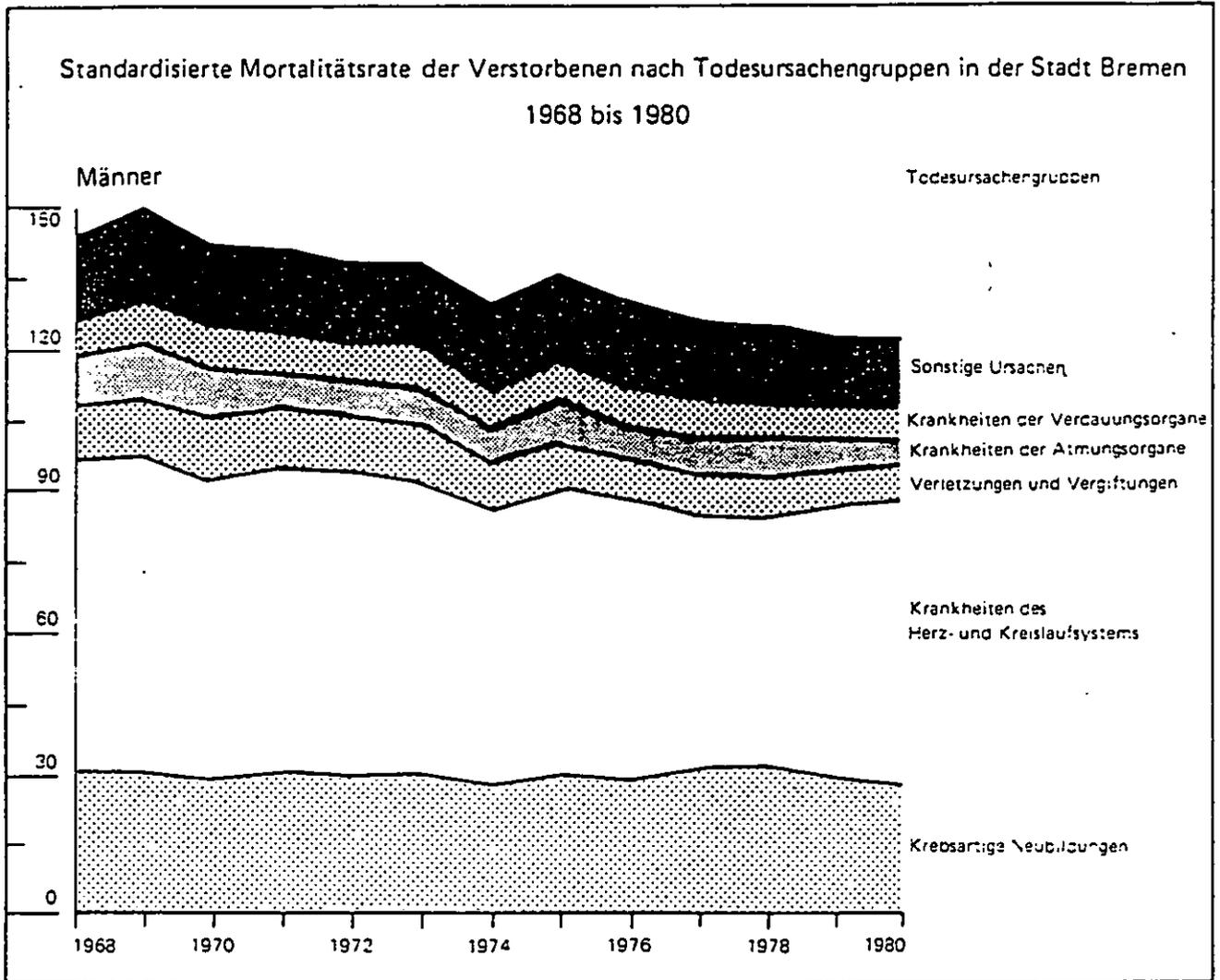
Abb. 2

Standardisierte Mortalitätsrate der Verstorbenen nach Todesursachengruppen in der Stadt Bremen
1968 bis 1980



Statistisches Landesamt Bremen
1968-1980

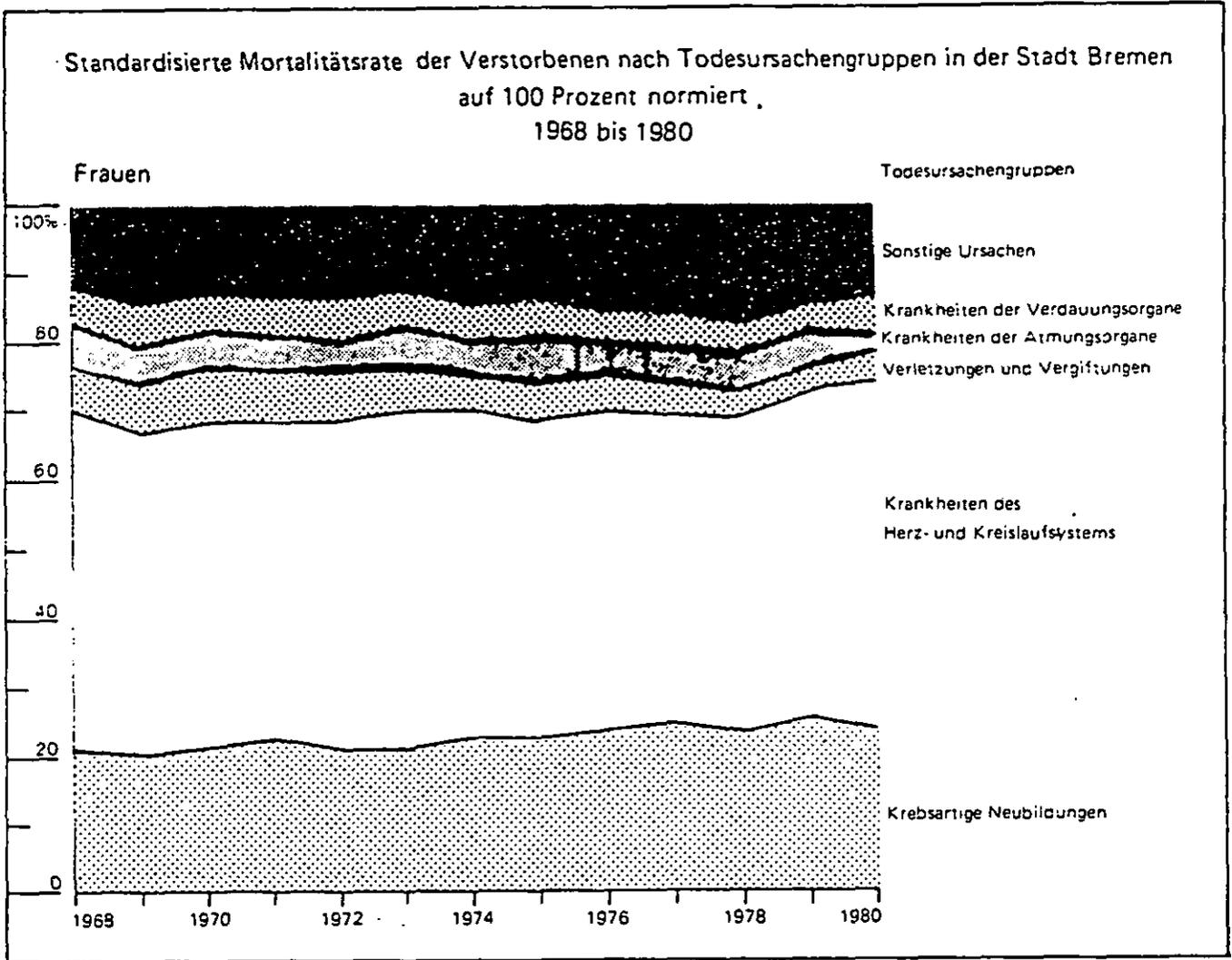
Abb. 3



Statistisches Landesamt Bremen

1968-1980

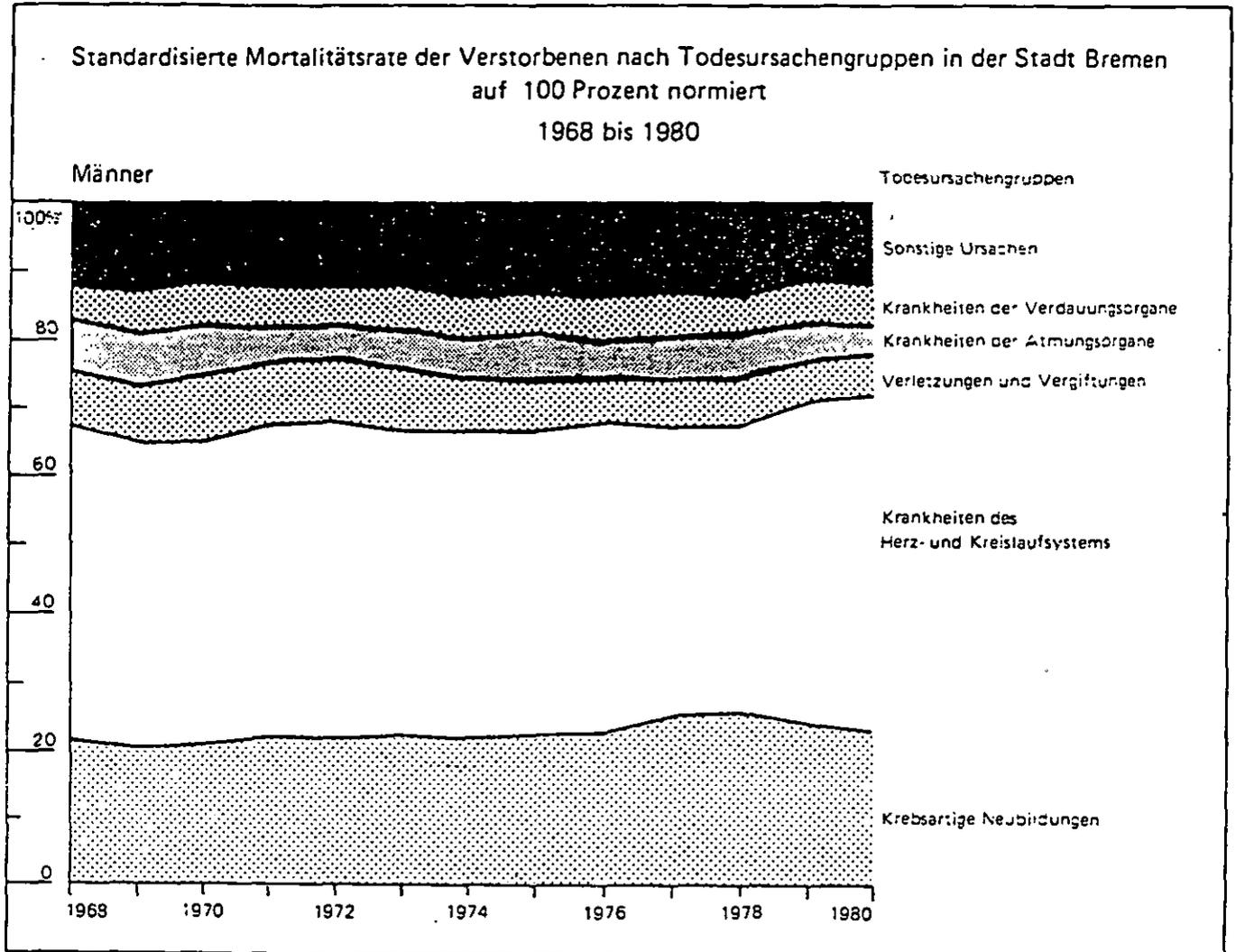
Abb. 4



Statistisches Landesamt Bremen

1968-1980

Abb. 5



Statistisches Landesamt Bremen

1961-1980

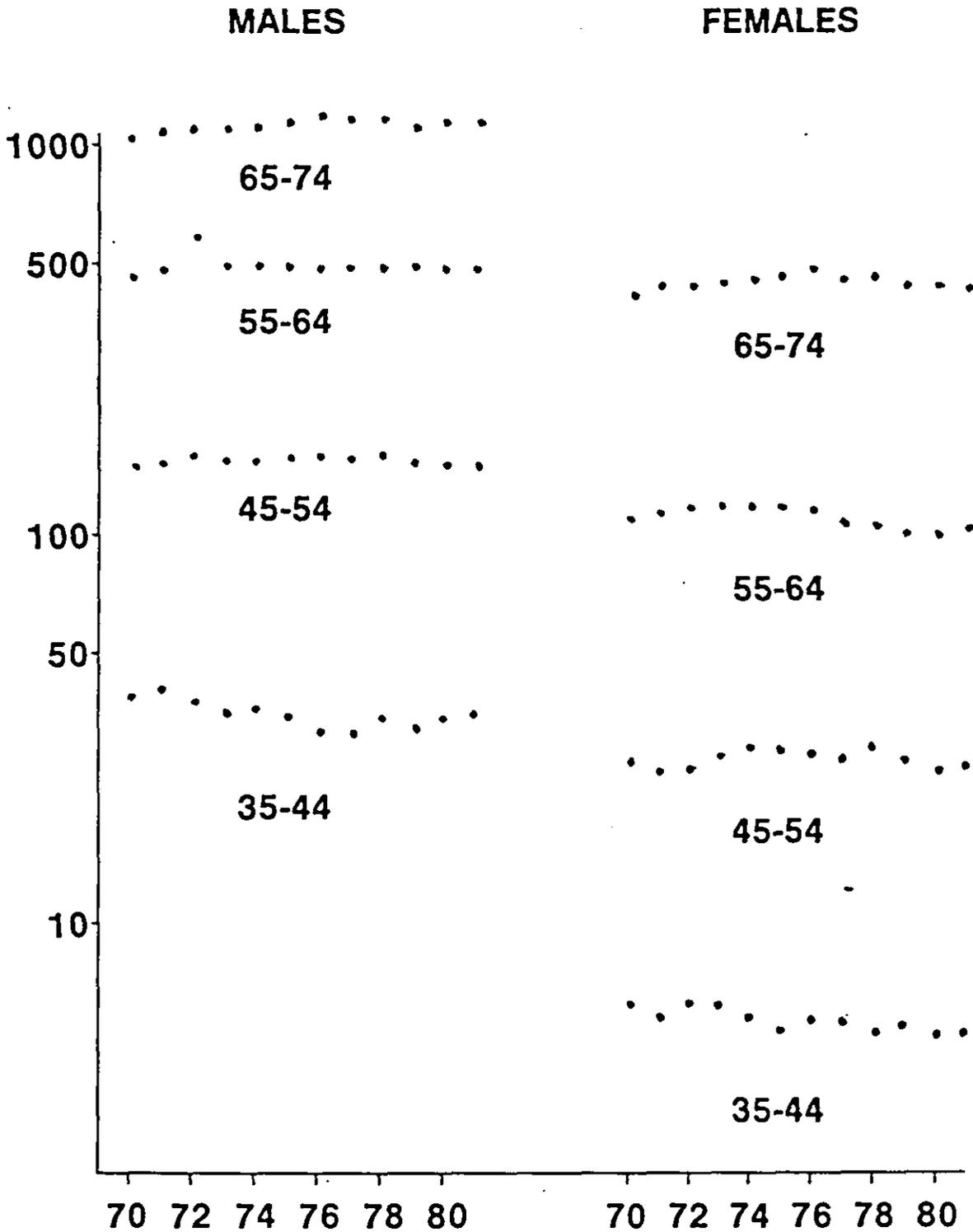
Tabelle 5 Männer-Frauen-Relation der altersspezifischen Mortalität
für ausgewählte Todesursachen, 1981

	KHK	BN-Atemwege	BN-Niere, Harnwege	Diabetes
0 - 5	-	1	1	2
5 - 15	-	-	1	-
15 - 25	4	-	1	1
25 - 35	4,88	4	1,5	1,38
35 - 45	6,82	5,21	2	2,08
45 - 55	6,10	5,80	2,59	1,60
55 - 65	4,26	8,28	2,82	1,15
65 - 75	2,68	9,84	3,08	0,94
75 - 85	1,76	9,25	3,53	0,78
85 u.ä.	1,30	5,83	2,90	0,70

nach: Daten des Gesundheitswesens 1983

Abb. 6

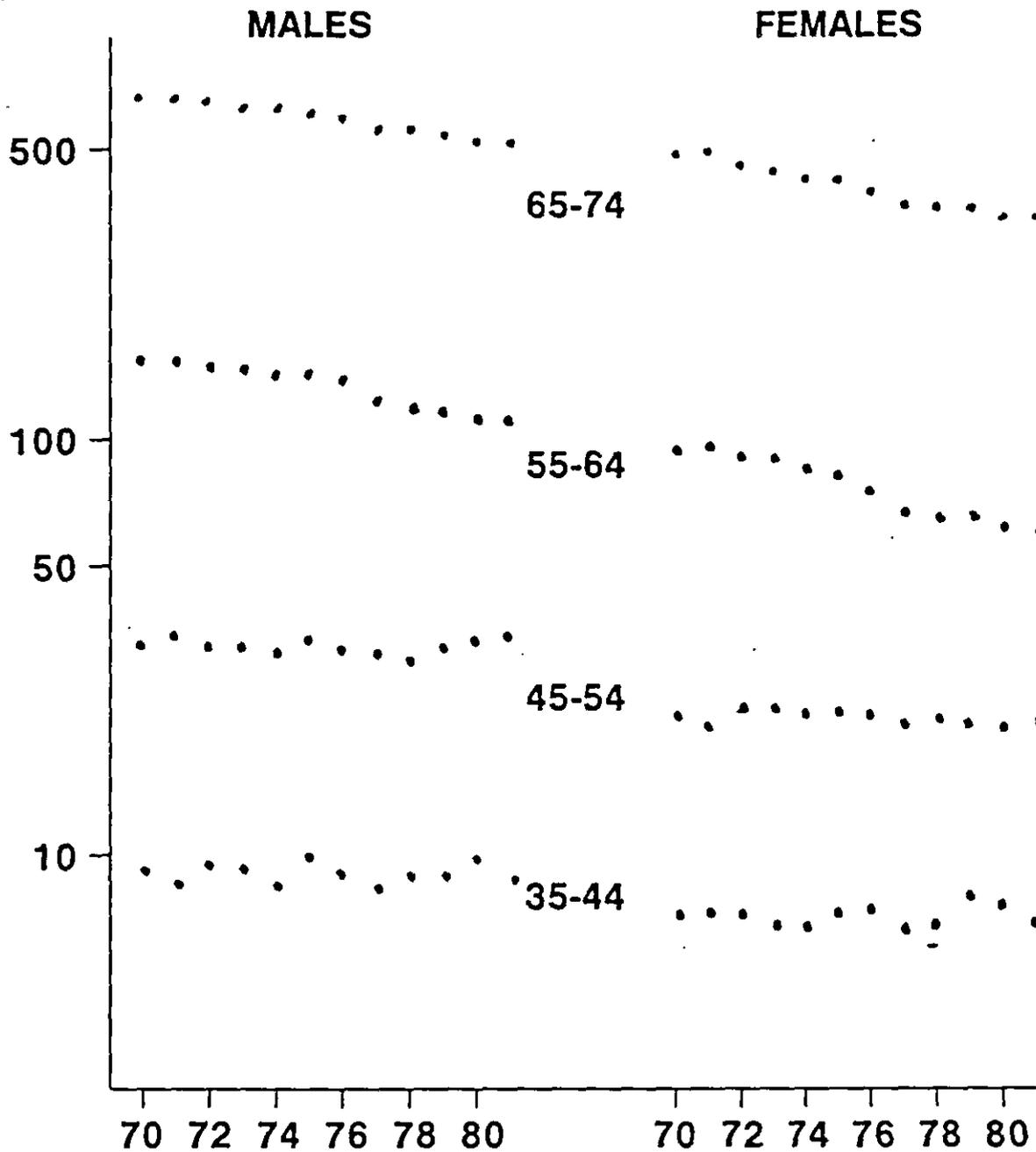
FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY
AGE-SPECIFIC CHD MORTALITY (ICD 410-414)
PER 100.000 POPULATION (1970 - 1981)



aus: GREISER 1986

Abb. 7

FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY
AGE-SPECIFIC CEREBROVASCULAR MORTALITY (ICD 430-438)
PER 100.000 POPULATION (1970 - 1981)



aus: GREISER 1986

Table 6: Proportion of deaths from lung cancer (ICD 162) as compared to deaths from all cancers (ICD 140 - 208) *1

<u>Year</u>		<u>Males</u>	<u>Females</u>
1952	*2	14.7 %	2.9 %
1953	*3	19.1 %	3.4 %
1962		23.3 %	3.9 %
1967		25.1 %	4.1 %
1972		26.2 %	4.0 %
1977		26.6 %	4.5 %
1978		27.1 %	4.7 %
1979		26.8 %	4.8 %
1980		27.1 %	5.0 %
1981		26.6 %	5.1 %

*1 calculated from "Daten des Gesundheitswesens" (1983)

*2 Saarland excluded

*3 Berlin West excluded

aus: Jöckel u.a. 1985

Abb. 8

SECULAR TREND OF FEMALE LUNG CANCER MORTALITY (ICD 162) FOR DIFFERENT AGE GROUPS IN WEST GERMANY (FROM BECKER ET AL. (1983))

CASES PER 100 000

30

20

10

0

1950

1960

1970

1980

1990

Y E A R

60 - 64

55 - 59

50 - 54

45 - 49

40 - 44

Abb. 9

SECLAR TREND OF MALE LUNG CANCER MORTALITY (100 162) FOR DIFFERENT AGE GROUPS IN WEST GERMANY (FROM BECKER ET AL. (1983))

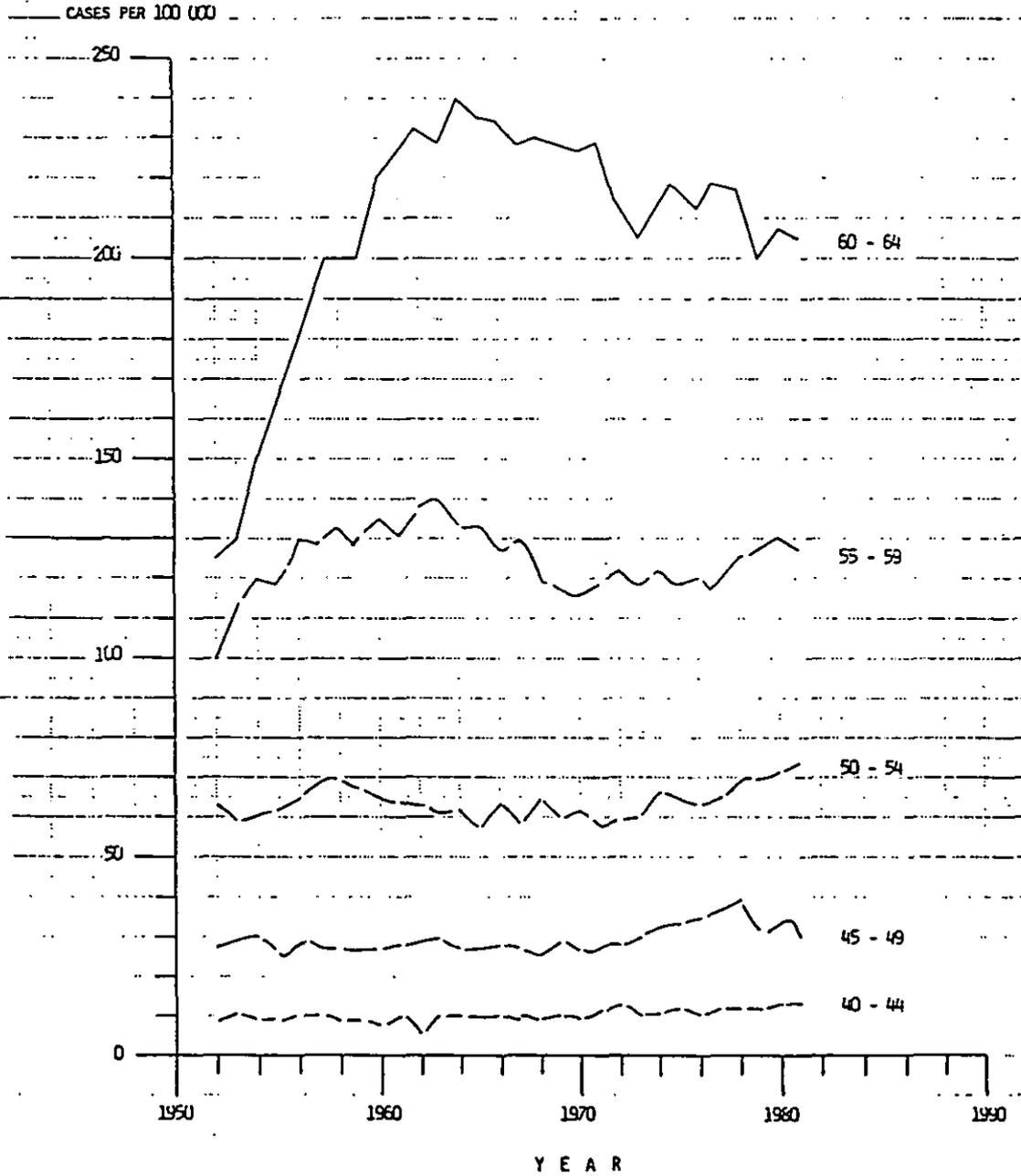


Abb. 10

SECULAR TREND OF LUNG CANCER MORTALITY (ICD 162) IN WEST GERMANY
(STANDARDIZED FOR AGE FROM WORLD POPULATION) (FROM BECKER ET AL. (1983))

STANDARD MORTAL RATE

50

40

30

20

10

0

MALE

FEMALE

1950

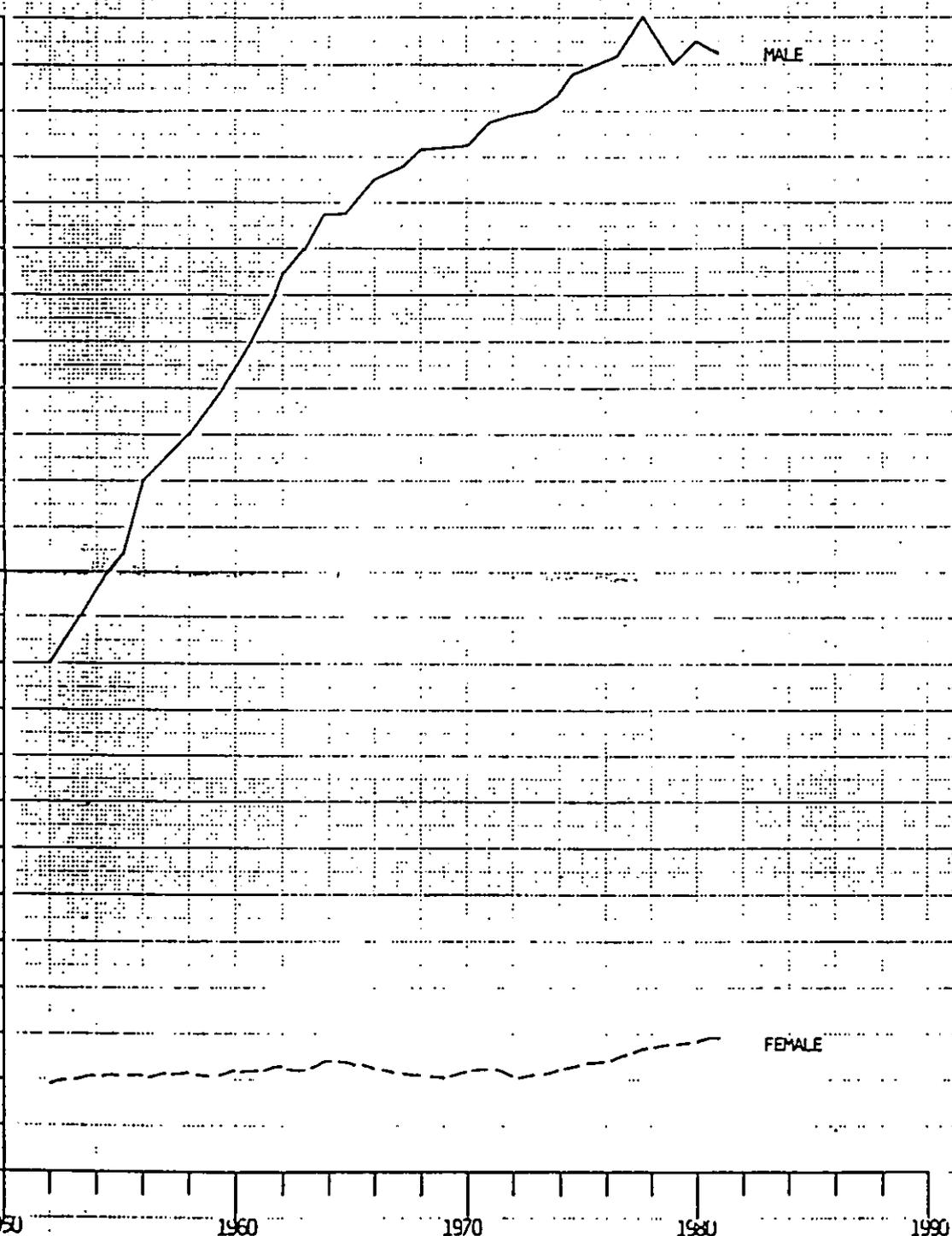
1960

1970

1980

1990

Y E A R



Literatur

- Abholz, H.-H./ Borgers, D./Karmaus, J. (Hrsg.): Risiko-
faktormedizin, Konzept und Kontroverse, Berlin/New York
1982
- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen,
Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. 1,
1975, Bd.2, 1973, reinbeck bei Hamburg
- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Kommunikative Sozial-
forschung, München 1976
- Bartholomeyczik, S.: Belastende und protektive Faktoren, in:
Abholz u.a. 1982
- Bartholomeyczik, S.: Was kann sozialmedizinische Forschung
zum Thema Gesundeheitszustand von Frauen sagen? in:
Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jahrbuch für kritische
Medizin 9. Berlin 1983
- Becker - Schmidt, R. u.a.: Nicht wir haben die Minuten, die
Minuten haben uns. Bonn 1982
- Becker - Schmidt, R.: Widersprüchliche Realität und Ambi-
valenz: Arbeitserfahrungen von Frauen in Fabrik und
Familie. KZfSS 1980
- Becker - Schmidt, R. Probleme einer feministischen Theorie
und Empirie in den Sozialwissenschaften. Vortrag
Berlin 1983
- Beck - Gernsheim, E.: Das halbierte Leben. Männerwelt Beruf.
Frauenwelt Familie. in: Gesucht wird: eine Perspektive
um die " Frauenproblematik " theoretisch zu erfassen.
Fischer, Mai 1980
- Beckmann, D.: Paardynamik und Gesundheitsverhalten, in:
Richter/Strotzka (Hrsg.): Familie und seelische
Krankheit. Reinbek bei Hamburg 1976
- Berliner Frauenbericht 1980, hrsg. vom Senator für Arbeit und
Soziales, Referat für Arbeits- und Beschäftigungs-
politische Probleme der Frau. Berlin 1981

- Beier, Ch./Horn, K./ Kraft - Krumm, D.: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Methode einer Studie über Widerstand gegen Gesundheitsaufklärung. in: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 2, hrsg. v.d. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1982
- Bürkhardt, D./Oppen, M.: Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitsunfähigkeitsrisiken. BASIG, TU Berlin; IIVG/AP, Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 1984
- Chesler, Ph.: Frauen - das verrückte Geschlecht? Reinbek bei Hamburg 1977
- Cicourel, A.: Methode und Messung in der Soziologie, Frankfurt am Main 1970
- Daten des Gesundheitswesens, 1977, Hrsg.: BMJFG, Bonn 1977
- Dokumentation der Tagung " Weibliche Biographien ", in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, 7, 1982
- Dokumentation zum Kongreß vom 19.-21.4. 1985 in Bonn, Hrsg.: Die Grünen im Bundestag, AK Frauenpolitik und Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. Köln. " Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik "
- Eckhart, C./Jaerisch, U./Kramer, H.: Frauenarbeit in Familie und Fabrik. Frankfurt a.M./New York 1979
- Ehrenreich, B./English, B.: Zur Krankheit gezwungen. München 1976
- Ellinger, S./Kramaus, W./Mischö - Kelling, M.: Frauen und Medikamente, Erklärungsansätze und Vorschläge zur Prävention. Hamburg 1984
- Erben, R./ Franzkowiak, P./ Wenzel, E.: Prevention, Education and Health beliefs. Socialpolitical Consideration on Health Education an Health Promotion. 10th European Public Parliamentary hearing on: Individual and Collective Respsive, Paris 1983

- Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung,
5, Köln 1983
- Ferber, Ch.v.: Gesundheitsverhalten, in: Siegrist, J./Hendel -
Kramer, A. (Hrsg.): Wege zum Arzt, München/Wien/
Baltimore 1979
- Franke, A.: Analyse von Biographien von nichtrauchenden Frauen
auf dem Hintergrund von Lebenszusammenhang und sub-
jektivem Gesundheitsverständnis. Kooperationsprojekt
" Frauen und Rauchen " der BZGA mit der WHO, Fall-
studie Bundesrepublik Deutschland
- Franzkowiak, P./Wenzel, E.: Risikoverhalten und Gesundheits-
förderung. Überlegungen zu einem neuen Ansatz für
Gesundheitserziehung/Forschung und Politik, in:
Internationales Journal für Gesundheitserziehung,
1/1982
- Gerhardt, U.: Biographische Typenkonstruktion in der Analyse
von Patientenkarrerien chronisch Nierenkranker, in:
Kohli, M./Robert, G. (Hrsg.): Workshop " Biographie-
forschung " (Zentrum für interdisziplinäre Forschung
der Universität Bielefeld, 1982) Berlin 1982
- Gerhardt, U.: Probleme der Definition sozialer Risikofaktoren,
in: Abholz u.a., 1982
- Gerhardt, U.: Patientenkarrerien. Eine medizinsoziologische
Studie. Frankfurt a.M. 1986
- Hagemann - White, C.: Zur Problematik des begriffs " Weibliche
Sozialisation " - Überlegungen zu einer Theorie der
Sozialpsychologie der Geschlechter. in: ZE zur Förderung
von Frauenstudien und Frauenforschung an der Freien
Universität Berlin, Vortragsreihe zur Frauenforschung
SS 82 - WS 82/83
- Hellmann, U./Volkholz, V.: " Mädchen in Männerberufen " . Eine
empirische Streitschrift. Hamburg 1985
- Hertz, D.: Psychosomatik der Frau. Entwicklungsstufen der weib-
lichen Identität. 3. Auflage, Berlin

Hoff, Ch./Weingarten, E. (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung,
Stuttgart 1979

Horn, K.: Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen
sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller
Problemlösungsmöglichkeiten. in: Europäische Monographien.
5, 1983a

Horn, K./Beier, Ch./Kraft - Krumm, D.: Gesundheitsverhalten
und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen
gesundheitliche Aufklärung. Obladen 1984

Horn, K./Beier, Ch./Wolf, M.: Krankheit, Konflikt und soziale
Kontrolle. Eine Untersuchung objektiver Sinnstrukturen,
Obladen 1984

Horn, K.: Stellungnahme zum Projektpapier 1.1.5.14 der BZGA
" Entwicklung einer Konzeption zur Vorbeugung Mißbrauchs-
verhalten im Alltag und Hilfen zum Umgang mit Alltags-
belastungen. Dezember 1983

IMW: Frauen und Rauchen. Fallstudie Bundesrepublik.
Zwischenbericht zu Stufe 1 des Kooperationsprojekts in
der BZGA mit der WHO. Köln 1982

Jacobsen, B.: The Ladykillers. Why smoking is a feminist issue.
London 1981

Kickbusch, I.: Betr offenheit und Beteiligung: ein soziales
Konzept der Gesundheitserziehung. in: Internationales
Journal für Gesundheitserziehung, Suppl. für Vol.
XXIV, Nr. 4, Okt.-Dez. 1981

Kickbusch, I.: Vom Verlust des Kontextes und der Leere der
Autonomie. Überlegungen zur Depression bei Frauen.
in: Argument Sonderband AS 77

Kickbusch, I./Riedmüller, B. (Hrsg.): Die armen Frauen,
Frankfurt a.M. 1984

Kohli, M. (Hrsg.): Soziologie des Lebenslaufs, Darmstadt
und Neuwied 1978

Kohli, M./Robert, G. (Hrsg.): Workshop " Biographieforschung "
(Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität
Bielefeld, 28.30. Januar 1982) Berlin 1982

- Lappe, L.: Die Arbeitssituation erwerbstätiger Frauen. Geschlechtsspezifische Arbeitsmarktsegmentation und ihre Folgen. Frankfurt a.M./New York 1981
- Lappe, L./Schöll - Schwinghammer, I.: Arbeitsbedingungen und Arbeitsbewußtsein erwerbstätiger Frauen, Göttingen 1978
- Luker, K.: Taking chances: Abortion and the Decision not to Contracept, Universität of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 19878.
- Levin, L.: Selbsthilfe: zum Zweck grundlegender Veränderungen in internationalen Strategien. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, XXIV nr. 4 1981
- Lifestyles and their impact on health. Welt- Gesundheitsorganisation, technical Discussions, Madrid 20.-24. September 1983
- Maschewsky, W./Schneider, U.: Soziale Ursachen des Herzinfakts, Frankfurt a.M./New York 1982
- Maschewsky - Schneider, U.: Bedingungen gesundheitsschädigenden Verhaltens bei berufstätigen Frauen. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Berlin 1982
- Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt, Frankfurt a.M. 1969
- Mohr, G./Rummel, M./Rückert, D.: Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation. München/Wien/Baltimore 1982
- Ostner, I.: Die Interessen des Staates an der Familie sind nicht die Interessen der Frauen daran, in: Lebenswelt und soziale Probleme. Verhandlungen des 20. Deutschen Soziologentages in Bremen 1980. Hrsg.: Mattes, J., i.A. des DSG. Frankfurt a.M./New York 1980
- Prokop, U.: Stichwort " Weiblichkeit ". in: Frauenlexikon. Stichworte zur Selbstbestimmung. Hrsg.: Mayer, J./Lamott, F./Heiyer, B. München 1983
- Pust, C./Reichert, P./Wenzel, P. u.a.: Frauen in der BRD. Beruf, Familie, Gewerkschaften, Frauenbewegung. Hamburg 1983

- Rodenstein, M.: Thesen zur somatischen Kultur von Frauen.
in: Heckmann, F./Winter, P. (Hrsg.): 21.Deutscher
Soziologentag 1982 Beiträge der Sektions - und
an-hoc Gruppen
- Rohrmoser, H.: Frauen und Rauchen - Eine berufsspe-
zifische Auswertung von Mikrozensusdaten 1978
zu den Rauchgewohnheiten der weiblichen Erwerbs-
bevölkerung, i.A. der Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung Köln. Berlin 1984
- Schaefer, H./Blohmke, M.: Epidemiologie koronarer Herz-
krankheiten in: Blohmke, M. u.a. (Hrsg.):
Handbuch der Sozialmedizin, Stuttgart 1977
- Schaefer, H./Blohmke, M.: Sozialmedizin, Stuttgart 1978
- Schmidtbauer, W.: Die subjektive Krankheit. Kritik der
Psychosomatik. Reinbek bei Hamburg 1986
- Schneider, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze
zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung,
Frankfurt a.M./ New York 1981
- Schneider, U.: Sozialwissenschaftliche Methodenkrise
und Handlungsforschung, Methodische Grundlagen der
kritischen Psychologie 2, Frankfurt a.M./ New
York 1980b
- Sichter mann, B.: Vorsicht Kind. Eien Arbeitsplatzbe-
schreibung für Mütter, Väter und andere. Berlin 1982
- Sobel, M.: Lifestyle and Social Structure. Concepts, Defe-
nitions, Analyses. Academic Oress 1981
- Soeffner, G. (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den
Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart 1979
- Troschke, J.v.: Übersicht über die gesundheitserzieher-
ischen Methoden, in: Methoden zur Gesundheits-
erziehung. Bericht über die Infrmationstagung
vom 30.11. - 2.12.1978 in Bad Dürkheim, veran-
staltet von der Bundesvereinigung für Gesundheits-
erziehung e.V.

- Vogt, I.: Das Frauensymptom im Verhältnis zur Medizin;
Iatrogene medikalisierung der gesellschaftlich her-
gestellten Leidensformen einer unterdrückten
Majorität, in: Leviatan 11/1983
- Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der
Arbeitssicherheit, Bonn - Bad Godesberg 1977
- Vollmer, C.: Frauen und Gesundheit. Zur Entwicklung der
weiblichen Erwerbstätigkeit, Dortmund 1980
- Wahl, K./Honig, M.-S./Gravenhorst, L.: Wissenschaftlich-
keit und Interessen. Frankfurt a.M. 1982
- Wambach, V.: Prävention und Selbstkontrolle. in: Der
Mensch als Risiko, Frankfurt a.M. 1983
- Welt - Gesundheitsorganisation (WHO). Conference on
Woman and Health, Edinburg, May 1983
- Welt - Gesundheitsorganisation (WHO). Regional Programme
in Health Education and Lifestyles, Berlin 1981
- Weltz, F./Dietzinger, A./Lullies, V./Marquart, R.: Junge
Frauen zwischen Beruf und Familie, Frankfurt a.M./
New York 1979
- Wenzel, E.: Health Promotion and Lifestyle. Perspectives
of the WHO Regional Office for Europa. Health
Education Programme. Presented to the 11th Inter-
national Conference on Health Education, Tasmania
1982
- Wenzel, E.: Ökologie des Körpers, Frankfurt a.M. 1986
- Wetterer, A./Helfferich, C.: Raucher motivation. - Eine
Literaturstudie, Freiburg 1983
- Wilkening, W.: Lebenszusammenhänge in der Gesundheits-
erziehung, Vortrag im Rahmen des Ludwig - Boltzmann -
Instituts für Medizinsoziologie in Wien am
10.6.1981

Literaturliste

der ausgewerteten und noch auszuwertenden Studien

1. Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
des Bundesgesundheitsamtes
Epidemiologische Untersuchungen in Hessen
Ergebnisse einer Querschnittstudie in neun
Gemeinden; Bd. 1 - 3 (1975) Berlin ?
2. Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des
Bundesgesundheitsamtes
Epidemiologische Feldstudie Nordenham/Brake
- Dokumentation der Studie - ; Bd. 1 - 2
(Berlin 1979)
3. Infratest Marktforschung und Sozialforschung
Bericht über 2 Befragungen zu
"Umwelteinwirkungen und Beschwerdennäufigkeiten"
aus den Jahren 1967 und 1974
Auswertungsstufen 1 bis 4 (München 1975)
4. LAASER, Ulrich
Kardiovaskuläre Risikomerkmale bei großstädtischen
Adoleszenten.
Die epidemiologische Langzeitstudie in Köln
(1979)
5. SozEp - Berichte, Schriftenreihe des Instituts
für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundes-
gesundheitsamtes
Hrsg.: Bartholomeyczik, Tietze, Heberling
Feldstudie Nordenham/Brake (3/1981)
6. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versor-
gung in der Bundesrepublik Deutschland
Hrsg.: Moehr, Haehn
Verden - Studie
Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen

8. Literatur

- ABHOLZ, H.-H./BORGERS, D./KARMAUS, J. (Hrsg.): Risikofaktormedizin, Konzept und Kontroverse, Berlin/New York 1982
- BARTHOLOMEYCZIK, S.: Belastende und protektive Faktoren, in: ABHOLZ u.a. 1982
- BARTHOLOMEYCZIK, S.: Was kann sozialmedizinische Forschung zum Thema Gesundheitszustand von Frauen sagen? in: Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jahrbuch für kritische Medizin 9, Berlin 1983
- BECKER-SCHMIDT, R.: Probleme einer feministischen Theorie und Empirie in den Sozialwissenschaften. Vortrag Berlin 1983
- BECKMANN, D.: Paardynamik und Gesundheitsverhalten, in: RICHTER/STROTZKA (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit. Reinbek bei Hamburg 1976
- BERLINER FRAUENBERICHT 1980, hrsg. vom Senator für Arbeit und Soziales, Referat für Arbeits- und Beschäftigungspolitische Probleme der Frau. Berlin 1981
- BEIER, CH./HORN, K./KRAFT-KRUMM, D.: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Methode einer Studie über Widerstand gegen Gesundheitsaufklärung. in: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 2, hrsg. v.d. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1982
- BOLM, W.: Die gesundheitliche Beanspruchung durch Nacht- und Schichtarbeit/Schriftenreihe des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts, Westberlin 1981
- BOLM-AUDORFF, U./SIEGRIST, J.: Beruf, Berufsstellung, Arbeitsbelastung und andere Merkmale der Erwerbstätigkeit bei akutem Myocardinfarkt/Beitrag zum Workshop "Arbeitsbedingte Belastungen und Beanspruchungen" am Wissenschaftszentrum Berlin, Dezember 1979 in: F. FRICZEWSKI u.a. (Hrsg.) 1982
- BUNDESMINISTER FÜR FAMILIE, JUGEND und GESUNDHEIT: Gesundheitsprobleme der weiblichen Bevölkerung/Gesellschaft und Gesundheit, Band 3, Bonn 1969
- BÜRKHARDT, D./OPPEN, M.: Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitsunfähigkeitsrisiken. BASIG, TU Berlin; IIVG/AP, Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 1984
- CHESLER, Ph.: Frauen - das verrückte Geschlecht? Reinbek bei Hamburg 1977
- DATEN DES GESUNDHEITSWESENS, 1977, Hrsg.: BMJFG, Bonn 1977
- DOKUMENTATION DER TAGUNG "WEIBLICHE BIOGRAPHIEN", in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, 7, 1982

- ECKART, C./JAERISCH, U./KRAMER, H.: Frauenarbeit in Familie und Fabrik. Frankfurt a.M./New York 1979
- EHRENREICH, B./ENGLISH, B.: Zur Krankheit gezwungen. München 1976
- ERBEN, R./FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E.: Prevention, Education and Health Beliefs. Sociopolitical Considerations on Health Educations and Health Promotion. 10th European Public Responsive, Paris 1983
- EUROPÄISCHE MONOGRAPHIEN ZUR FORSCHUNG IN GESUNDHEITSERZIEHUNG, 5, Köln 1983
- FERBER, Ch.v.: Gesundheitsverhalten, in: SIEGRIST, J./HENDEL-KRAMER, A. (Hrsg.): Wege zum Arzt, München/Wien/Baltimore 1979 b
- FERBER, Ch.v.: Medizinsoziologische Grundlagen der Gesundheitsvorsorge, Referat auf einer Tagung des BGA, Berlin 1979a
- FRANKE, A.: Analyse von Biographien von nichtrauchenden Frauen auf dem Hintergrund von Lebenszusammenhang und subjektivem Gesundheitsverständnis. Kooperationsprojekt "Frauen und Rauchen" der BZGA mit der WHO, Fallstudie Bundesrepublik Deutschland
- FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E.: Risikoverhalten und Gesundheitsförderung. Überlegungen zu einem neuen Ansatz für Gesundheits-erziehung/Forschung und Politik, in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, 1/1982
- FRAU UND SUCHT: Arbeitstagung der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 1985
- GERHARDT, U.: Probleme der Definition sozialer Risikofaktoren, in: ABHOLZ u.a., 1982
- ANNETTE GNIEGEL/GISELA MOHR: Wenn Frauen ihren Arbeitsplatz verlieren, in: MOHR, G./RUMMEL, M./RÖCKERT, D. Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation, München, Wien, Baltimore 1982
- GOLD, ELLEN B.: The changing Risk of Disease in Women. An Epidemiologic Approach. D.C. Heath and Company, Lexington Mass.; Toronto 1984
- HAGEMANN-WHITE, C.: Zur Problematik des Begriffs "Weibliche Sozialisation" - Überlegungen zu einer Theorie der Sozialpsychologie der Geschlechter. in: ZE zur Förderung von Frauenstudien und Frauenforschung an der Freien Universität Berlin, Vortragsreihe zur Frauenforschung SS 82 - WS 82/83
- HALLER, M.: Gesundheitliches Befinden und soziale Lage der berufstätigen Frau, in: Öff.Gesundh.-Wesen, 41 (1979)

- ders.: Gesundheitsstörungen als persönliche und soziale Erfahrung, München-Wien 1981
- HAYNES, S./FEINLEIB, W. u.a.: The relationship of psycho-social factors to coronary heart disease in the Framingham Study. II: Prevalence of coronary heart disease/Am.J.Epidemiol., 1978
- HORN, K.: Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten. in: EUROPÄISCHE MONOGRAPHIEN. 5, 1983a
- HORN, K./BEIER, CH./KRAFT-KRUMM, D.: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen 1984
- HORN, K./BEIER, CH./WOLF, M.: Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine Untersuchung objektiver Sinnstrukturen, Opladen 1984
- HORN, K.: Stellungnahme zum Projektpapier 1.1.5.14 der BZGA "Entwicklung einer Konzeption zur Vorbeugung Mißbrauchsverhalten im Alltag und Hilfen zum Umgang mit Alltagsbelastungen. Dezember 1983
- IMW: Frauen und Rauchen. Fallstudie Bundesrepublik. Zwischenbericht zu Stufe 1 des Kooperationsprojekts in der BZGA mit der WHO. Köln 1982
- INFRATEST MARKTFORSCHUNG UND SOZIALFORSCHUNG:
Bericht über 2 Befragungen zu "Umwelteinwirkungen und Beschwerdehäufigkeiten" aus den Jahren 1967 und 1974
Auswertungsstufen 1 bis 4 (München 1975)
- INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN UND EPIDEMIOLOGIE des BUNDESGESUNDHEITSAMTES: Epidemiologische Feldstudie Nordenham/Brake - Dokumentation der Studie -; Bd. 1 - 2 (Berlin 1979)
- INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN UND EPIDEMIOLOGIE des BUNDESGESUNDHEITSAMTES: Epidemiologische Untersuchungen in Hessen. Ergebnisse einer Querschnittsstudie in neun Gemeinden; Bd. 1 - 3 (1975) Berlin?
- JACOBSEN, B.: The Ladykillers. Why smoking is a feminist issue. London 1981
- KICKBUSCH, I.: Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, Suppl. für Vol. XXIV, Nr. 4, Okt.-Dez. 1981
- KICKBUSCH, I.: Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie. Überlegungen zur Depression bei Frauen. in: Argument Sonderband AS 77
- KICKBUSCH, I./RIEDMÖLLER, B. (Hrsg.): Die armen Frauen, Frankfurt am Main 1984

- LAASER, ULRICH,: Kardiovaskuläre Risikomerkmale bei großstädtischen Adoleszenten. Die epidemiologische Langzeitstudie in Köln (1979)
- LUKER, K.: Taking chances: Abortion and the Decision not to Contracept, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 1978
- LEVIN, L.1 Selbsthilfe: zum Zwecke grundlegender Veränderungen in internationalen Strategien. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, XXIV, Nr. 4 1981
- LIFESTYLES AND THEIR IMPACT ON HEALTH. Welt-Gesundheitsorganisation, Technical Discussions, Madrid 20.-24. September 1983
- MASCHEWSKY, W./SCHNEIDER, U.: Soziale Ursachen des Herzinfarkts, Frankfurt a.M./New York 1982
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U.: Bedingungen gesundheitsschädigenden Verhaltens bei berufstätigen Frauen. Im Auftrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Berlin 1982
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U.: Frauen und Rauchen - Analyse von Raucherinnenbiographien. Eine qualitative Studie. Kooperationsprojekt FRAUEN UND RAUCHEN der BZGA mit der WHO. Fallstudie Bundesrepublik. Berlin 1984
- MERFERT-DIETE, CHRISTA/SOLTAU, ROSWITA: Frau und Sucht. Reinbek bei Hamburg 1984
- MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt, Frankfurt am Main 1969
- MURCOTT, A.: Women and health: A critical view of some recent work in the sociology of medicine in the UK and the USA/ Revidierte Fassung eines Beitrags auf der Tagung der Frauensektion der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Berlin, Juli 1981
- MOHR, G./RUMMEL, M./RÜCKERT, D.: Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation. München/Wien/Baltimore 1982
- NATHANSON, C.: Illness and the feminine role: A theoretical review/Social Science & Medicine, 1975, 9
- OSTNER, I.: Die Interessen des Staates an der Familie sind nicht die Interessen der Frauen daran, in: Lebenswelt und soziale Probleme. Verhandlungen des 20. Deutschen Soziologentages in Bremen 1980. Hrsg.: MATTHES, J., i.A. der DSG. Frankfurt a. m./New York 1980

- JPROKOP, U.: Stichwort "Weiblichkeit". in: Frauenlexikon. Stich-
worte zur Selbstbestimmung. Hrsg.: MEYER, J./LAMOTT, F./
MEIYER, B. München 1983
- RICE, D.P./HING, E./KOVAR, M.G./PRAGER, K.: Sex Differences
in Disease Risk in: GOLD 1984
- RODENSTEIN, M.: Somatische Kultur und Gebärpolitik.
Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen. in:
KICKBUSCH, I./RIEDMÜLLER, B.: die armen Frauen, Frankfurt
a. Main 1984
- RODENSTEIN, M.: Thesen zur somatischen Kultur von Frauen. in:
HECKMANN, F./WINTER, P. (Hrsg.): 21. Deutscher Soziologen-
tag 1982. Beiträge der Sektions- und ad-hoc Gruppen
- ROHRMOSER, H.: Frauen und Rauchen - Eine berufsspezifische
Auswertung von Mikrozensusdaten 1978 zu den Rauchgewohn-
heiten der weiblichen Erwerbsbevölkerung, i.A. der Bundes-
zentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Berlin 1984
- RUZEK, Sheryl/HILL, Jessica: Positive Approaches to Promoting
Women's Health WHO, 1985
- SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer
frauenspezifischen Gesundheitsforschung, Frankfurt a.M./
New York 1981
- SCHNEIDER, U.: Sozialwissenschaftliche Methodenkrise und Hand-
lungsforschung, Methodische Grundlagen der Kritischen
Psychologie 2, Frankfurt a.M./New York 1980b
- SEIBEL, H./LÖHRING, H.: Arbeit und psychische Gesundheit, Projekt-
abschlußbericht für den Minister für Wissenschaft und For-
schung NRW, 1981
- SOBEL, M.: Lifestyle and Social Structure. Concepts, Definitions,
Analyses. Academic Press 1981
- THIELE, W.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen/
Westberlin 1980
- ders. - WURM, S.: Frauen und gesundheitliche Lage (Pilotstudie)
Westberlin 1979
- TIETZE, K..W./BARTHOLOMEYCZIK, E.: Soziale Bedingungen der Inan-
spruchnahme von Schwangerenvorsorge, Abschlußbericht, Insti-
tut für Sozialmedizin und Epidemiologie des BGA, Berlin 1979
- TROSCHKE, J.v.: Übersicht über die gesundheitserzieherischen
Methoden, in: Methoden zur Gesundheitserziehung, Bericht
über die Informationstagung vom 30.11.-2.12.1978 in Bad
Dürkheim, Veranstaltet von der BUNDESVEREINIGUNG FÜR
GESUNDHEITSERZIEHUNG e.V.

- VOGT, I.: Das Frauensyndrom im Verhältnis zur Medizin; Iatrogene Medikalisierung der gesellschaftlich hergestellten Leidensformen einer unterdrückten Majorität. in: Leviatan 11/1983
- VOLKHOLZ, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit, Bonn-Bad Godesberg 1977
- VOLLMER, C.: Frau und Gesundheit. Zur Entwicklung der weiblichen Erwerbstätigkeit, Dortmund 1980
- WAHL, K./HONIG, M.-S./GRAVENHORST, L.: Wissenschaftlichkeit und Interessen. Frankfurt am Main 1982
- WELT-GESUNDHEITSORGANISATION (WHO). Conference on Woman and Health, Edinburg, May 1983
- WHO, Regional Programme in Health Education and Lifestyles, Berlin 1981
- WENZEL, E.: Health Promotion and Lifestyles. Perspectives of the WHO Regional office for Europe. Health Education Programme. Presented to the 11th International Conference on Health Education, Tasmania 1982
- WETTERER, A./HELFFERICH, C.: Rauchermotivation. - Eine Literaturstudie. Freiburg 1983
- WILKENING, W.: Lebenszusammenhänge in der Gesundheitserziehung, Vortrag im Rahmen der Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie in Wien am 10.6.1981

T A G U N G S P R O G R A M M

EXPERTENTAGUNG

DER BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG

"Frauen und Gesundheit" - Neue gesundheitserzieherische Ansätze
zur Förderung der Gesundheit der Frau

04./05. Mai 1987 in Travemünde

ERSTER TAG

- 09.00 Uhr: Grußwort
Frau Parlamentarische Staatssekretärin Annemarie Schuster
im Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein
- 09.10 Uhr: Förderung der Gesundheit der Frau - Aufgabe der Gesundheitserziehung
Einführung in die Thematik der Expertentagung
Frau Dr. Elisabeth Pott
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- 09.30 Uhr: Präsentation
- der gesundheitserzieherischen Angebote der BZgA - Zielgruppe Frauen
- der Studien/Untersuchungen der BZgA und des BMJFFG zum Thema "Frauen und Gesundheit"
- 10.30 Uhr: Kaffeepause
- 11.00 Uhr: Referat zur gesundheitlichen Lage der Frau
Frau Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
Diskussion
- 12.00 Uhr: Mittagspause
- 14.00 Uhr: Fortsetzung des Expertengesprächs in Arbeitsgruppen

- AG I: Biologische Umbruchphasen der Frau (Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium):**
Aufgabe der Gesundheitserziehung zur Vorbereitung auf diese Umbruchphasen und der Bewältigung ihrer gesundheitlichen Folgen
Moderation: Frau Cornelia Helfferich
- AG II: Chronische Erkrankungen bei Frauen:**
Notwendigkeit und Ansätze zu frauenspezifischen Maßnahmen zur Prävention und Bewältigung am Beispiel von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen
Moderation: Frau Dr. Almuth Sellschopp
- AG III: Das sogenannte Frauensyndrom (Vegetative Dystonie, Kopfschmerzen, Hypotonie, Wetterfühligkeit, chronische Obstipation und andere Befindlichkeitsstörungen):**
Gesundheitserzieherische Ansätze zur Prävention und Bewältigung
Moderation: Frau Dr. Gertrud Tietze
- AG IV: Erwerbstätigkeit von Frauen und ihre gesundheitlichen Folgen:**
Notwendigkeit und Möglichkeiten gesundheitserzieherischer Maßnahmen.
Moderation: Frau Dr. S. Bartholomeyczik
- AG V: Gestörtes Eßverhalten bei Frauen (Adipositas, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa):**
Ansätze für frauenspezifische Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsgerechten Eßverhaltens
Moderation: Frau Dr. Jacobi
- AG VI: Förderung der Gesundheit der Frau versus Verantwortung der Frau für die Gesundheit der Familie:**
Notwendigkeit und Ansätze zur Veränderung gesundheitserzieherischer Maßnahmen in den Bereichen Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, gesunde Entwicklung des Kleinkindes.
Moderation: Frau Angela Venth

19.00 Uhr: Abendessen

ZWEITER TAG

- 09.00 Uhr: Fortsetzung der Arbeitsgruppen
- 10.30 Uhr: Kaffeepause
- 11.00 Uhr: Präsentation der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen
I - VI
Diskussion

Zusammenstellung der Thesenpapiere

Arbeitsgruppe I:

Biologische Umbruchphasen der Frau
(Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium)

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA: Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
04. - 05. Mai 1987 in Travemünde

Arbeitsgruppe I: Biologische Umbruchphasen der Frau
(Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium)

Thema: Pubertät

Autor: Dr. disc. pol. Peter Franzkowiak

I. Wissenschafts- und Alltagsumschreibungen von Pubertät

Entwicklungspsychologie: "Wenn wir also vom Pubertierenden sprechen, so meinen wir den jungen Menschen rund um die Periode der Geschlechtsreife. Durchschnittlich liegt die Periode bei Jungen zwischen 12 und 16 Jahren, bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren .. Da die Geschlechtsreife (die Pubertas) nur ein Aspekt der Entwicklung in den Jugendjahren ist, folgt man in zunehmendem Maße der angelsächsischen Angewohnheit, den Begriff Pubertät nur für die biosexuelle Entwicklung zu benutzen, den Begriff Adoleszenz dagegen für die gesamte Jugendperiode." (1)

Medizin: "Pubertät: bezüglich Zeitpunkt und Dauer stark variierende Zeit vom Erstauftreten sekundärer Geschlechtsmerkmale bis zur Menarche bzw. Spermatozoenreife, normal zwischen 9. und 17. bzw. bei männlichen Jugendlichen 12. und 17. Lebensjahr - körperliche Veränderungen vgl. Tabelle." (2)

Pubertät

Lebensjahr	Mädchen	Knaben
9-10	Verbreiterung des Beckens, Hüft- rundung, Adrenarche	
11	Thelarche, Pubarche	Adrenarche
12	Gonadarche, Höhe- punkt des Wachstumsschubes	
13	Menarche, Achsel- behaarung	Gonadarche, Pubarche, Vergröße- rung der Hoden
14		Höhepunkt des Wachstumsschubes, Pubertäts- gynäkomastie
15	regelmäß. Menstrua- tion mit Ovulation	Stimmbruch, Achsel- behaarung, Bart- wuchs
16-17	Abschluß des Skelettwachstums	männl. Scham- behaarungstyp, stärkere Körper- behaarung
18-19		Abschluß des Skelettwachstums

Zeitlicher Ablauf der Entwicklung der somatischen Merkmale der Pubertät

"was wir werden wie wir fühlen"- Entwicklungshandbuch: "Irgendwann im Alter zwischen 9 und 18 wirst du folgende Veränderungen an dir feststellen:

- Deine Brüste nehmen mehr oder weniger an Größe zu, je nachdem was für eine Figur Du von deiner Familie geerbt hast.
- Die Behaarung auf deinen Beinen wird dichter und vielleicht auch dunkler, und du kriegst Haare unter den Armen.
- Um deine Vulva (um die Gegend deiner Geschlechtsorgane, dort wo die Beine zusammenkommen) wirst du Schamhaare bekommen.
- Du wirst größer werden und in dieser Zeit wahrscheinlich deine volle Größe erreichen.
- Deine Hüften werden breiter, und dein Körpergewicht wird sich vielleicht häufiger verändern.
- In deinem Körper werden Gebärmutter und Scheide größer. Jeden Monat werden Eier in deinen Eierstöcken reif. Du kannst schwanger werden.
- Du wirst deine Tage bekommen, obgleich es ein paar Monate dauern kann, bis es regelmäßig geschieht.
- Vielleicht bekommst du Pickel, und deine Haut wird fettiger.
- Deine romantischen und sexuellen Gefühle können ausgeprägter werden.
- Du schwitzt wahrscheinlich jetzt mehr." (3)

II. Pubertät als biologische und psychosoziale Umbruchphase für Mädchen

Entscheidende Entwicklungsaufgabe der frühen Adoleszenz ist die eigenständige Verarbeitung der Geschlechtsreifung, der damit einhergehenden körperlich-seelischen Veränderungen und einer Integration dieser Veränderungen in eine langfristig stabile Körper- und Ich-Identität. Diese Verarbeitung ist immer eine **psychosoziale** Leistung pubertierender Jugendlicher, bei der jedoch folgende Probleme auftreten können:

- **Entwicklungsproblematik 1:** Biosexuelle Entwicklung und psycho- bzw. soziosexuelle Entwicklung fallen für weibliche wie männliche Jugendliche sowohl inhaltlich als auch zeitlich auseinander.
- **Entwicklungsproblematik 2:** Körperbild und Identität von Mädchen und jungen Frauen sind gegenüber jungen Männern mit unterschiedlichen, sozial vermittelten Körpererfahrungen verknüpft. Für die weibliche Geschlechtsidentität sind das Erleben und Verarbeiten der Zyklizität der weiblichen Fruchtbarkeit sowie die (widersprüchliche) soziale Normierung innerer und äußerer Geschlechtsmerkmale von entscheidender Bedeutung.
- **Entwicklungsproblematik 3:** Die Konfrontation mit den pubertären Veränderungen ist eine besondere weibliche Entwicklungsaufgabe, die von der männlichen Verarbeitung somatischer Veränderungen grundsätzlich

verschieden ist. Körperlichkeit und Körper-Erleben von Mädchen werden im sozialen Nahraum wie unter dem Blickwinkel allgemeiner gesellschaftlicher Zuschreibungen verkürzt und weitgehend verzeichnet: als "Gefahrenquelle Sexualität". Die mit der Pubertät zunehmend bedeutsame körperliche Selbststilisierung der Jugendlichen nimmt für Mädchen widersprüchliche Züge an. Körperinszenierung und Erprobung sexueller wie sozialer Möglichkeiten werden für sie zu einer Gratwanderung angesichts der Drohung der Folgen der Fruchtbarkeit - die sie immer noch allein (aus-)zu tragen hätten.

Der eigene Körper wird Mädchen somit z.T. als Quelle von Bedrohung, Verunsicherung und Angst vermittelt. Die aktive Ausprägung von Selbstwert und Körperkonzept kann daher zur überaus prekären, vom Scheitern bedrohten Entwicklungsaufgabe werden.

III. Pubertierende Mädchen als besondere gesundheitliche Problemgruppe?

Epidemiologische Entwicklungsstudien haben diese Entwicklungsproblematiken vorrangig im Sinne einer besonderen "Vulnerabilität" pubertierender Mädchen aufgegriffen und untersucht. Die frühe Adoleszenz wird speziell für weibliche Jugendliche als Zeit besonderer Störbarkeit begriffen, die besondere Gefahren für die Entstehung von (gesundheitlichem) Problemverhalten birgt. Dabei werden in der gegenwärtigen Diskussion vier Entwicklungsauffälligkeiten herausgestellt:

- **"Vulnerabilität" 1:** Mädchen hätten Probleme mit der normalen Verarbeitung ihrer körperlichen Veränderungen. Während in psychologischen Längsschnittstudien männliche Jugendliche mehr positive Gefühle hinsichtlich ihrer körperlichen Entwicklung, des Körperbildes und ihrer Gesundheit äußern, erscheinen Mädchen als verletzlicher, kommen sich öfter häßlich und unattraktiv vor und scheinen sich ihres Körpers zu schämen.
- **"Vulnerabilität" 2:** In der repräsentativen Schülerbefragung der BZgA werden - ohne interpretativen Rückbezug auf den biologischen Umbruch und dessen psychosoziale Folgewirkungen - nur junge Mädchen als "auffällige Problemgruppen" für vegetative Labilität und affektive Störungen vorgestellt:

Zusammenstellung auffälliger Problemgruppen

Müdigkeit im Unterricht trotz ausreichenden Schlafes	weibliche Realschüler ab 13. Lebensjahr
häufige Kopfschmerzen	weibliche Hauptschüler ab 13. Lebensjahr
Appetitstörungen	weibliche Hauptschüler bis 12. Lebensjahr
Schwindelgefühl	alle weiblichen Schüler ab 13. Lebensjahr
Übelkeit	weibliche Hauptschüler bis 12. Lebensjahr

- **"Vulnerabilität" 3:** Bereits ab dem Alter von 14 Jahren zeichnet sich in epidemiologischen Untersuchungen für Mädchen ein Hineinwachsen in das sogen. "Frauensyndrom" ab. Ihre Mortalität ist zwar geringer als die vergleichbarer männlicher Jugendlicher; sie klagen jedoch häufiger über psychosomatische Belastungen und Störungen.
- **"Vulnerabilität" 4:** Im präventiv bedeutsamen Risikobereich sind Mädchen z.T. auffällig vertreten. Ihr Anteil am jugendlichen Raucherkollektiv nimmt, besonders in den jüngsten Altersgruppen, stärker zu als bei gleichaltrigen Jungen. Sind Mädchen als Alkoholkonsumentinnen eher unauffällig, zeichnen sie sich ab 15 Jahren durch einen häufigeren und stärkeren Medikamentenkonsum (v.a. von Schmerzmitteln) aus als Jungen. Eßstörungen wie Anorexia/Bulimia nervosa kommen fast ausschließlich bei weiblichen Jugendlichen vor.

IV. Zur Interpretation der pubertären "Vulnerabilität" von Mädchen / Konzeptionelle und Forschungsdefizite

Epidemiologische Belege für solch eine augenfällige gesundheitliche (Ver)Störbarkeit pubertierender Mädchen werden häufig dazu benutzt, argumentative Verkürzungen im Sinne einer "Anatomie als Schicksal" zu begründen. Diese in Jugend- und Gesundheitsforschung immer wiederkehrende Figur einer vorgeblich unbeeinflussbaren Biologie taucht aber fast ausschließlich im Zusammenhang weiblicher Reifung und Entwicklung auf und auch dann nur in Verknüpfung mit "gefährlicher" Jugend-Sexualität. Die von der Gesundheitsforschung aufmerksam erfragten und dokumentierten psychosozialen und -sexuellen Auffälligkeiten pubertierender Mädchen spiegeln immer auch eine auffällige Voreinstellung dieser Forschung wider: Menarche, Menstruationserleben, Fruchtbarkeit und Intimität werden entweder ausgespart oder umstandslos zu quasi-biologischen Problem- und Gefährdungsmomenten erklärt. Dieses (Miß-)Verständnis speist sich aus mehreren Defiziten:

- **Defizit 1:** Hormonellen und biologischen Fakten sowie Devianzen der Geschlechtsreifung wird eine nahezu unerschöpfliche Aufmerksamkeit geschenkt, während es nur unzureichende (sozial)wissenschaftliche Erkenntnisse über die Strategien, Stufen und mögliche Probleme der weiblichen Selbst-Sozialisation in dieser Phase gibt.
- **Defizit 2:** Die Entwicklungsaufgabe, sich aktiv mit der Widersprüchlichkeit gesellschaftlicher Zuschreibungen dem weiblichen Körper gegenüber auseinanderzusetzen, ist für Mädchen eine prekäre Angelegenheit, deren Schwierigkeiten wissenschaftlich und öffentlich jedoch erst dann thematisiert werden, wenn ihnen diese "Gratwanderung" nicht gelingt.

- **Defizit 3:** "Vulnerabilität" im Bereich präventiven Risikoverhaltens ist ohne die Analyse geschlechtstypischer soziokultureller Rollenschilderungen und -erwartungen nur unzureichend erklärt: Anatomie ist, wenn überhaupt, ein sozial vermitteltes Schicksal.
- **Defizit 4:** Die biologischen Umbrüche der Pubertät bearbeiten Mädchen v.a. im Kontext von Ablösungsprozessen; ihre Bewältigungsversuche sind, im Rahmen der Ausbildung von Körperkonzepten, bestimmt vom widersprüchlichen Erleben der eigenen Sexualität und zyklischen Fruchtbarkeit. Die in Ablösungsproblematiken eingebettete Ausprägung eines (im Gegensatz zu jungen Männern weit weniger instrumentell gewendeten) Verhältnisses zum eigenen Körper wird in vorliegenden Modellbildungen nicht umfassend bearbeitet.
- **Defizit 5:** Die Entwicklungsaufgaben und -ressourcen von pubertierenden Mädchen und Jungen unterscheiden sich inhaltlich voneinander: maßgeblich im jeweiligen körperlichen, psychosozialen und sozialräumlichen Bezug. Hierzu, im Sinne einer überfälligen sozialwissenschaftlichen Er- und Begründung der biologischen Umbruchphase Pubertät, bestehen auffällige Konzept- und Studienlücken.

Quellenangaben zu den Zitaten in Abschnitt I:

- (1) MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Entwicklungspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart et al. 1976, S. 128.
- (2) ROCHE LEXIKON MEDIZIN. Urban & Schwarzenberg, München et al. 1985, S. 1312/13.
- (3) wie wir werden was wir fühlen - ein handbuch für jugendliche über körper, sexualität und beziehungen. Rowohlt Taschenbuch, Reinbek bei Hamburg 1982, S. 43/44.

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA:	Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits- erzieherische Ansätze zur Förderung der Gesundheit der Frau 04. - 05. Mai 1987 in Travemünde
Arbeitsgruppe I:	Biologische Umbruchsphasen der Frau (Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium)
Thema:	Schwangerschaft
Autorin:	Dr. med. Claudia Schumann

Schwangerschaft als biologische Umbruchsphase

1. Was passiert?

Schwangerschaft = 280 Tage bzw. 9 Monate (3 Trimenon), in denen aus der befruchteten Eizelle das Kind entsteht im Bauch der Frau. D.h.: Frau → Mutter, Paar → Eltern. Enge Verstrickung zwischen biologischen und psychosozialen Veränderungen, die sich jeweils wieder gegenseitig beeinflussen können. Je nach Betrachtungsweise ist die Schwangerschaft/Geburt (vor allem die erste) eine "Krise", eine "Hürde" - oder "selbstverständlicher Teil der weiblichen Entwicklung". Fast bei allen Frauen und Männern ist Schwangerschaft mit Angst verbunden (vor Fehlentwicklungen des Kindes, vor eigenen schädigenden Einflüssen, vor der Geburt) - ohne daß diese Ängste angemessen thematisiert werden: sie passen nicht zum sozialen Bild der "glücklichen Schwangeren".

Auch in der "normalen" Schwangerschaft ist einiges an Unangenehmen/Lästigem zu erwarten: je nach "Konstitution" der Frau / Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigungen / sozialer Situation u.a. kommt es zu einer mehr oder weniger gelungenen Anpassung der Frau an die neue Situation - d.h. zu einem mehr oder weniger komplikationslosen Verlauf der Schwangerschaft.

"Normale Schwangerschaft"

1. Trimenon (- 13. Woche):

Kind: Einnistung in die Gebärmutter - Differenzierung der Organe

Frau: Ausbleiben der Regelblutungen (als 1. Indiz); oft Müdigkeit, Übelkeit, gelegentliches Erbrechen; innere und äußere Einstellung auf die Schwangerschaft (d.h. "gesunde" Lebensführung, evtl. Reduktion der beruflichen Belastung über Arbeitsschutzgesetze, etc.)

2. Trimenon (14. - 28. Woche)

Kind: allmähliche Reifung der Organe - im Normalfall noch nicht lebensfähig außerhalb der Gebärmutter

Frau: Über Kindsbewegungen reale Wahrnehmung des Kindes, "Kontaktaufnahme" (evtl. auch schon früher indirekt über Ultraschall); meist Rückgang der subjektiven Beschwerden, beginnende Gewichtszunahme, "Bauch": Schwangerschaft wird auch äußerlich sichtbar, wird wahrgenommen, Umwelt reagiert (neuer sozialer Status!)

3. Trimenon (29. Woche - Geburt)

Kind: Organausreifung, starke Gewichtszunahme: Kind ist (bei entsprechender klinischer Versorgung) lebensfähig außerhalb der Gebärmutter; (heute manchmal schon ab der 24. Woche, Gewicht ca. 500 g.!)

Frau. oft zunehmende Beschwerden durch dicken Bauch (schlecht beweglich), Atemnot, Sodbrennen, Schlafprobleme; Geburt wird als Befreiung herangesehen - aber auch zunehmend als Extrem-Situation gefürchtet; ab 34. Woche Freistellung vom Beruf.

II. Welche Probleme können auftreten?

A. Nahezu alle "üblichen" Krankheiten, wie Infektionen, Stoffwechselerkrankungen, etc. - auch im Sinne von Verschlechterungen von Vorerkrankungen (z.B. bei schwerer Nierenerkrankungen). Einige Krankheiten sind vor allem für das Ungeborene gefährlich (z.B. Röteln, Toxoplasmose). Oft ist das Krankheitsbild durch die Schwangerschaft verändert, und die Behandlung komplizierter, weil sie auf Frau und Kind abgestimmt werden muß.

B. Schwangerschaftsspezifische Erkrankungen:

Haben gemeinsam, daß sie in ihrer Ursache letztlich ungeklärt sind, jeweils multifaktorieller Erklärungsansatz: körperliche Disposition und Einflüsse - psychische Faktoren - soziale Faktoren.

"Risikofaktoren" (ungeordnet):

niedriger sozialer Status
schlechte finanzielle Situation
Alter (<18 J., >35 J.)
Zustand nach Problem-Schwangerschaft (z.B. Fehlgeburten; Kaiserschnitt)
Partnerprobleme; alleinstehende Mutter
"erhöhte emotionale Labilität" u.a.

Diese und andere Faktoren werden in den verschiedenen Untersuchungen unterschiedlich angeführt, bewertet, kausal verknüpft mit Schwangerschaftsproblemen. Entsprechend gibt es auch die verschiedenen Reaktionen und Behandlungsansätze. Bei allen Komplikationen scheint Früherkennung besonders wesentlich, um evtl. korrigierend eingreifen zu können: daher Ausbau der Schwangeren-Vorsorge in der BRD, Propagierung der Geburtsvorbereitung.

1. Häufige und wichtige schwangerschaftsspezifischen Erkrankungen:

Hyperemesis Gravidarum (übermäßiges, unstillbares Erbrechen): führt zum Gewichts- und Kräfteverlust, zu evtl. bedrohlichen Stoffwechselstörungen; ist zunehmend seltener zu beobachten in industriellen Gesellschaften (?).

Ursache: "vegetative Labilität" und hormonelle Umstellung und psychosozialer Streß; Hypothese des "unbewußten Reproduktionskonfliktes".

Maßnahmen: "Ruhe", Streß-Reduktion, im Extremfall

Krankenhaus: Trennung von der Familie, intravenöse Ernährung (dann oft schnelle dramatische Besserung!)

- 2. Abort-Neigung (i.e. 2 und mehr Fehlgeburten)** neben körperlichen (Fehlbildung der Gebärmutter, Chromosomenstörung) auch psychogene Gründe postuliert ("psychisch Unreife", Ablehnen der Mutterschaft, Erwartungsangst ...). Maßnahmen: "tender loving care" in den ersten Wochen und Monaten; Bewußtmachen der Ambivalenz (?; vor allem im Intervall).

3. vorzeitige Wehen, (drohende) Frühgeburt

Frühgeburtslichkeit trotz intensiver Vorsorge in den letzten Jahren kaum reduziert: immer noch häufigster Grund für perinatale Sterblichkeit und angeborene Erkrankungen. In ca. 50 % kein ausreichender organischer Grund feststellbar (wie Infektion) - psychosoziale Faktoren müssen angenommen werden.

Maßnahmen: Berufsunfähigkeit - Bettruhe - medikamentöse Ruhigstellung der Gebärmutter (Wehenhemmung, oft stationäre Behandlung) - operativer Verschuß der Gebärmutter - (selten) psychosomatisch-orientierte Betreuung (Ich-Stärkung, Eingehen auf Ängste, ...)

4. EPH-Gestose (Schwangerschaftsvergiftung), d.h. Blutdruckanstieg, Eiweiß im Urin, massive Wassereinlagerung: gefährlich für Frau (Krämpfe, Nierenversagen) und für Kind (schlechtere intrauterine Versorgung).

Ursachen: zahlreiche Hypothesen, darunter auch psychogene (Ausdruck von Aggression) - Ursache nicht geklärt!

Maßnahmen: Früherkennung extrem wichtig → bei Symptomen Ruhe, Bettruhe, Medikamente zur Blutdrucksenkung; Klinik; im Notfall schnelle Entbindung notwendig (falls Frau lebensbedrohlich gefährdet, oder Gefahr des Absterbens des Kindes in der Gebärmutter).

5. Komplikationen unter der Geburt

(z.B. protrahierter Geburtsverlauf; "starrer" sich - nicht - öffnender Muttermund, Wehenschwäche, etc.)

Ursache: "Angst-Spannungs-Schmerz-Syndrom" und andere psychosoziale Entstehungsmuster

Maßnahmen: Geburtsvorbereitung (Information, Entspannungsübungen, Einbeziehung des Partners); frauen-orientierte Geburtshilfe.

III. Was kann Frau machen? Einige Ideen:

- Ausphantasieren, was das Kind bedeutet / verändern wird (im eigenen Leben, für die Partnerschaft, für den Beruf). Schwangerschaft = "point of no return"!
- neben den körperlichen Beschwerden auch diffuse Ängste und Mißstimmungen wahr- und ernstnehmen; Ansprechpartner dafür suchen (betreuende Ärzte, Freundin, Familie, Mutter, Schwangeren-Gruppe)
- auch Aggressionen / Depressionen zulassen als Reaktion auf das Kind (auf die damit einhergehenden Veränderungen, auf "erzwungenes" Verhalten wie Bettruhe wegen drohender Frühgeburt, etc.).

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA:	Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits- erzieherische Ansätze zur Förderung der Gesundheit der Frau 04. - 05. Mai in Travemünde
Arbeitsgruppe I:	Biologische Umbruchsphasen der Frau (Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium)
Thema:	Klimakterium, Menopause, Postmenopause
Autor:	Prof. Dr. med. Konrad W. Tietze

1. Zwischen Wissenschaft und Lebenswelt

Analog zur Menarche, dem ersten Auftreten der monatlichen Blutung bei der Frau, wird bekanntlich das letzte Auftreten dieses Ereignisses als Menopause bezeichnet. Im Gegensatz zur Menarche läßt sich der Zeitpunkt der Menopause nur im Nachhinein bestimmen.

Im Folgenden sollen die Entwicklungen auf die Menopause zu und von ihr weg betrachtet werden. In diesem Sinne wird hier der Begriff Menopause und nur dieser verwendet (Klimakterium - Menopause - Postmenopause).

Die öffentliche Diskussion zur Menopause ist umfangreich. Beispiele: WHO-Arbeitsgruppensitzung 1980, Internationaler Kongreß über Menopause 1976, 1979 und 1981. Der letzte wurde unter der Schirmherrschaft der "International Menopause Society" durchgeführt. Die lebensweltliche, vor allem von der Frauenbewegung getragene Idee der Menopause wird in Gesundheitsbüchern und in medizinsoziologischen wissenschaftlichen Äußerungen dargestellt und vertreten, ist aber auch in die Diskussion internationaler und regionaler Kongresse der gynäkologischen Psychosomatiker aufgenommen worden. 1977 war das Klimakterium und die Menopause u.a. Gegenstand eines Kongresses in der DDR unter der Überschrift "Die Frau in der sozialistischen Gesellschaft".

Die vorliegenden medizinisch-wissenschaftlichen Texte stammen von Männern und beschäftigen sich überwiegend mit den Symptomen der Menopause und deren Therapie durch Hormonsubstitution. Die Texte der Gesundheitsbücher ("Our Bodies, Ourselves", "Kvinde kend din krop") und gleichartiger Artikel beschäftigen sich mit dem persönlichen Erleben der Frau und mit dem sozialen Zusammenhang, in dem für sie Menopause abläuft.

In ihnen soll eine Stärkung der Laienposition gegenüber der medizinischen Profession durch Information und Solidarisierung herbeigeführt werden.

Eine Kritik knüpft an den Verdacht an, daß es sich in beiden Fällen um die Entwürfe von Mythen handeln könne. Bloße Vorstellungen werden zu Fakten erklärt und eine kleinere Gruppe von Männern oder Frauen sagt, was gut für alle ist. Dieser Kritik und der eigenen Überzeugung folgend, kann hier nicht gesagt werden, was an den Vorstellungen über Menopause richtig ist. Bei näherer Betrachtung scheint der Gegenstand eher zu verschwimmen, als daß er Konturen annimmt. Aus der Vielfalt des Vorhandenen werden im Hinblick auf Gesundheitsstrategien vier Punkte herausgegriffen:

- Die mit "Kohortenphänomenen" zusammenhängenden Effekte zwingen in vielen Fällen dazu, Aussagen zu Gesundheit und Krankheit auf eine Gruppe von Frauen mit gemeinsamer Biographie zu beschränken.
- Am Beispiel der Oestrogensubstitution läßt sich der "klinische" Standpunkt am besten erläutern und diskutieren.
- Sexualität, Arbeit und Gesundheit kennzeichnen den Alltag und seine gesundheitlichen Probleme.
- Inzidenzen und Prävalenzen von Krankheit und Tod bezeichnen die schwerwiegenden gesundheitlichen Lebensereignisse, mit denen sich Mann und Frau in der zweiten Hälfte des Lebens auseinandersetzen müssen.

2. Kohortenphänomene

Für Gesundheit kann nicht erst zu dem Zeitpunkt gesorgt werden, zu dem sie gebraucht wird. Für das mittlere Lebensalter gilt das in besonderem Maße, wenn man akzeptiert, daß Gesundheit abhängig ist vom gelebten Leben. Jede Altersgruppe bringt eine andere Gesundheit und andere Voraussetzungen für die Bewältigung der Menopause mit. Welche unangemessenen körperlichen Entwicklungen und welche gesundheitsbeeinträchtigenden psychosozialen Entwicklungen können in jüngeren Jahren vermieden werden? Zu den Beispielen der sich zwischen den Generationen verändernden Einflüsse zählen die Ernährung, das Rauchverhalten, die sexuelle Erziehung, das Sexualverhalten, aber auch Einstellungen, soziale Bedingungen, wie Bildungschancen und der Zugang zur Berufstätigkeit und zu bestimmten Berufen. Zeugnisse früherer Generationen (z.B. Simone de Beauvoir) müssen daher im Hinblick auf den Entwurf zukünftiger Gesundheit kritisch verwendet werden. Ebenso lassen sich Erfahrungen aus unterschiedlichen sozialen Lebenszusammenhängen nicht oder nur teilweise übertragen.

3. Der abnehmende Oestrogenspiegel - eine Fehlentwicklung?

Für westliche Industriestaaten wird das mittlere Menopausenalter vor 100 Jahren mit 45 Jahren angegeben, z.Z. liegt es bei 51 Jahren. Es scheint örtliche Unterschiede zu geben, die auf eben jene Faktoren zurückgeführt werden können, die im vorigen Abschnitt den Kohortenphänomenen zugerechnet wurden. Aus den USA wird in einer Übersicht berichtet, daß in den letzten 25 Jahren ein Trend zu späterem Beginn nicht mehr festgestellt werden konnte.

In der DDR hat anscheinend die besondere Entwicklung zwischen 1950 und 1974 eine Erhöhung des Menopausenalters um 2 Jahre bewirkt (47 Jahre --- 49 Jahre). Rauchen senkt das Menopausenalter. Symptome treten bei 25 - 30 % der Frauen in der Menopause auf (Lehrbücher und lehrbuchartige Texte). Einmütig wird neben dem Aufhören der Blutung und den Veränderungen an der Scheide nur die fliegende Hitze auf das allmähliche Absinken des Oestrogenspiegels im Blut zurückgeführt. Viele andere Symptome werden den endokrinen Veränderungen nur zugeschrieben oder sie treten aus anderen Gründen gleichzeitig auf. In einem Gesundheitsbuch findet sich folgender Satz: "Hormonelle Veränderungen haben in diesem Spiel zwar eine Bedeutung, sind aber nicht die Hauptursache (von Beschwerden)".

Von medizinischer Seite wird neuerdings die Dauerbehandlung mit einem niedrig dosierten Oestrogenpräparat empfohlen, das auch Gestagen enthält, um den zellteilungsfördernden Effekt des Oestrogens zu dämpfen. Begründung für die Empfehlung: "Die obligate (Knochen-)Demineralisation (ist) ein Begleitschaden der Menopause und Postmenopause!" Er kann durch Aufrechterhaltung des Oestrogenspiegels verhindert werden. Allerdings führt die Osteoporose nur zu einem geringen Teil zu "klinischen Schäden" (z.B. Hüftgelenksbrüche). Die Gegenposition heißt: Hormonbehandlung dient der Aufrechterhaltung weiblicher Eigenschaften und damit weiblicher Abhängigkeit (Gesundheitsbuch). Vereinzelt wird auch in der Schulmedizinischen Literatur die prophylaktische Verabreichung eines Gestagen-Oestrogenpräparates zur Prävention der Osteoporose wegen des geringen Wissens über Nebenwirkungen und wegen der Unangemessenheit der Maßnahme kritisiert. Die fälschlicherweise den körperlichen Veränderungen zugeschriebenen Symptome haben oft psychosoziale Ursachen und sollten nach Meinung psychosomatisch orientierter Frauenärzte psychotherapeutisch behandelt werden.

4. Sexualität, Arbeit und Gesundheit

Das Bild der Sexualität um die Menopause, das in der Literatur entworfen wird, orientiert sich an den physiologischen Untersuchungen von Masters und Johnson, an den Lebensberichten einzelner Frauen oder an dem, was jeweils für gut gehalten wird. Allgemein soll deutlich gemacht werden, daß Sexualität nicht mit dem Ende der Fruchtbarkeit auch endet. Es wird festgestellt, daß Gesundheit und berufliche Zufriedenheit bestimmende Faktoren für Sexualität sind.

In einer Veröffentlichung aus der DDR wird in diesem Zusammenhang die bessere Situation der beruflich höher qualifizierten Frauen hervorgehoben. Gleichzeitig wird eine Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Sexualität beschrieben. "Glückliche Frauen haben weniger kardiovaskuläre Krankheiten und vegetative Symptome (als andere)". Über diese Beobachtungen hinaus herrscht Ratlosigkeit. Gibt es langfristige Präventionsstrategien auf diesem Gebiet? Sind der Abbau von Tabus und die Verbesserung der Intimverständigung (DDR) durchführbare und effektive kurzfristige Gesundheitsstrategien?

5. Krankheit und Sterben

Lebenserwartung: Seit 1940 entwickelt sich die mittlere Lebenserwartung bei den Frauen stärker aufwärts als bei den Männern. Die Differenz zwischen den Geschlechtern liegt z.Z. bei 7 Jahren. Ist Krankheit direkt abhängig von Menopause oder wird Krankheit in dieser Zeit von begleitenden Lebensumständen ausgelöst? Diese Frage wird häufig am Beispiel psychischer und psychiatrischer Krankheiten diskutiert. Ein eigens für dieses Papier angestellter Vergleich der altersspezifischen Selbstmordziffern über 11 Jahre (1975 - 1985) zeigt, daß mit der Altersgruppe 50 - 55 Jahre die gegenüber den Männern niedrige Selbstmordziffer mit einem Sprung von 5 Fällen pro 100 000 (etwa von 17 auf 22/100 000) ein neues Niveau erreicht, auf dem sie bleibt.

Dies entspricht etwa den Verhältnissen bei den Selbstmordziffern der Männer (33 auf 40/100 000 in eher jüngeren Jahren). Gelegentlich anderernorts beobachtete Gipfel um die Menopause können ihr nicht angelastet werden.

Die Inzidenz des Cervixkarzinoms steigt zur Menopause an, die Vorstadien werden aber schon früher entdeckt (Krebsregister des Saarlandes). Das Korpuskarzinom ist eine Krankheit der Menopause. Risikofaktoren sind bekannt (Übergewicht-Hochdruck-Diabetes). Auch das Ovarialkarzinom ist ein Krebs des höheren Alters. Das Mammakarzinom tritt vom 50. Lebensjahr von Lebensjahrzehnt zu Lebensjahrzehnt immer häufiger auf (alles Krebsregister des Saarlandes). Eine Abhängigkeit dieser Krebskrankheiten von der eventuell vorangegangenen hormonellen Medikation konnte dann nicht nachgewiesen werden, wenn diese in niedriger Dosierung erfolgte.

6. Statt einer Schlußbemerkung

Aus einer Gesprächsrunde über Menopause: Es gibt Kulturkreise, in denen Jugend, Reife und Alter gleichwertig nebeneinander stehen. Hier wird Jugend favorisiert und Alter verleugnet. Frauen sind davon besonders getroffen, während es für den Mann genügt, es zu etwas gebracht zu haben. Auf dem Land definieren sich Mütter über ihre Kinder und werden durch sonst gut verträgliche Ereignisse um die Menopause leicht aus dem Gleichgewicht gebracht. Was gebraucht wird, ist Unabhängigkeit und Kontakte, aber auch die Fähigkeit allein sein zu können.

Arbeitsgruppe II:

Chronische Erkrankungen bei Frauen

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA: Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
04. - 05. Mai 1987 in Travemünde

Arbeitsgruppe II: Chronische Erkrankungen bei Frauen

Thema: Frauenspezifische Aspekten von Herz-Kreis-
lauferkrankungen

Autorinnen: Frau Dr. Carola Halhuber
Frau Dr. Karin Siegrist

1. Frauen sind deutlich weniger gefährdet als Männer, eine Herz-Kreis-
lauferkrankung zu entwickeln, bzw. daran zu sterben.

Die Koronararterien von Frauen sind im Durchschnitt 10 - 15
Jahre "jünger" als die altersgleicher Männer. Dies konnte für
alle Altersgruppen zwischen 20 und 85 J. gezeigt werden.

Junge Frauen (35 - 44 J.) erkranken 6mal seltener an KHK als
altersgleiche Männer. Mit wachsendem Alter, besonders jenseits
der Menopause nähert sich das Risiko der Frauen dem der Män-
ner an. Faßt man alle Altersgruppen zusammen, so ist das Er-
krankungsrisiko der Männer immer noch doppelt so hoch wie das
der Frauen.

Zwei Ziele scheinen sinnvoll:

- a) das relativ geringe Risiko der Frauen zu erhalten, bzw. Verhal-
tensweisen zu fördern, die es niedrig halten;
 - b) das Risiko in jenen Subgruppen von Frauen zu senken, in denen
Herzkreislaufkrankungen relativ häufig sind, wenn man sie mit
Geschlechtsgenossinnen vergleicht.
2. Junge Frauen, die stark rauchen und orale Kontrazeptiva alten Typs
nehmen, sind erheblich gefährdeter eine KHK, z.B. einen Herzinfarkt
oder einen plötzlichen Herztod zu erleiden als jene, die beides nicht
tun. Dabei ist die Gefährdung durch Zigaretten erwiesenermaßen do-
sisabhängig. Die Gefährdung steigt an, wenn weitere Risikofaktoren
wie Hochdruck oder Hypercholesterinämie hinzukommen. Die Effekte
einzelner Faktoren addieren sich nicht bloß (z.B. Rauchen und Pil-
le), sondern potenzieren sich.

Ansatzpunkte für präventive Bemühungen:

- Rauchen,
- orale Kontrazeptiva (bei neueren Präparaten scheint das Risiko vergleichsweise gering; hier wäre das Verschreibungsverhalten der Gynäkologen zu beeinflussen)

Schwierigkeiten, die den Erfolg präventiver Bemühungen verhindern:

- Rauchen und orale Kontrazeptiva haben etwas mit dem Lebensstil zu tun; sie können mit Emanzipationsversuchen und mit Emanzipationsproblemen eng verknüpft sein. Wie aus einer Reihe von Studien bekannt ist, haben Frauen typischerweise noch größere Schwierigkeiten als Männer, das Rauchen aufzugeben. Eine bloße Gesundheitserziehung, die die lebensgeschichtliche Bedeutung des Risikoverhaltens nicht sieht, greift sicherlich zu kurz.
3. Eine schon länger existierende Problemgruppe ist die der Frauen in der Postmenopause, insbesondere dann, wenn Fehlernährung im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen und subjektivem Distress auftreten (belastend etwa: die Kinder verlassen das Haus; der Ehemann ist auf den Beruf fixiert, das Erlernen neuer sozialer Rollen z.B. Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, gelingt nicht; die sexuelle Beziehung zum Partner ist gestört). Wenn die subjektive Anspannung, die aus der Verunsicherung in Bezug auf die biologische und die soziale Rolle entsteht, mittels Überernährung (evtl. auch Rauchen, Alkohol) abgefangen wird, dann kommt es zu einer Kumulation von Risiken: Streß, Übergewicht, Hochdruck, Fettstoffwechsel- und Glukosestoffwechselstörungen schaffen zusammen eine gefährliche Situation.

Ansatzpunkte für präventive Bemühungen:

- Schwierigkeiten mit der biologischen und sozialen Umstellung im mittleren Lebensalter
- Übergewicht
- Hochdruck
- Diabetes
- Fettstoffwechselstörungen (bes. Hypertriglyceridämie)
- Rauchen

Schwierigkeiten, die den Erfolg präventiver Bemühungen verhindern:

Auch hier ist die Perspektive des präventiv-medizinisch Tätigen, der von "Risikoverhaltensweisen" spricht, eine ganz andere als die der Betroffenen, die mit belastenden Aspekten ihrer Lebensgeschichte in dem Augenblick nicht anders fertig zu werden vermögen als eben vermittels dieser riskanten Verhaltensweisen.

Wenn hier Risikofaktoren modifizierbar sind, dann sicher nur unter der Voraussetzung, daß zunächst soziale Situation, Persönlichkeit und Verhalten der Betroffenen ernst genommen werden.

Eventuell günstig:

Gruppen (zunächst professionell angeleitet, aber mit dem Charakter einer Selbsthilfegruppe), die nicht an "Risikoverhaltensweisen", wie sie die im Gesundheitswesen Tätigen definieren, ansetzen, sondern an subjektiv empfundenen Problemen von Frauen in der Lebensmitte, die mit der unter 3. skizzierten Risikokumulation in Zusammenhang stehen.

4. Betrachten wir die bereits manifest an KHK Erkrankten (Frauen nach HI oder nach Bypass-Operation oder mit wiederkehrender Angina Pectoris). Hier sehen wir das Problem, daß Frauen im Akutkrankenhaus in manchen Situationen möglicherweise weniger Aufmerksamkeit gewidmet wird als Männern mit derselben Erkrankung. Es gibt Hinweise aus den USA, die besagen, daß bei vergleichbarem klinischen Bild und vergleichbaren Befunden aus der nicht-invasiven Diagnostik Frauen seltener eine Koronarangiographie (mit Chance einer anschließenden Bypass-OP) erhalten als Männer. Aus der BRD ist bekannt, daß Männer im Anschluß an den Herzinfarkt routinemäßig in eine Anschlußheilbehandlung geschickt werden, Frauen aber häufig gar nicht auf die Möglichkeit einer stationären Rehabilitation hingewiesen werden.

Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Sekundärprävention:

- Aufklärung der Ärzte in Akutkrankenhäusern über die - sicherlich ungewollte - Ungleichbehandlung von Frauen. Information der in Akutkrankenhäusern tätigen Sozialarbeiter über Schwierigkeiten von Frauen, eine Anschlußheilbehandlung für sich in Erwägung zu ziehen. Problem: Frauen gestehen sich häufig nicht das Recht zu (haben dies nicht gelernt), die Familie über längere Zeit allein zu lassen. In einem längeren, nicht einschüchternden Gespräch sollten Frauen nach dem Herzinfarkt ermutigt werden, in dieser Situation nach ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu fragen.
5. Jene Frauen, die wegen ihres Herzinfarktes an einer stationären Rehabilitation teilnehmen, haben häufig Schwierigkeiten mit einer an psychosozialen Problemen ansetzenden Gruppentherapie. In einer gemischt-geschlechtlichen Gruppe, wo sie üblicherweise deutlich in der Minderheit sind, fällt auf, daß sie ihren "Streß" nicht gut lokalisieren können. Die Kommunikation mit den Männern in der Gruppe ist erschwert aufgrund unterschiedlicher Sprachstile.

Ansatzpunkte einer Verbesserung der psychosozialen Rehabilitation:

- Einrichtung von Gesprächsgruppen für Frauen (eher nicht unter dem Etikett "Streß");
 - Evtl. in der Bewegungstherapie alternative Ansätze (nicht nur für Frauen), die mehr musisch und auf Körpererfahrung hin orientiert sind als die typischen Sportgruppen,
 - klinikinterne Aufwertung von Gestaltungstherapie und ähnlichen musischen Angeboten, die eher von Frauen als von Männern genutzt werden.
6. Über das Leben mit der koronaren Herzerkrankung wissen wir aus Patientenseminaren, daß sich hier für Frauen besondere Probleme mit der Lebensumstellung ergeben. Frauen scheinen noch größere Probleme darin zu sehen als Männer, durch eine deutliche Umstellung des Verhaltens die Umwelt vor den Kopf zu stoßen. Die Idee, daß frau aus offensichtlich eigenen Interessen heraus (die ja tatsächlich mit denen anderer Familienmitglieder konvergieren) die Ernährung der Familie umstellt, scheint gewagt. Ebenso gewagt für viele: die Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe, wo sie doch die Zeit für die Hausarbeit nutzen könnte.

Ansatzpunkte einer Erleichterung des Lebens mit der Erkrankung:

- Im öffentlichen Bewußtsein müßte das Recht der an KHK erkrankten Frauen verankert werden, an einer ambulanten Herzgruppe oder einer in ähnlicher Weise als Selbsthilfegruppe funktionierenden Gruppe teilzunehmen;
- es scheint förderungswürdig, besonders für Frauen (ohne ein Verbot für Männer, dort teilzunehmen) weitere Gruppen einzurichten, die sich von der positiven Seite her mit Risikofaktoren der KHK befassen (Kochkurse, wo es zuerst um das gute, dann um das "gesunde" Essen geht). (Ein Modell: die "weight watchers")

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA: Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
04. - 05. Mai 1987 in Travemünde

Arbeitsgruppe II: Chronische Erkrankungen bei Frauen

Thema: Frauenspezifische Aspekte von Krebserkran-
kungen

Autorin: Dr. Gabriele Hundsdörfer

1. Ausgangslage

- a) In der Bundesrepublik Deutschland sind im Jahr 1985 mehr als 160.000 Personen an Krebs gestorben, dies sind über 20 % aller Todesfälle. Die Hälfte hiervon waren Frauen. Im Gegensatz zu den Männern, wo der Lungenkrebs die "Spitzenposition" einnimmt, ist im Bereich Krebs bei Frauen die häufigste Todesursache der Brustkrebs (13.701 Fälle). Dabei ist zu bemerken, daß vom 40. Lebensjahr an ein erheblicher Anstieg bis zum 65. Lebensjahr zu verzeichnen ist (262 auf 1.686 Fälle) und die höchste Rate an Todesfällen (1933) zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr auftritt.

Ebenfalls hohe Sterblichkeitsraten weisen die bösartigen Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane auf (insgesamt 11.334 Fälle), wobei Gebärmutterhalskrebs nur mit 2.093 Fällen zu Buche schlägt, ggf. eine Folge der Krebsfrüherkennungsuntersuchung.

Leider gibt es über die **Erkrankungszahlen** mangels einer ausreichenden Krebsregistrierung keine genauen Daten. Die jährliche Neuerkrankungsrate an Brustkrebs wird jedoch auf mindestens 20.000, wahrscheinlich 25.000 geschätzt mit **steigender** Tendenz! Ebenfalls ansteigen dürften auch bei Frauen die Lungenkrebsfälle. Dies ist als Folge des zunehmenden Anteils an Raucherinnen, beginnend in den 50er Jahren, zu sehen, wobei die Latenzzeit von 20 - 30 Jahren nun allmählich auch bei uns in der Bundesrepublik beendet ist und damit die Erkrankungsziffern steigen werden. In den USA ist diese Entwicklung bereits sichtbar eingetreten!

- b) Für die jetzige Situation bedeutet dies, daß die **derzeit** besonders wichtigen Krebserkrankungen bei Frauen (wobei auch die Darmkrebse nicht vergessen werden sollten) im Krebsfrüherkennungsprogramm enthalten sind bzw. durch geeignete Vorsorgemaßnahmen angebar sind. Tatsache ist jedoch, daß
- das seit 1971 angebotene **Krebsfrüherkennungsprogramm** nur mehr von 30 % der anspruchsberechtigten Frauen frequentiert wird und
 - der Anteil der Raucherinnen zumindest nicht zurückgeht.

Genauere Analysen zeigen (INFRATEST-Studie von 1983), daß insbesondere die Frauen, die nicht mehr im gebärfähigen Alter sind, also aus dem "Zugriff" des Gynäkologen entschwinden und wegen anderer Beschwerden von Allgemeinärzten betreut werden, an der Krebsfrüherkennung in immer geringerem Maße teilnehmen, obwohl die o.g. Daten das zunehmende Risiko deutlich ausweisen.

Eine andere Untersuchung (Verres "Krebs und Angst") zeigt, daß für die Nichtteilnahme an Früherkennungsmaßnahmen offensichtlich mitentscheidend die Angst vor einer Krebserkrankung, die Ansicht über die Therapiebarkeit von Krebs, Befürchtungen von psychosozialen Folgen bei Vorliegen einer Erkrankung sowie eine insgesamt negative Einstellung zur Medizin ist.

- c) Aus den unter a) genannten Daten läßt sich auch ablesen, daß Frauen in besonderem Maße von solchen Krebserkrankungen betroffen werden, die sich auf ihr Selbstwertgefühl und ihre partnerschaftlichen Beziehungen auswirken. Hieraus ergeben sich eine Reihe spezifischer Probleme, die sich in der Tatsache widerspiegeln, daß die "Frauenselbsthilfe nach Krebs" mit über 200 Gruppen bundesweit der stärkste Selbsthilfeverband ist. Aber auch die Belegungszahlen von Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtungen zeigen (Analyse aus 1986), daß die gynäkologisch-onkologischen Patientinnen mit 55 % die größte Patientengruppe darstellen, wovon wiederum 70 % auf Brustkrebspatientinnen entfallen.

Auf der anderen Seite ist bekannt, daß nur ein Bruchteil der Krebspatientinnen psychosoziale Betreuung in irgendeiner Form erfährt und daß es für die Inanspruchnahme von Reha- bzw. Nachsorgeangeboten offensichtlich Barrieren gibt.

2. Folgerungen

Aus der unter 1. dargestellten Situation ergibt sich, daß unter dem Aspekt der gesundheitlichen Aufklärung insbesondere über folgende Punkte nachgedacht werden sollte:

- a) Die **Prävention** weiblicher Krebserkrankungen ist zu verbessern. Hierzu gehört eine adäquate, d.h. einsichtige und zum Handeln anregende Aufklärung. So sollten nicht nur die **krebsfördernde** Wirkung des Rauchens, sondern auch andere schädliche Auswirkungen wie vorzeitige Hautalterung und vorgezogene Menopause herausgestellt werden.

Im Hinblick auf die Entwicklung von Brustkrebs scheint die Bedeutung einer zu fettreichen Ernährung sowie des Übergewichts so weit geklärt zu sein, daß eine entsprechende Aufklärung sinnvoll ist.

Was die Entstehung von Cervixcarcinomen auf der Basis einer früheren Infektion mit bestimmten Papilloma-Virus-Stämmen betrifft, so liegen hierfür sehr deutliche Hinweise vor, jedoch bedarf es noch erheblicher Forschungsanstrengungen (werden vom Deutschen Krebsforschungszentrum vorangetrieben), bevor hier Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung einsetzen können. Unbedingt zu vermeiden ist jegliches Mißverständnis, Krebspatienten/innen als solche seien ansteckend!

- b) Die **Krebsfrüherkennung** ist unbedingt zu verbessern. Hier muß es zum einen um Entwicklung und Einführung geeigneter zusätzlicher Methoden (Mammographie!) gehen, zum anderen um die Verbesserung der Akzeptanz des Programms sowohl durch die Patientinnen **als auch** durch die Ärzte! Hier ist sicher Motivationsforschung **und deren Umsetzung** am Platze, erste Ansätze sind vorhanden.
- c) Besonders große Defizite sind auf dem Gebiet der **Nachsorge und Rehabilitation** zu schließen. Dabei geht es im medizinischen Bereich weniger um die Verbesserung von Angeboten, sondern um deren Inanspruchnahme. Es muß herausgefunden werden, warum welche Patientinnen von Reha-Möglichkeiten keinen Gebrauch machen und mit welchen Maßnahmen hier interveniert werden könnte. Eine Studie hinsichtlich Brustkrebspatientinnen soll demnächst mit Bundesförderung anlaufen.

Es gilt weiterhin, den Zugang zu psychosozialen Betreuungsangeboten zu erleichtern. Hierzu gehört der entsprechende Hinweis spätestens bei der Klinikentlassung, die Einrichtung einer Kontaktstelle, die einschlägige Adressen kennt, aber auch die Sicherstellung einer ausreichenden "professionellen" Beratung, um die Selbsthilfegruppen in ihrer Kompetenz nicht zu überfordern. Dabei ist aber auch zu hinterfragen, welche Patientinnen überhaupt solche Betreuung oder Unterstützung (ggf. nur zeitweise) benötigen, ob sie durch bloßen Hinweis den Weg zur Beratung finden und auch, welche (und wieviele) Patientinnen darüber hinaus psychotherapeutischer Hilfe bedürfen.

- d) Letztlich muß gerade auch aufgrund der Erfahrungen des "Krebsinformationsdienstes" in Heidelberg darauf hingewiesen werden, daß **alle** Wege der Information auch über Sachverhalte, die als allgemeiner Kenntnisstand angesehen werden, genutzt werden müssen. Die zutage tretenden Wissensdefizite über einfachste Sachverhalte zeigen, daß nach wie vor die Wissensvermittlung und nicht nur die Hilfe zur Verhaltensänderung eine wesentliche Funktion bei der Krebsbekämpfung (und vermutlich nicht nur hier) hat. Dies gilt sowohl für den Bereich der Vorbeugung wie der Früherkennung, Therapie und Nachsorge!

Arbeitsgruppe III:

Das sogenannte Frauensyndrom

**(Vegetative Dystonie, Kopfschmerzen, Hypotonie, Wetterfühligkeit,
chronische Obstipation und andere Befindlichkeitsstörungen)**

T H E S E N P A P I E R

- Expertengespräch der BZgA:** Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
04. - 05. Mai 1987 in Travemünde
- Arbeitsgruppe III:** Das sogenannte Frauensyndrom (Vegetative
Dystonie, Kopfschmerzen, Hypotonie, Wetter-
fühlbarkeit, chronische Obstipation und ande-
re Befindlichkeitsstörungen)
- Thema:** Daten zur Diagnose und Behandlung von Be-
findlichkeitsstörungen bei Frauen
- Autor:** Dr. Gerd Glaeske

Die folgenden Daten beruhen auf Auswertungen der Verordnungsstatistiken, die vom Institut für Medizinische Statistik (IMS) für einige Hersteller aus dem Kreis der pharmazeutischen Industrie angefertigt werden. Diese IMS-Berichte basieren auf den laufenden Befragungen eines als selektierte Stichprobe zu bezeichnenden Ärztepanels, das entsprechend der Fachgruppen gewichtet in diese Untersuchung eingeht. Die Methodik beruht darauf, daß die beteiligten Ärzte jeweils 1 Woche in die Untersuchung eingehen und mit der Verordnung Angaben darüber machen, aufgrund welcher Diagnose -geordnet nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD; 8. Revision)- sie der jeweiligen Patientin (hierzu liegen Angaben über Alter und Geschlecht vor) das jeweilige Arzneimittel verordnet haben.

Obschon die pharmazeutischen Hersteller diese Verschreibungsdaten lediglich als Markterhebungsinstrument qualifizieren, durch das sie ihr jeweiliges Produkt in seiner Plazierung gegenüber Mitbewerbern erkennen wollen und gleichzeitig auch Aufschlüsse über die Indikationsstellung erhalten, bei der Ärzte ihr jeweiliges Mittel vor allem verschreiben (- hieraus entstehen dann Werbestrategien mit z.B. ausgeweiteten oder veränderten Indikationsansprüchen), so lassen sich doch auf der Basis dieses Erhebungsinstrumentes auch **qualitative Verordnungstrends** ablesen. Dies wird z.B. in amerikanischen oder auch schwedischen Validierungsstudien gut gelegt.

Die qualitativen Aussagen, die aufgrund dieser Verschreibungsstatistiken gemacht werden können, beziehen sich meines Erachtens auf folgende Zusammenhänge:

1. Es wird deutlich, an welche diagnostische Begründungen Ärzte bei der Verordnung bestimmter Arzneimittel denken, dabei ist unerheblich, ob diese Diagnosen validiert sind, die Assoziation z.B. von Organ-Neurosen und der Verordnung von Lexotanil wird deutlich aufgezeigt. Damit erscheint es möglich, die Reaktionsweise des medizinischen Verordnungssystems zu skizzieren.

Als Ergebnis zu den im psychischen Bereich liegenden Diagnosen des als "Frauensyndrom" zusammengefaßten Komplexes läßt sich aus den Statistiken herauslesen, daß solcher Art Diagnosen mehr als doppelt so häufig für Frauen als für Männer gestellt werden. Dies ist im übrigen deutlich höher als der bezogen auf die Gesamterhebung feststellbare durchschnittliche geschlechtsspezifische Diagnoseanteil: Hier stehen 345 Mio. hochgerechneter Diagnosen für Frauen etwa 200 Mio. hochgerechneter Diagnosen für Männer gegenüber, eine Realtion von ca. 1,73: 1.

2. Die Unterschiedlichkeit der Häufigkeit von Diagnosen deutet jedoch auch auf das unterschiedliche Inanspruchnahme-Verhalten von Frauen und Männern hin. Danach kann davon ausgegangen werden, daß Frauen nahezu doppelt so häufig wie Männer einen Arzt aufsuchen. Bezogen auf die Interpretation aller Diagnosen stellen sich im übrigen relativ deutlich Diagnosen heraus, die eher für Frauen und eher für Männer gestellt werden (siehe Anlage). Neben anderen Auffälligkeiten wird dabei besonders deutlich, daß Frauen außer im Diagnosebereich 31 (Schwachsinnformen) in allen Diagnosen, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Erkrankungen des zentralen Nervensystems stehen, deutlich höhere Anteile haben. Vereinfacht könnte daraus geschlossen werden, daß Frauen eher an ihre Psyche, Männer dagegen eher an ihrem Körper litten. Da jedoch, wie bereits unter 1 angedeutet, mit diesem Erhebungsinstrument keineswegs die Prävalenz bestimmter Erkrankungen dargestellt wird, handelt es sich ausschließlich um die interpretationsbedürftige Handlungsweise des medizinischen Systems durch die Akteure dieses Systems, die verordnenden Ärzte. Wenn darauf hingewiesen wird, daß aus den vorliegenden Verschreibungsdaten nicht auf die Prävalenz von bestimmten Krankheitssymptomen zurückgeschlossen werden kann, so gilt der gleiche Vorbehalt für die Interpretation hinsichtlich von "wahren" Patientenzahlen. Es geht aus den Statistiken nämlich nicht hervor, auf wieviele Patienten die therapeutischen Leistungen verteilt sind, die hier dokumentiert werden. Am genauesten erscheinen noch die Zahlen für das 1. Quartal, die auch in den Unterlagen angegeben sind, da es von relativ geringer Wahrscheinlichkeit ist, daß eine Patientin während der einwöchigen Dokumentationsphase jedes Arztes zweimal in die Stichprobe eingeht.

Die Jahreszahlen aber, die sich aus 4 Quartalen zusammensetzen, beinhalten durchaus die Möglichkeit, daß quasi hochgerechnet eine Patientin viermal gezählt wird, da sie in jedem Quartal zu einem anderen Arzt geht und es zufällig derjenige ist, der in die Stichprobe einbezogen ist. Derartige Unsicherheiten werden durch Fallstudien gestützt: danach ist die Inanspruchnahme des medizinischen Verordnungssystems nicht in Form einer Normalverteilung für die Gesamtbevölkerung zu sehen, da im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen 12 bzw. 51 und 79 % der Arzneimittelausgaben auf 1 bzw. 10 und 25 % der Versicherten entfallen. Die Patienten mit der höchsten Verordnungsintensität befinden sich, wie es auch die hier vorliegende Statistik zeigt, vor allem im Bereich der höheren Altersgruppen.

Gerade in diesem Bereich ist erhöhter Forschungsbedarf erforderlich, um einmal die tatsächliche Anzahl der inanspruchnehmenden Personen feststellen und somit auch Erklärungsmodelle für die hohe Inanspruchnahme suchen zu können.

3. Bei den in den Bereich des "Frauensyndroms" eingehenden Diagnosen Kopfschmerzen, Obstipation und auch Hypotonie muß berücksichtigt werden, daß die Diagnose-Zahlen keineswegs die Häufigkeit der Kontakte mit dem medizinischen System ausdrücken können, da der größte Anteil der verbrauchten Arzneimittel im Bereich der Selbstmedikation gekauft wird. Folgende Angaben sollen die Diskrepanz beschreiben:

Insgesamt sind in dem vorliegenden Erhebungsinstrument 8,6 Mio. Verordnungen von Kopfschmerzmitteln gezählt, tatsächlich beträgt die Anzahl der pro Jahr verbrauchten Packungen um 110 Mio., davon nahezu 85 Mio., die nicht der Rezeptpflicht unterliegen. Ähnlich im Bereich der Obstipation: Hier werden lediglich 7,2 Mio. Verordnungen von Arzneimitteln dokumentiert, die Gesamtzahl der verkauften Packungen beläuft sich jedoch im Jahre 1986 z.B. auf 26 Mio..

In diesem Zusammenhang ist vor allem zu berücksichtigen, daß seit dem 1. April 1983 die sogenannte "Negativ-Liste" in Kraft ist, die wesentliche in diesem Bereich bis dahin verordnungsfähige Arzneimittelgruppen von der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen ausnimmt. Hier sind Schmerzmittel und Abführmittel dezidiert genannt.

4. In der Gesamtschau wird deutlich, daß jede Konsultation beim Arzt, die naturgemäß mit einer Diagnose enden muß, damit auch die Leistung des Arztes gegenüber den jeweiligen Krankenkassen abrechnungsfähig wird, mit der Verordnung eines Arzneimittels einhergeht. Damit wäre der größte Risikofaktor, ein Arzneimittel verordnet zu bekommen, der Kontakt mit dem medizinischen System. Ein Reduzierung der gerade auch im Bereich des "Frauensyndroms" feststellbaren Arzneimittelverordnungen ließe sich daher im besonderen dadurch erreichen, daß der Gang zum Arzt ausdrücklich **nicht** angetreten würde.

5. Die Daten belegen außerdem, daß in allen Bereichen die Verordnungen mit dem Alter ansteigen. Wiewohl dies immer der Einfachheit halber mit der Multimorbidität von Patienten im höheren Lebensalter erklärt wird, so ist doch die Pharmakotherapie im Alter nach den prioritär zu behandelnden Symptomen auszurichten, dies zum einen wegen der im Alter meist nachlassenden physiologischen Funktionen, die für die "Verarbeitung" von Arzneimitteln notwendig sind (Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz etc.), andererseits aber wegen der Interaktion von verschiedenen, nebeneinander eingenommenen Arzneimitteln, die die Häufigkeit von auftretenden unerwünschten Wirkungen und damit die Gefährdungen durch Arzneimittelaufnahme deutlich vergrößern können.
6. Als zentrale therapeutische Intervention des ambulanten Versorgungssystems gilt die Verordnung von Arzneimitteln. Dies ist rationell, bindet mit relativ kleinem Zeitaufwand die jeweiligen Patienten an die Praxis des verordnenden Arztes, ermöglicht dem Arzt, aufgrund einer 5-Minuten-Medizin einen außerordentlich hohen "Tagespatienten-Durchsatz", gibt sowohl dem Arzt wie den jeweiligen Patienten das Gefühl, etwas zu tun bzw. versorgt und ernst genommen zu werden und in den Tat krank zu sein. Das Primat dieser Form von Therapie kann auch und vor allem dadurch verändert werden, daß innerhalb der geltenden Gebührenordnung andere, nicht-medikamentöse bzw. nicht-medizinische Leistungen mehr Berücksichtigung fänden. Es existiert meines Erachtens für den therapeutischen Alltag des medizinischen Versorgungssystems kein strukturierendes Instrument als die ärztliche Gebührenordnung, die daher in alle Überlegungen zur Veränderung der ambulanten Medizin mit berücksichtigt werden muß. Die derzeit bestehende Einzelleistungs-Honorierung, die einer teuren Übermedikalisierung mit relativ geringer Effizienz Vorschub leistet, muß in eine sinnvollere und patientengerechtere Form der Honorierung überführt werden (z.B. festes Gehalt des Arztes, Zeitbezahlung pro Patient, Fallpauschale, "Kopfpauschale", Leistungskomplex-Honorar oder ähnliches).
7. In den folgenden Tabellen werden einerseits die für Frauen und Männer besonders auffälligen Diagnose-Komplexe in einer Übersicht dargestellt, daran anschließend werden die innerhalb des "Frauensyndroms" subsumierten Diagnosen einzeln aufgelistet. Immer wiederkehrende Punkte in diesen Auflistungen sind Diagnosen pro Tausend Frauen bzw. Männern nach Alter geschichtet, Diagnoseverteilung im Durchschnitt, deren Relation und die jeweils bei den angegebenen Diagnosen meist verordneten Arzneimitteln.
8. Kurze Wertung der Arzneimittel
In den meisten Fällen werden Tranquilizer aus dem Bereich der sogenannten Benzodiazepine verschrieben, einer Arzneimittelgruppe, die sich seit ihrer Einführung in den sechziger Jahren besonders rasch als Basis aller Beruhigungs- bzw. Schlafmittel etabliert hat.

So wenig organische, unerwünschte Wirkungen mit der Einnahme dieser Mittel berichtet werden, so deutlich wird mehr und mehr deren Abhängigkeitspotential. So ist davon auszugehen, daß ein großer Teil der geschätzten 500 Tsd. - 800 Tsd. Arzneimittelabhängigen im Zusammenhang mit der langfristigen Verordnung von Benzodiazepin-Derivaten stehen. Zu dieser Gruppe gehören die Arzneimittel Lexotanil, Adumbran, Tavor, Frisium, Tranxilium, Valium, Praxiten u.a.

Verordnet werden auch Kombinationspräparate aus den eben genannten Benzodiazepin-Derivaten mit antidepressiv-wirkenden Substanzen. Typisches Beispiel: Limbatril. Derartige Kombinationspräparate sind unter pharmakologischen Gesichtspunkten abzulehnen, da antidepressiv-wirkende Substanzen, bei richtiger Indikation verordnet, eine ganze Zeit lang gegeben werden müssen, so daß mit der längerfristigen Gabe dieses Kombinationspräparates das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung, verursacht durch das Benzodiazepin-Derivat, steigt.

Verordnet werden auch die stärker beruhigend wirkenden Neuroleptika, hier vor allem das Imap. Imap wird besonders gerne als Depot-Neuroleptikum injiziert, da dessen Wirksamkeit dann eine Woche vorhält. Grundsätzlich ist die Verordnung von Neuroleptika in den hier vorliegenden Indikationsbereichen problematisch, Neuroleptika sind eher bei psychotischen Erregungszuständen indiziert. Zudem ist es nicht auszuschließen, daß auch bei der niedrigeren Dosierung der hier verwendeten Applikationsformen die typischen unerwünschten Wirkungen von Neuroleptika, nämlich das Auftreten von Dysksien, auftreten. Neuroleptika werden vor allem deshalb gegeben, weil sie als unerwünschte Wirkung nicht die abhängigkeitsmachende Potenz wie die Benzodiazepin-Derivate im Vordergrund haben.

Die Wirksamkeit aller bei Hypotonie gegebenen Arzneimittel wird in der pharmakologischen Literatur als zweifelhaft beschrieben, darüber hinaus gilt die Hypotonie als "Deutsche Krankheit", die in kaum einem anderen Land diagnostiziert und medikamentös behandelt wird.

Die bei chronischer Obstipation verabreichten Arzneimittel, die sogenannten Laxantien, sind gerade bei dieser Diagnose kontraindiziert, da sie aufgrund ihres Wirkmechanismus, mit dem in den meisten Fällen Kalium-Verluste verbunden sind, eine chronische Obstipation nur noch verschlimmern. Laxantien haben ausschließlich in sehr eingeschränkten Indikationsgebieten, z.B. in der Operationsvorbereitung, ihre Anwendungsberechtigung.

Die in den meisten Fällen beim Symptom "Kopfschmerzen" eingenommenen und verordneten Arzneimittel entstammen vor allem dem Bereich der Kombinationspräparate, die unter pharmakologischen Kriterien sämtlich zu kritisieren sind. Entweder enthalten sie Barbitursäure-Derivat-Anteile, die mit dem Risiko der Suchtentwicklung belastet sind, oder sie enthalten mehrere analgetische Wirkstoffe zusammen mit Koffein, eine Mischung, die offensichtlich den Vielgebrauch dieser Mittel bis hin zum Mißbrauch nach sich ziehen kann. Ergebnis des Mißbrauchs vieler derartiger, vor allem frei verkäuflicher Kombinationspräparate ist die terminale Niereninsuffizienz, eine nicht mehr behandelungsfähige Nierenschädigung, durch die die jeweiligen Betroffenen lebenslang Dialyse-pflichtig werden oder sich einer Nierentransplantation unterziehen müssen.

Eine präventive Strategie zur Reduzierung des Arzneimittelkonsums im Selbstmedikationsbereich kann meines Erachtens ausschließlich darin beruhen, die Verfügbarkeit der jeweiligen Mittel zu erschweren, d.h. vor allem Kombinations-Schmerzmittel und Abführmittel, aber auch Appetitzügler, die im Zusammenhang mit Abführmitteln oftmals zur Gewichtsreduzierung angewendet werden, der Rezeptpflicht zu unterstellen. Mit einem derartigen Schritt wird erreicht, daß besonders hinsichtlich unerwünschter Wirkungen auffällige Arzneimittel aus dem Bereich der Selbstmedikation ihre Bedeutung im Verbrauch verlieren, da auch die Ärzte eher zurückhaltend reagieren, solche bereits durch vorausgegangene Diskussion diskriminierte Arzneimittelgruppen per Rezept zu verordnen.

Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte geraten werden, sich bei der nächsten Erhebung des Medikamentenkonsums innerhalb einer Repräsentativ-Erhebung, wie sie zuletzt im September 1984 vorgelegt wurde, eingehend mit dem Projektbereich "Medikamentenkonsum und Medikationsrisiken" von Heinz Gutscher et al. (erschienen im Verlag Hans Huber, 1986) zu beschäftigen, da in diesem Bereich eine Reihe von lohnenswerten Befragungsgegenständen dargestellt worden sind. Hier wird vor allem auch das Informationsdefizit des selbstmedikations-treibenden Verbrauchers dargestellt, daneben aber auch das Informationsgeflecht, aus dem er sich zu bestimmten Arzneimitteln informiert. Damit ergeben sich auch Anhaltspunkte dafür, in welchen Bereichen Informationsstrategien fehlen und anzusetzen hätten.

In ihrer Relation für Frauen auffällige * Diagnosen
(ausgenommen ausschließlich weibl. Organe betreffende Diagnosen)

Gesamtübersicht 1983

ICD (8. Revision)	Relation Männer:Frauen	Diagnosen pro 1000 Einwohner Männer:Frauen
24 Drüsen (Stoffwechselekr. z.B. Schilddrüse)	1 : 5,42	24 : 130
25 Endokrines System z.B. Diabetes	1 : 1,91	113 : 210
28 Krankh.d. Blutes z.B. Anämie	1 : 3,23	31 : 100
29 Seelische Störungen z.B. Psychosen	1 : 2,41 !	63 : 152
30 Neurosen z.B. Organneurosen psychogene Störungen	1 : 1,98 !	191 : 378
34 Sonst. Erkrank. des ZNS z.B. Migräne	1 : 2,25 !	92 : 210
35 Krankh.d. Nerven u. Peri- pheren Ganglien	1 : 1,46	80 : 117
36 Entzündungen am Auge	1 : 1,45	44 : 64
40 Bluthochdruck (essentiell)	1 : 1,9	278 : 527
42 Herz-Kreislaferkrankungen z.B. Herzinsuffizienz	1 : 1,74	375 : 654
43 Hirngefäßerkrankungen z.B. Cerebrale Durchblu- tungsstörungen	1 : 1,76	116 : 204
44 Arterienerkrankungen z.B. Durchblutungs- störungen	1 : 1,30	119 : 155
45 Venenerkrankungen z.B. Varicosis, Kreislauf	1 : 2,54	288 : 732
56 Darm-Bauchfellerkrank. z.B. Darmstörungen, Obstipatia	1 : 2,03	106 : 216

ICD (8. Revision)	Relation Männer:Frauen	Diagnosen pro 1000 Einwohner Männer:Frauen
57 Leber, Galle, Pankreas	1 : 1,93	112 : 216
59 Krankheiten der Harn- Organe z.B. Blasen- entzündung	1 : 2,11	89 : 188
69 Hautentzündungen	1 : 1,37	298 : 407
70 Sonst. Hauterkrankungen z.B. Talgdrüsen	1 : 1,6	130 : 208
71 Arthritis, Rheumatismus	1 : 1,72	262 : 450
72 Arthropathien z.B. Osteoporose, Wirbel- säulenerkrankung	1 : 1,53	199 : 3205
73 Sonst. Krankh.d. Bewegungsorgane	1 : 1,35	40 : 54
78 Symptome z.B. Nervensystem, Schlaf- störungen	1 : 1,84 !	387 : 714
79 Mangelhaft Bezeichn. Krankheiten z.B. Nervosität, Schwäche, Depression	1 : 2,36 !	430 : 1.016

* Auffällig meint hier: Ausreichende Häufigkeit mit deutlichen
Relationsunterschieden bezüglich der Frauen

In ihrer Relation für Männer auffällige * Diagnosen (ausgenommen ausschließlich männliche Organe betreffende Diagnosen)

Gesamtübersicht 1983

ICD (8. Revision)	Relation Männer:Frauen	Diagnosen pro 1000 Einwohner Männer:Frauen
00 Infektionen des Verdauungstraktes (z.B. Durchfall)	1,05 : 1	68 : 65
01 Tuberkolose	2 : 1	6 : 3
09 Geschlechtskrankheiten	2 : 1	4 : 2
16 Maligne Atemorgan- erkrankungen	4 : 1	4 : 1
18 Maligne Urogenital- erkrankungen	3,67 : 1	11 : 3
27 Stoffwechseler- krankungen (z.B.Gicht)	1,09 : 1	148 : 136
31 Schwachsinnformen	1,08 : 1	14 : 13
410 Herzinfarkt	3,27 : 1	36 : 11
48 Pneumonie	1,18 : 1	13 : 11
49 Bronchialempysem, Asthma, Bronchitis	1,09 : 1	514 : 472
51 Krankheiten der Atmungsorgane	1,1 : 1	11 : 10
531 Magenculcus	1,70 : 1	17 : 10
532 Ulcus Duodeni	2,33 : 1	21 : 9
571 Leberzirrhose	1,73 : 1	19 : 11
573 Sonst.Lebererkrankungen	1,26 : 1	44 : 35

* Auffällig meint hier: Ausreichende Häufigkeit mit deutlichen Relationsunterschieden bezüglich der Frauen

Tabelle 1

<u>Diagnose(n)</u>	300	Neurose
	300.0	Angstneurose (Depression, Hysterie, neurotischer Zustand, panischer Zustand)
	300.1	Hysterische Neurose
	300.4	Depressive Neurose
	300.5	Neurasthenie
	300.9	Neurose ohne nähere Angabe

Gesamtzahl
der Diagnosen: ca. 4 Mio.

Gesamtzahl der
Verordnungen: ca. 4,5 Mio.

Diagnosen pro 1000 (im Zeitraum eines Jahres)

Alter	Frauen	Männer
- 30	15,8	9,4
30 - 40	75,1	35,7
40 - 55	110,0	53,5
55 - 65	141,9	83,6
+ 65	131,1	71,9
Durchschnitt	77,7	: 36,43
Relation	2,31	: 1

Arzneimittel: Lexotanil (12 %); Tavor (8 %); Limbatriil (5,5 %);
Adumbran (4 %); Frisium (4 %); Tranxilium (3 %); Imap (2,5 %)

Tabelle 2

<u>Diagnose(n)</u>	305	Organneurosen vor allem
	305.9	Psychogene Störungen ohne nähere Angabe und Psychosomatische Störungen

Gesamtzahl
der Diagnosen: ca.12 Mio.

Gesamtzahl der
Verordnungen: ca. 13 Mio.

Diagnosen pro 1000 (im Zeitraum eines Jahres)

Alter	Frauen	Männer
- 20	17,3	10,5
20 - 30	81	43,5
30 - 40	190	91
40 - 55	358,8	169
55 - 65	495	308
+ 65	456	273

Durchschnitt	252	:	118
Relation	2,13	:	1

Arzneimittel: Lexotanil (15 %); Adumbran (11 %), Valium (3,5 %);
Frisium (3,5 %); Praxiten (3,5 %); Tranxilium (3,5 %);
Limbatriil (3,5 %)

Diagnose(n) 458.0 Hypotonie

Gesamtzahl
der Diagnosen: ca. 8 Mio.

Gesamtzahl der
Verordnungen: ca. 8,5 Mio.

Diagnosen pro 1000 (im Zeitraum eines Jahres)

Alter	Frauen	Männer
- 12	10,5	9,8
12 - 20	101	38,2
20 - 30	179	32,1
30 - 40	219	44,9
40 - 55	249	70,5
55 - 65	222	150
+ 65	173	179
Durchschnitt	172,3	: 66,9
Relation	2,58	: 1

Arzneimittel: Novadral (12 %); Effortil (12 %); Carnigen (8 %);
Dihydergot (8 %); DETMS (7 %); Dihydergot plus (8 %);
Ordinal (5 %); Effortil plus (4 %); Gutron (3,4 %);
Amphodyn (3,5 %)

Tabelle 4

Diagnose(n) 564.0 Obstipation

Gesamtzahl
der Diagnosen: ca. 7 Mio.

Gesamtzahl der
Verordnungen: ca. 7,5 Mio.

Diagnosen pro 1000 (im Zeitraum eines Jahres)

Alter	Frauen		Männer
- 12	37		32,7
12 - 20	17,1		5
20 - 30	41,2		8,9
30 - 40	95,4		16,0
40 - 55	175,4		42,4
55 - 65	251		116
+ 65	342		268
Durchschnitt	151,2	:	58,3
Relation	2,59	:	1

Arzneimittel: Agiolax (18 %); Liquidepur (10 %); Laxoberal (9 %);
Depuran (8 %); Dulcolax (8 %); Kräuterlax (7 %)

Tabelle 5

<u>Diagnose(n)</u>	780	Symptome: Nervensystem
		vor allem
	780.6	Schlafstörungen

Gesamtzahl
der Diagnosen: ca. 17 Mio.

Gesamtzahl der
Verordnungen: ca. 18 Mio.

Diagnosen pro 1000 (im Zeitraum eines Jahres)

Alter	Frauen	Männer
- 30	21	16
30 - 40	83	45
40 - 55	215	112
55 - 65	484	331
+ 65	1262	652

Durchschnitt 286 : 140

Relation 2,04 : 1

Arzneimittel: Adumbran (8,5 %); Rohypnol (6 %); Dalmadorm (6 %);
Mogadan (4,5 %); Norkotral (4 %); Lexotanil (3,5 %)

Tabelle 6

Diagnose(n) 780 Nervosität, Schwäche, Depressionen
ohne nähere Angaben

Gesamtzahl
der Diagnosen: ca. 7 Mio.

Gesamtzahl der
Verordnungen: ca. 8,5 Mio.

Diagnosen pro 1000 (im Zeitraum eines Jahres)

Alter	Frauen	Männer
- 30	34	23
30 - 40	125	54
40 - 55	240	88
55 - 65	377	185
+ 65	201	105

Durchschnitt 156 : 65

Relation 2,4 : 1

Arzneimittel: Lexotanil (10,5 %); Limbatriil (7 %); Adumbran (5 %);
Tavor (4,5 %); Frisium (3 %); Saroten (3 %); Tranxilium (2,5 %)

Tabelle 7

Diagnose(n) 791 Kopfschmerzen

Gesamtzahl
der Diagnosen: ca. 8,5 Mio.

Gesamtzahl der
Verordnungen: ca. 8,5 Mio.

Diagnosen pro 1000 (im Zeitraum eines Jahres)

Alter	Frauen	Männer
- 12	12,4	10,3
12 - 20	58,7	33,9
20 - 30	115,1	48,7
30 - 40	175,8	67,7
40 - 55	258,7	120,7
55 - 65	249	176,6
+ 65	238,5	193,1
Durchschnitt	170,4	: 87,7
Relation	1,94	: 1

Arzneimittel: Optalidon (11 %); Gelonida (10 %); Thomapyrin N (8,0 %),
Silentan (6,0 %); Optalidon special (5 %); Dolviran (5 %)

T H E S E N P A P I E R

- Expertentagung der BZgA:** Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
04. - 05. Mai 1987 in Travemünde
- Arbeitsgruppe III:** Das sogenannte Frauensyndrom (Vegetative
Dystonie Kopfschmerzen, Hypotonie, Wetter-
fühligkeit, chronische Obstipation und ande-
re Befindlichkeitsstörungen)
- Thema:** Das sogenannte Frauensyndrom - frauenspe-
zifische psychosomatische Störungen
- Autorin:** Dr. Reinhild Geier

In einer Zeitungsnotiz des letzten Jahres in der Oldenburger Volkszeitung war zu lesen, daß jüngere Hausfrauen wesentlich häufiger Beschwerden und Unlustgefühle haben als ältere Frauen. Die Redakteure schlossen daraus, daß sich Frauen eben an ihre Aufgaben erst gewöhnen müssen. Von Resignation haben diese Herren wohl noch nie etwas gehört. Ich möchte diese Bemerkung gern voranstellen, da ich glaube, daß jedes Syndrom oder jedes Symptom Signalwert besitzt, also in sich, auch wenn es sich um ein Krankheitssyndrom handelt, Leben bedeutet und ein Stück Gesundheit ist. Das pure Verschwinden von Symptomen bedeutet keine Besserung des Allgemeinbefindens, im Gegenteil - mancher Frau könnte beim Ernstnehmen ihres sogenannten Hausfrauensyndroms möglicherweise eine Krebserkrankung erspart werden. Der Krebserkrankung liegt ja nach Uexküll die totale Resignation und Kälte als Grundbefindlichkeit zugrunde.

Vegetative Dystonie ist ein Sammelbegriff, ein großer Topf unklarer Diagnosen, Verlegenheitsdiagnosen bei Kranken, deren Beschwerden augenscheinlich sind, bei denen eine körperliche Ursache aber nicht zu finden ist. Gleichbedeutend sind funktionelle Störungen. Oft wird vegetative Dystonie in die Nähe der Hysterie geschoben, oft auch in die Nähe der Depressionen. "Larvierte Depression" war lange Zeit ein Schlagwort in der Medikamentenwerbung, die dann auch folgerichtig Antidepressiva anbot.

Zu diesem Symptomkomplex kann alles mögliche gehören: Herzklopfen, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, niederer Blutdruck, Ohrensausen, Zittern in den Beinen, unruhige Beine, Schlafstörungen, Aufgeregtheit, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Gliederschmerzen.

Eine genaue körperliche Untersuchung zum Ausschluß von organischen Krankheiten hat dieser Diagnose voranzugehen. Vegetative Dystonie muß immer eine Ausschlußdiagnose bleiben, so lernt man es auch in der Schulmedizin. Nach Ausschluß von Erkrankungen werden die Frauen allerdings sehr häufig sich selbst überlassen, wenn nicht die Pharmaindustrie gerade ein neues Antidepressivum, ein Tranquilizer, ein Antihypotonikum usw. anbietet. Diese Mittel wechseln mit der Mode. Eins der ältesten Mittel war Belleragal, ein Kombinationspräparat aus Sympathikus - sowie Parasympathikus - anregenden Stoffen und einem Barbiturat. Abgelöst wurde es von Limbatriol, einer Kombination von Tranquilizer und Antidepressivum. Ergänzt wurden beide, schon sehr früh, von blutdrucksteigernden Medikamenten. Später kam das Schlagwort "Larvierte Depression" und damit auch andere Antidepressiva. Heute ist es wohl das L-Tryptophan, das am meisten für die vegetative Dystonie propagierte Medikament. Die meisten dieser Medikamente haben die fatale Eigenschaft süchtig zu machen, ganz davon zu schweigen, daß auch der Ratschlag häufig ausgebracht wird: "Morgens ein Gläschen Sekt und abends ein Glas Bier".

Nun zu den Hintergründen - die vorher erwähnten Symptome haben kreativen Wert. Sie drücken im Bild des Körpers, in der Körpersprache die Befindlichkeit der Frau aus. Ich möchte versuchen, die Vielzahl der Symptome des sogenannten Frauen- oder Hausfrauensyndroms in Symptome des Aufruhrs und Symptome der Resignation einzuteilen.

Symptome des Aufruhrs

Herzklopfen, Nervosität, Unruhe, Angstzustände, Hyperventilation, unruhige Beine, Durchfälle ("Scheiß drauf").

Diese Frauen revoltieren, wollen etwas ändern. Sie spüren meist ihre Unzufriedenheit, wissen oft, woher das Übel kommt:

Angst vor Einsamkeit, Angst vor Unterforderung, Angst vor Stillstand, Angst nicht mehr geliebt zu werden.

Die Einsamkeit der Hausfrauen ist weitgehend bekannt (grüne Witwe), diese wird verstärkt durch Kinder. Ein Kleinkind schneidet die Frau sehr stark von ihren bisherigen sozialen Kontakten ab. Diese Tatsache wird von Männern immer wieder völlig ignoriert, von Frauen ebenfalls übersehen. Eine Frau, die ein Kind hat, ist **nicht** einsam (!)! Der Zweitwagen wird abgeschafft, der Ehemann braucht den Wagen, um in den Dienst zu fahren usw.. Die Frau hat zu warten, bis der Ehemann nach Hause kommt. Sie kann mit dem Kind sprechen, nur dieses kann noch nicht sprechen. Eigene sexuelle Bedürfnisse der Frau werden selten anerkannt, sie bleibt damit allein.

Schmerzsymptome sind eher unentschiedene Symptome. Hier ist noch Protest zu spüren, aber die Resignation bahnt sich an:

Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Bauchschmerzen.

Die Frauen sehnen sich nach Zuwendung, die sie nicht bekommen, müssen zurückstecken. Wenn der Mann von der Arbeit kommt, ist er der erste, der von seinen Problemen erzählt, nicht sie, mit ihren Schwierigkeiten mit Kindern, Nachbarn, Schwiegereltern usw.. Sie zerbricht sich ihren Kopf allein, grübelt, kann nicht schlafen, frißt in sich hinein, macht es mit ihrem Bauch allein aus; holt sich höchstens über ihr Symptom Zuwendung.

Symptome der Resignation

Niederer Blutdruck, Abgeschlagenheit, Erschöpfung, Müdigkeit, Zittern der Beine, Schwindel,
"es hat alles keinen Sinn mehr",
sie möchte umsinken, möchte wohl auch aufgefangen werden, nur sie wird es nicht.

Eventuell gehört hierher auch die Obstipation, also die chronische Verstopfung. Die Frau will und kann nichts mehr hergeben, weil sie nichts hat, also auch nicht ihren Stuhlgang. Andererseits kann man diese Symptome auch gut zu den Überlastungssymptomen rechnen. Diese werden in aller Regel nicht der vegetativen Dystonie zugeordnet.

Überlastungssymptome

Diesem liegt wohl zugrunde, nicht mehr geben zu können, als die Frau selbst hat, aber auch keine Zeit für sich selbst zu haben, sich ganz konkret auf die Toilette zu begeben, symbolisch andererseits auch wieder "auf den Gefühlen sitzenbleiben". Es folgt ein Abführmittelnehmen, dieses wiederum bewirkt, daß der Darm zu stark entleert wird. Es würde dann 2 - 3 Tage dauern, bis er wieder normal ausgefüllt ist, so lange kann die Frau aber nicht warten, darum werden wieder neue Abführmittel genommen. Dies kann man durchaus auch symbolisch sehen.

Weitere Gründe für den Abführmittelgebrauch können auch aber das vorher erwähnte Äußern von Wut, "Scheiß drauf", sein.

Ein dritter oder vierter Grund dürfte ebenfalls sein, schlank sein zu wollen, Schlanksein ist In-sein, außerdem ist eine häufige Stuhlentleerung auch eine Ersatzbefriedigung. Die Frau reguliert **wenigstens ihre** Körperfunktionen selbst. So kommt es häufig zu einem gestörten Kreislauf zwischen Verstopfung und Einnahme von Abführmitteln. Dieser gestörte Kreislauf ist sowohl körperlich als auch psychisch zu verstehen.

Verspannungszustände

Die Rückenmuskulatur ist das eigentlich **tragende** Organ, nicht die Wirbelsäule.

Die Frau muß aber "auf ihrem Rücken" nicht nur die Kinder tragen, sondern auch den Einkauf nach Hause bringen. Die körperlichen Belastungen des Tragens und Arbeitens bedeuten zumeist einen gesunden Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung und führen **nicht** zu Schmerzzuständen.

Dagegen führt das Tragen von Verantwortung, z.B. für die Gesundheit und Erziehung der Kinder - mit der die Frau oft alleine steht -, für das Fortkommen des Ehemannes als Karrierebegleiterin, für finanzielle Probleme sowie das dauernde Alleinsein, zu einer Dauerverspannung. Diese andauernde Verspannung der Rückenmuskulatur führt zu einer Fehlbelastung von Wirbelsäulengelenken und Bandscheiben. So kommt es zu einem vorzeitigen Verschleiß und so ist auch der vorzeitige, immer häufiger werdende und früher einsetzende, Verschleiß der Wirbelsäule bei so vielen Menschen zu verstehen, bei weitgehendem Wegfall der schweren körperlichen Arbeit. Ist der Verschleiß einmal da, macht natürlich auch dieser wiederum Schmerzen, es kommt ebenfalls zu einem gestörten Kreislauf. Neben Rückenschmerzen kommt es hierbei zu einer Vielzahl von Symptomen, wobei wir oft nicht daran denken, daß es sich ursprünglich um Verspannungszustände der Rückenmuskulatur handelt:

Ischalgien - diese signalisieren gleichzeitig, "es geht nicht mehr",

Bauchschmerzen - "ich möchte Zuwendung, ich muß mich aber anpassen" (unterstützt werden Bauchschmerzen sicher noch durch unzweckmäßige enge Kleidung, Korsagen und schlechtes Schuhwerk),

Herzschmerzen - Angst vor dem Verlassenwerden, vor dem Versagen, vor dem Altwerden,

Schmerzen in den Armen und Schultern - signalisieren "nicht mehr tragen können, nicht mehr zupacken können",

Schmerzen im Nacken und Kopf - "nicht mehr denken können und wollen".

Alle diese Schmerzzustände kommen sehr oft von der Rückenmuskulatur; in welcher Höhe sich diese verspannt, ist sicher weitaus öfter psychisch bedingt als durch die Arbeitsbelastung, z.B. Schreibmaschinenschreiben. Gleichzeitig ist aber die Verspannung der Rückenmuskulatur auch als Anpassungssyndrom zu sehen, man denke nur an die Stöckelschuhe und was sie an Verspannungen in Bauch- und Rückenmuskulatur auslösen.

Weitere Anpassungssyndrome

Krampfadern - auch diese werden durch Schuhwerk, zu enge Hosen, Korsagen bedingt, die den venösen Abfluß verhindern; zusätzlich natürlich hormonal durch die Pille,

Hämorrhoiden - durch Pressen, Zähne zusammenbeißen, zu vieles Sitzen, ebenso sind **Bauchschmerzen** Anpassungssyndrome, bedingt durch unzweckmäßige Kleidung, verkrampftes Aufrechtstehen, "Bauch herein - Brust heraus" oder auch durch das Verstecken der Menstruation.

Frauen dürfen sich eigentlich nie gehenlassen, sofort bekommen sie den Vorwurf der geringen Leistungsfähigkeit. Symptome, die durch zuviel Anpassung entstehen, sind vorwiegend sicher auch Symptome der berufstätigen Frau.

Therapie und Prophylaxe

Physikalische Therapie lindert Schmerzen und vermittelt gleichzeitig körperliche Zuwendung, das ist das große Plus der physikalischen Therapie, wie Bäder, Fangopackungen, Massagen, Unterwasserdruckstrahl-Massagen. Es ist ein Jammer, daß die Krankenkassen gerade hier zu sparen beginnen, wogegen Medikamente weiterverordnet werden, in Fällen, in denen Frauen eigentlich Zuwendung bräuchten und physikalische Maßnahmen doppelt wirken könnten.

Prophylaxe müßte primär **Psychohygiene** sein: Gesprächsgruppen für Frauen, in denen sie angenommen werden und auch lernen, sich fallen zu lassen, für sich Verständnis und Zärtlichkeit zu beanspruchen, sich selbst etwas Gutes zu gönnen.

Außerdem **direkt für den Körper**: Sport, Kosmetik, häufige Bäder - auch zu Hause - Sauna, Massagen usw.

T H E S E N P A P I E R

- Expertentagung der BZgA:** Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
o4. - o5. Mai 1987 in Travemünde
- Arbeitsgruppe III:** Das sogenannte Frauensyndrom (Vegetative
Dystonie Kopfschmerzen, Hypotonie, Wetter-
fühlbarkeit, chronische Obstipation und an-
dere Befindlichkeitsstörungen)
- Thema:** Bewältigung von Alltagsbelastungen und Be-
findlichkeitsstörungen durch psychotrope
Medikamente
- Autorin:** Sybille Ellinger

Bewältigung von Alltagsbelastungen und Befindlichkeitsstörungen durch psychotrope Medikamente (1)

Eine geschlechtsspezifische Umgehensweise mit den Symptomen, die zu einem "Frauensyndrom" zusammengefaßt worden sind, ist der Gebrauch von psychotropen Medikamenten, also von Schmerz-, Beruhigungs-, Schlafmitteln. Das Verhältnis der Anteile von Gebrauchern bei Frauen und Männern ist etwa 2:1; ebenso bekommen etwa zwei Drittel der ärztlichen Verordnungen für diese Mittel Frauen. (2)

Für diesen Sachverhalt gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen, die sich a) auf die Lebenssituation und spezifische Belastungen von Frauen, b) auf ihr Krankheitsverhalten und c) auf geschlechtsspezifische Konzepte der medizinische Diagnostik und Behandlung beziehen. Die folgenden Thesen gehen ausschließlich auf den ersten Erklärungsansatz, die Lebens- und Arbeitssituation von Frauen, ein und stellen den Bewältigungscharakter des Gebrauchs von psychotropen Arzneimitteln in den Vordergrund.

-
- 1) Die Ausführungen basieren im wesentlichen auf Forschungsergebnissen, die im Rahmen des von der BZgA 1984-1986 geförderten Projekts "Frauenspezifische Belastungen und Gesundheitsverhalten" gewonnen wurden. Zugrunde liegen Auswertungen von Befragungsdaten von mehreren Populationen erwerbstätiger und Hausfrauen sowie von unstrukturierten Interviews mit Krankenschwestern und Verwaltungsangestellten.
 - 2) Aus Platzgründen verzichte ich im gesamten Text auf Quellenangaben

I. Ursachen von Befindlichkeitsstörungen und Medikamentenmißbrauch

Die geschlechtsspezifische gesellschaftliche Arbeitsteilung macht Frauen zuständig für die Erziehungs- und Hausarbeit. Daraus resultiert ein spezifisches "weibliches Arbeitsvermögen", das sich auf die sozialisierten emotionalen Fähigkeiten und Orientierungen von Frauen bezieht. Es wird sowohl im Bereich der privaten Familienarbeit als auch in der Erwerbstätigkeit (vor allem in den personenzentrierten Tätigkeiten) genutzt. Zugleich führt die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung zur Diskriminierung von Frauen im Bereich der Erwerbstätigkeit durch schlechte und belastende Arbeitsbedingungen (Monotonie, Hetze, Zwangshaltung etc.) und ungesicherte Beschäftigungsverhältnisse (Teilzeit, Befristungen).

Kennzeichen der Lebens- und Arbeitssituation von Frauen - und insofern alltäglich - sind daher kumulative Belastungen mit teilweise widersprüchlichen Anforderungen in Erwerbstätigkeit und Familienarbeit. Aus ihr resultiert erstens vielfach eine dauerhafte Überlastung mit zunehmenden Verschleißerscheinungen wie Beschwerden am Stütz- und Bewegungsapparat und psychische und physische Erschöpfungszustände (burn-out-Syndrom). Zweitens sind psychosomatische und psychische Symptome (depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Ängste etc.) Ausdruck von mit widersprüchlichen Anforderungen verbundenen Konflikten.

Restriktive Arbeitsbedingungen

Als zentral und gruppenübergreifend bedeutsam für den Medikamentengebrauch erwerbstätiger Frauen haben sich die Handlungsspielräume erwiesen. Die Möglichkeit auf Arbeitsablauf und -ausführung Einfluß zu nehmen, Entscheidungen zu treffen sowie auch auf allgemeiner Ebene die eigene betriebliche Position (bspw. durch Weiterbildungs- und Aufstiegschancen) zu verändern schützt zum einen vor Beeinträchtigungen des Befindens und der Gesundheit, indem Belastungen gepuffert werden bzw. eine andere Bedeutung bekommen. Zum anderen ermöglichen derartige Spielräume aber auch einen anderen Umgang mit auftretenden Beschwerden: bestehen nämlich umgekehrt keine Spielräume, sondern existiert zeitlicher- und Leistungsdruck, liegt die zeitneutrale und unauffällige Einnahme von Tabletten nahe.

Gefühlsarbeit

Soziale und emotionale Anforderungen stehen insbesondere bei den personenzentrierten Tätigkeiten, die als frauentypisch gelten können, und in der Familienarbeit im Vordergrund. Das Wohlergehen anderer Personen (Patienten, Klienten, Kinder, Ehepartner) ist Arbeitsinhalt und -ziel, Einfühlung in ihre Bedürfnisse Voraussetzung.

Tätigkeiten dieser Art stellen hohe Anforderungen an die Ich-Leistungen der Arbeitenden, insbesondere an die Nähe-Distanz-Regulation: einerseits sind Empathie, bis zu einem gewissen Grad Identifikation mit dem Betreuungsbedürftigen, notwendig; andererseits ist Distanzierung und Abgrenzung zur Erfüllung der Arbeitsaufgabe wie zum Selbstschutz erforderlich. Ist diese Abgrenzung aufgrund äußerer und/oder innerer Bedingungen erschwert oder unmöglich, ist der Gebrauch von psychotropen Mitteln eine Möglichkeit die nötige Distanz herzustellen. Wie institutionelle Bedingungen und lebensgeschichtlich erworbene Bereitschaften ineinandergreifen und mit Hilfe von Medikamenten bewältigt werden, soll exemplarisch (und stichwortartig) für den Krankenpflegebereich dargestellt werden.

Beispiel Pfl egetätigkeit

Nacht- und Schichtarbeit stört den Tag-Nacht-Rhythmus und führt zu Schlaf- und Befindlichkeitsstörungen, die mit Schlaf- und stimulierenden Mitteln kompensiert werden. Die zeitlichen Restriktionen schränken private Aktivitäten ein. Die Folge ist eine zunehmende Orientierung auf den Beruf, der zum Lebensinhalt vor allem dann wird, wenn das **Motiv anderen zu helfen** stark ausgeprägt ist. Ist das "Dasein für andere" ein wesentliches Mittel, Selbstwert und Zufriedenheit zu erlangen, ist die Bereitschaft Belastungsgrenzen auszuweiten erhöht. Die Gefahr, dem Sog institutioneller Anforderungen zu erliegen, ist bei der Pfl egetätigkeit aufgrund der Bedürftigkeit der Patienten und des ständigen **Personalmangels** in Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. besonders groß. Das Gefühl, gebraucht zu werden, vermittelt ein hohes Maß an Gratifikation und Befriedigung. Die Kehrseite sind jedoch körperliche und psychische Verausgabung, die auf Dauer zum Zusammenbruch führt. Die geringen Möglichkeiten zur Distanzierung haben permanente Anspannung zur Folge. Psychopharmaka werden dann mit dem Ziel verwendet, abzuschalten und Ruhe zu finden.

II. Funktion psychotroper Medikamente

Psychotrope Medikamente haben die Funktion, die aufgrund der gestörten Befindlichkeit gefährdete oder beeinträchtigte **Leistungsfähigkeit wieder herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten**. Mit ihrer Hilfe können - in den meisten Fällen allerdings für eine begrenzte Zeitspanne und nicht ohne Preis - die Anforderungen durch eine Manipulation des Befindens und der Gefühle ohne eine Veränderung der Situation erfüllt werden. Neben der Unterdrückung von Schmerzen aller Art durch Analgetika dienen insbesondere Beruhigungs- und Schlafmittel der **Distanzierung und Abgrenzung**. Sie sollen es ermöglichen abzuschalten, zu entspannen, Ruhe zu finden.

Psychopharmaka werden außerdem verwendet, um Gefühle wie bspw. Wut und Trauer in Situationen zu steuern, in denen die Äußerung dieser Gefühle dysfunktional wäre, z.B. als Ausdruck "weiblicher Schwäche", die die eigene Position und Durchsetzungsmöglichkeiten schwächen würde.

Wie Pharma-Hersteller bei der Werbung für ihre Produkte die Funktion, Leistungsfähigkeit wieder herzustellen, betonen, zeigen einige Beispiele pharmazeutischer Anzeigenwerbung.

III. Psychotrope Medikamente verhelfen nicht zur wirklichen Bewältigung und Verarbeitung, sondern verschärfen im Gegenteil die Belastungen, Konflikte und Gesundheitsbeeinträchtigungen

Durch die Unterdrückung von Symptomen trägt der Gebrauch von Psychopharmaka und Analgetika zu einer Chronifizierung der Belastungen und Konflikte bei. Andere Umgehens- und Bewältigungsmöglichkeiten werden in den Hintergrund gedrängt bzw. nicht entwickelt, so daß eine zunehmende Angewiesenheit auf Arzneimittel entsteht. Es entwickelt sich ein Kreislauf, aus dem herauszukommen immer schwieriger wird. Um nur einige Faktoren dieser Dynamik zu nennen:

- Der Gebrauch von Schmerz- und Rheumamitteln zur Linderung von Beschwerden im Stütz- und Bewegungsapparat führt zu manifesten rheumatischen Erkrankungen in höherem Alter.
- Die "Neben"wirkungen psychotroper Mittel sind z.T. genau jene Beschwerden, gegen die sie genommen werden (Schlafstörungen, Depressionen als Entzugssymptome).
- Unerwünschte Wirkungen wie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen durch Tranquilizer, die u.a. die Lernfähigkeit reduzieren und die Teilnahme an Gesprächen erschweren, verhindern oder zerstören andere Bewältigungsmöglichkeiten.

Mit langfristigem Gebrauch und abnehmender Leistungsfähigkeit in höherem Alter versagen die Mittel nicht selten in ihrer Funktion. Es kommt dann in der Regel zu einer krisenhaften Zuspitzung und einem psychischen und physischen Zusammenbruch. Zu diesem Zeitpunkt sind jedoch die Veränderungs- und Verarbeitungschancen viel geringer als in jüngerem Alter.

IV. Konsumentenbezogene Prävention

Für die regelmäßigen Konsumentinnen sind psychotrope Mittel zur Bewältigung von Befindlichkeitsstörungen und zugrunde liegenden Belastungen mehr oder minder unverzichtbar. Solange sie diese Bewältigungsfunktion erfüllen, wird ihr Gebrauch bzw. die Angewiesenheit auf ihn tendenziell dem Bewußtsein ferngehalten - vor allem dann, wenn die Chancen zur Veränderung der Lebenssituation als gering beurteilt werden.

Medikamentenkonsumentinnen "funktionieren", bleiben unauffällig und melden Bedarf an Hilfen gerade nicht an. In den verschiedenen Bereichen professionellen Handelns (Beratung/Therapie, Bildung, politische Administration) besteht daher ein Mangel an themenbezogenen Angeboten und Konzepten. Gleichzeitig zeigen jedoch Untersuchungen Interesse und Fortbildungswünsche bei Multiplikatoren. Sinnvoll erscheint daher ein konsumentinnenbezogener Präventionsansatz, der die Medikamentenproblematik in bestehende frauenspezifische Angebote integriert. Die in den letzten Jahren verstärkt geführte Diskussion um die Risiken des Gebrauchs von Psychopharmaka und Analgetika haben zwar sicherlich das Problembewußtsein erhöht, es besteht jedoch die Gefahr, daß eine verstärkte Tabuisierung die Folge ist, wenn die strukturellen Bedingungen und Handlungsspielräume unverändert bleiben.



»..das halte ich nicht aus«

Die Symptome:

Zum Beispiel nachlassende Konzentrations- und Merkfähigkeit, Einschlafstörungen, nervöse Herz-Kreislauf-Beschwerden, Verspanntheit bis hin zum Cervikalsyndrom.

Die Situation:

Wichtig für sie war die „persönliche Sphäre“, das eigene Zimmer, der direkte Zugang zum Chef. Das neue Großraumbüro bedroht sie mit Nivellierung und mit einer Vielzahl von Belastungen kleiner und größerer Art. Sie muß hinzulernen, umdenken, sich anpassen. Wird sie das leisten können?

Das Problem:

„Abschirmung“ und Dämpfung allein können nur subjektive Erleichterung bringen. Was die Patientin objektiv braucht, ist neben der Relaxation eine echte Steigerung der Leistungsbereitschaft und -fähigkeit – psychisch und physisch.

Die Antwort:

durant® damit Ihr Patient Schritt halten kann

Zusammensetzung 1 Kapsel enthält
 D.L. Kaliumum 50 mg
 Magnesium orotat um 200 mg
 Ferrum orotatum 100 mg
 Ascorbin 2 mg
Indikationen:
 Neurovegetative Regulationsstörungen,
 affektiv-vegetatives Reizsyndrom.

affektiv-vegetatives Erschöpfungssyndrom
 Hirnorganische, Psychosyndrome,
 nachlassende Konzentration- und
 Gestaltbildungstörung
 Antriebs- und Dynamikverluste
 Schlafstörungen Altersschwäche
 Integriert: Postapoplektisches Syndrom

Essenstoffschnittstelle: Energiebedarf
 Erhöhter Energiebedarf
 durch erhöhten Stoffumsatz
 durch erhöhten Stoffumsatz

Es enthält
 2 Kapseln des Tages
 mit etwas Wasser
 nach dem Frühstück
 oder nach dem Abendessen
 (ca. 100 ml Flüssigkeit)
 oder länger
 nach dem Essen
 30 Kapseln (100 mg) M.W.S.T.



M. W. O. E. M. Eschwege

durant® zur psycho-physischen Stabilisierung

durant steigert

die psychische Leistung, die Konzentrations- und Merkfähigkeit, die Stress-toleranz, und regt Denken und Handlungsbereitschaft an;

verbessert

die Hirndurchblutung und die Ökonomie der Herzarbeit, mildert das hirnorganische Abbausyndrom, senkt den Blutcholesterin- und Lipoidspiegel;

fördert

den Stoffwechsel, die Leberleistung und die Elektrolytversorgung (Mg und Fe);

wirkt

zentral muskelrelaxierend und entspannend ohne psychomotorische Verlangsamung, affektiv stabilisierend, erhöht das Wohlbefinden

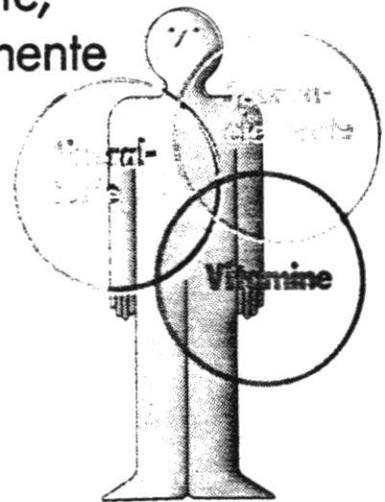
Beruf, Haushalt und 2 Kinder. Na und?



Bei starker Beanspruchung:

Eunova[®]

4 Mineralstoffe,
4 Spurenelemente
und viele
Vitamine.



Eunova[®] bei Vitamin- und Spurenelement-Mangelzuständen.
Vorsicht bei erhöhtem Kalziumgehalt des Blutes sowie bei vermehrter
Ausscheidung von Kalzium im Urin.

1 Dragée Eunova[®] täglich. Beecham-Wülfig, Neuss.

Fragen Sie Ihren Apotheker.

Gelassen und selbstbewußt



INSIDON Geigy

anxiolytisch und thymoleptisch

Zusammensetzung

3-(3-[5H-Dibenz[*b*,*f*]azepin-5-yl]-propyl)-1-piperazin-athanol-d-methosphorid
Dragees mit 50 mg

Indikationen

- Störungen des psychischen Befindens
- Angst, Spannung, Unruhe
- Schlafstörungen
- depressive Verstimmung
- Konzentrationschwäche
- nervöse Erschöpfung
- reaktive und neurotische Depressionen
- chronischer Alkoholismus

Vegetativ-funktionelle Syndrome

- Organneurosen
- kardiovaskuläre und respiratorische Dysregulationen
- gastrointestinale Dyskinesien
- urogenitale Reizzustände
- psychogene Kopfschmerzen
- Klimakterische Beschwerden

- Psychoreaktive und vegetative Störungen bei
 - Angina pectoris nach Myokardinfarkt
 - Hypertonie
 - Ulcus ventriculi et duodeni
 - Asthma bronchiale
 - chronischen Hauterkrankungen
 - Malignomen

Kontraindikationen

Keine bekannt

Dosierung

Erwachsene
Regeldosis: 3mal 1 Dragee täglich
Je nach individueller Reaktion kann eine Erhöhung der Dosis auf 3mal 2 Dragees täglich oder in Einzelfällen auch eine Verminderung auf 1-2 Dragees täglich vorzugsweise abends eingenommen angebracht sein

Kinder

Ab 6 Jahren 1-2 Dragees täglich

Frauen erleben zu einer gehäuftem und teilhaften Verarbeitung von Problemen. Das drückt sich in einer typischen Skala psychosomatischer Störungen aus. Chronische Überforderungs- und Konfliktsituationen in Familie und Beruf spiegeln sich direkter als beim Mann im somatischen Bereich das prämenstruelle Syndrom, Pelveopathien, Reizblase und die somatischen Beschwerden des Klimakteriums sind charakteristische Ausdrucksformen hinter denen sich nicht selten ein Depressionszustand verbirgt.

Insidon hilft Ihrem Patienten wieder zu innerem Gleichgewicht ohne ihn gleichgültig oder euphorisch zu machen. Der anxiolytisch entspannende Effekt zusammen mit der thymoleptischen Hauptwirkung tragen zur Wiedergewinnung der Spannkraft bei die zur Bewältigung der unumgänglichen Pflichten des Alltags nötig ist. Das gleichzeitige Abklingen der organischen Beschwerden verdeutlicht deren psychosomatische Genese.

Handelsform

Dragees 50 mg mit 50 Dragees
DIN 2235 - AT
Klinische Prüfungen

Wenn Sie wichtige Informationen entnehmen Sie bitte dem Packungsprospekt oder dem Ihnen vorliegenden wissenschaftlichen Prospekt den wir Ihnen auf Wunsch gerne nach e-mail zusenden.

Dr. Karl Thomae GmbH
7963 Biberaach an der Elz
Herstellung und Vertrieb
pharmazeutischer Spezialitäten Geigy
der CIBA-GEIGY AG, Basel

**Auch wirksame Schmerzbekämpfung
kann gut verträglich sein:**

Dolo-Neurobion[®] N

Dragees



Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: Thiaminnitrat (Vit. B₁) 50 mg, Pyridoxinhydrochlorid (Vit. B₆) 50 mg, Cyanocobalamin (Vit. B₁₂) 100 µg, Paracetamol 250 mg, Ethenzamid 100 mg
Anwendungsgebiete: Neuritiden, Neuralgien, degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, Zervikalsyndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalgie, Ischias, Bandscheibendegenerationen
Gegenanzeigen: Allergie gegen einen der enthaltenen Wirkstoffe, schwere Nierenfunktionsstörungen, schwere Leberschäden sowie Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel. Während der Schwangerschaft, besonders im ersten und letzten Drittel, sollten Dolo-Neurobion N Dragees nicht eingenommen werden.
Nebenwirkungen: In seltenen Fällen können Überempfindlichkeits-Reaktionen (z. B. Hauterscheinungen, Asthmaanfälle) und Magenbeschwerden auftreten. Überdosierung kann zu schweren

Leberschäden führen. **Hinweis:** Vorsicht bei Überempfindlichkeit gegen andere oder Rheumamittel, die sich z. B. in Asthmaanfällen äußern kann.
Wechselwirkungen: Dolo-Neurobion N Dragees können die Wirkung von Lithium abschwächen und die Wirkung von Antikoagulantien geringfügig verstärken. Bei zeitiger Einnahme von Arzneimitteln, die den Paracetamolabbau in der Leber stören (u. a. Schlafmittel vom Barbituratyp, Antiepileptika, Rifampicin), können auch die unschädlichen Dosen von Paracetamol Leberschäden ausgelöst werden. Gleichzeitiger Alkoholkonsum kann Leberschäden auslösen.
Dosierung: Im allgemeinen 3 x tgl. 1-2 Dragees.
Darreichungsformen und Packungsgrößen: 20 Dragees Dolo-Neurobion N 11,90 DM, 50 Dragees Dolo-Neurobion N 24,55 DM, 100 Dragees Dolo-Neurobion N 41,55 DM. Apotheken-Abgabepreise Stand Juni 1982.

CASCAN GmbH & Co. KG · Postfach 1907 · 6200 Wiesbaden





Muskelrheumatismus?

Heute kann sie wieder putzen

Ihr Arzt half ihr mit

Muskel Trancopal[®] compositum

Muskelrelaxans
und Analgetikum

Die besonders schnell spürbare Erleichterung für den Patienten ergibt sich aus der zweifachen Unterbrechung der Wechselwirkung zwischen Muskelspannung und Schmerzen durch die analgetische und die muskelentspannenden Komponenten in Muskel Trancopal compositum.

Indikationen

Alle schmerzhafte Verspannungen der Skelettmuskulatur vor allem bei Muskelrheumatismus, Myalgie, BWS-Syndrom, Lumbago und ähnlichen Krankheitsbildern.



schnelle Hilfe bei schmerzhaften Muskelverspannungen

T H E S E N P A P I E R

- Expertentagung der BZgA:** Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
04. - 05. Mai 1987 in Travemünde
- Arbeitsgruppe III:** Das sogenannte Frauensyndrom (Vegetative
Dystonie Kopfschmerzen, Hypotonie, Wetter-
fühligkeit, chronische Obstipation und an-
dere Befindlichkeitsstörungen)
- Thema:** Die Beziehungen zwischen Arzt und Patientin-
nen und ihre Bedeutung für die Diagnose
und Behandlung von Befindlichkeitsstörungen
- Autorin:** Dr. Irmgard Vogt

1. Aus einer Reihe von Gründen sind Frauen die Klientel von Ärzten.
Neben anderem sind es folgende Gründe:
 - a) die biologische Ausstattung von Frauen für Schwangerschaft und
Geburt mit den damit verbundenen Gesundheitsrisiken;
 - b) ihre Rolle als Gesundheitsbetreuerin von Kindern bzw. aller Fa-
milienangehöriger;
 - c) die Überzahl alter Frauen im Vergleich zu altersgleichen Män-
nern.

Die gesamte Branche der Frauenheilkunde hat es also **nur** mit Frauen zu tun (während es ja keine Männerheilkunde (sic!) gibt). Auch in der Kinderheilkunde spielen Frauen eine besondere Rolle, insofern ihnen ganz selbstverständlich die häusliche Pflege und Dauerbetreuung von Kindern übertragen wird. Ebenso machen Frauen in der Geriatrie die Mehrzahl der Patientinnen aus.

Neben diesen als objektive biologische und soziale Faktoren imponierenden Gründen gibt es noch einige weitere, warum Ärzte weiblichen Patienten häufiger begegnen als männlichen. Dazu gehört die Tatsache, daß Frauen die medizinischen und therapeutischen Dienstleistungsangebote häufiger in Anspruch nehmen als Männer (Mechanic 1986). Wie auch immer man dieses Faktum erklärt (Franke 1985, Vogt 1983, 1986), sicher ist jedenfalls, daß Frauen und Männer auf Befindlichkeitsstörungen verschieden reagieren und das sowohl auf der sprachlichen Ebene wie auf der Handlungsebene.

Frauen reden anders als Männer über Befindlichkeitsstörungen, vielleicht auch mehr. Sie machen weniger Unterschiede als diese zwischen somatischen Symptomen und deren psychischen Auswirkungen; ihre Sprachspiele unterscheiden sich nachhaltig von denen der Männer (Philipps et al. 1969). Und Frauen besprechen sich mit anderen Frauen, wenn sie unter Befindlichkeitsstörungen leiden. Sie aktivieren also ihre sozialen Netzwerke und Unterstützungssysteme sowohl im Vorgriff auf einen Arztbesuch als auch in dessen Folge. Neben dem Arzt konsultieren sie eine Vielzahl von Laiendiagnostikern, die ihnen mit Ratschlägen, aber eben auch mit diversen Hilfeleistungen zur Seite stehen (Geertsen et al. 1970).

2. Obwohl Ärzte in der Praxis alles in allem genommen häufiger mit weiblichen Patienten umgehen, differenziert die medizinsoziologische Literatur zum Thema Arzt-Patienten-Beziehung nicht nach dem Geschlecht (der Ärzte oder der Patienten). Unterstellt wird vielmehr, daß das Geschlecht in diesen Interaktionen keine bzw. eine vernachlässigbar geringe Rolle spielt. Diese Unterstellung ist falsch.
3. Trägt man die hier und dort zu findenden empirischen Daten und Anmerkungen über die Beziehungen von Ärzten, von denen ganz selbstverständlich angenommen wird, daß sie in der Regel Männer sind, und ihren Patientinnen zusammen, dann ist festzuhalten, daß
 - a) Ärzte feste Erwartungen an das Verhalten ihrer Patienten haben (Balint 1957), die aller Wahrscheinlichkeit nach mit deren Geschlecht variieren. Ärzte erwarten u.a., daß Frauen beredter über ihre Befindlichkeitsstörungen klagen als Männer, worauf sie
 - b) geschlechtsspezifisch reagieren: Sie tendieren dazu, die Befindlichkeitsstörungen von Männern als somatische Krankheitszeichen zu interpretieren (Cooperstock 1976, 1978, Zola 1983) und diejenigen von Frauen als psychogene. Im Endergebnis führt dies zu erheblichen Unterschieden in der Diagnostik und der Therapie, worauf Gerd Gleaske in seinem Diskussionspapier ausführlich eingehen wird.
 - c) Die Erwartungs- und Verhaltensunterschiede von Ärzten gegenüber Patientinnen und Patienten lassen sich einmal darauf zurückführen, daß abgesehen von dem unausweichlichen Statusunterschied, der für jede Interaktion zwischen einem Experten und einem Laien typisch ist, dieser zusätzlich vertieft wird durch den gesellschaftlich festgeschriebenen Statusunterschied zwischen Männern ganz allgemein und Frauen (Feministinnen verweisen in diesem Zusammenhang auf die "patriarchalischen Gesellschaftsstrukturen"). Das über das Geschlecht determinierte Statusgefälle zwischen dem (männlichen) Arzt und den ratsuchenden Frauen geht voll in die Interaktion dieser Personen miteinander ein und bestimmt in erheblichem Ausmaß die Umgangsformen zwischen ihnen als auch die Struktur der Kommunikation.

Dazu kommt noch, daß diese Interaktion auf der Seite der Ratsuchenden extrem angstbeladen ist (Zola 1983). Nicht umsonst apostrophiert die Umgangssprache Ärzte als "Götter in Weiß". Wir wissen nicht, welche Auswirkungen diese Angst auf das Verhalten von Patientinnen hat. Es gibt aber gute Gründe anzunehmen, daß Frauen ihre Ängste vor den "Göttern in Weiß" in anderer Weise in Verhalten umsetzen als Männer.

- d) Wie man aus Untersuchungen insbesondere über die Erfolge von Präventionsmaßnahmen weiß, haben Frauen ein größeres Interesse an Gesundheitsproblemen als Männer, weshalb sie auch auf Gesundheitsappelle nachhaltiger reagieren als diese (Mechanic 1983). Verallgemeinert man diese Ergebnisse über den engen Rahmen, in dem sie gewöhnlich interpretiert werden, hinaus auf ihre Bedeutung für die Beziehung zwischen Ärzten und Patientinnen, dann deuten sich hier Interessenkonflikte zwischen den Interaktionspartnern an, ja, wahrscheinlich alte Rivalitäten zwischen der von Männern dominierten Profession der Heilkundigen (Freidson 1970 a und b) und den meist weiblichen Laienheilern. Historisch sind diese Rivalitäten gut belegt (Fischer-Homberger 1984). Sie mögen aber bis heute weiterwirken und in sehr komplexer Weise die Beziehungen zwischen Ärzten und Patientinnen beeinflussen.

Gefragt sind also geschlechtsspezifische Untersuchungen der Arzt-Patienten-Beziehungen (unter Berücksichtigung des Geschlechts beider Parteien), um die verschiedenen Einflußgrößen, die hier aufgelistet sind, auch und gerade unter Berücksichtigung von Populationssubgruppen genauer bestimmen zu können. Denn es gibt genau genommen weder **den Arzt** noch **die Patientin**. Es bedarf jeweils näherer Spezifikationen sowohl der Ärzte als auch der Patientinnen, um zu befriedigenden Antworten zu kommen über den Einfluß, der die Beziehung dieser beiden Parteien zueinander zukommt für die Diagnose und Behandlung von Befindlichkeitsstörungen.

4. Abschließend soll aber noch einmal auf die Bedeutung der sozialen Netzwerke und Unterstützungssysteme hingewiesen werden, über die Frauen im Krankheitsfall verfügen. Es spricht alles dafür, daß diese häufig besser ausgebaut sind und auch besser funktionieren als diejenigen von Männern, wobei auch hier wiederum mit sozio-ökonomischen und psycho-sozialen Unterschieden zu rechnen ist. Im Zusammenhang mit Präventionsbemühungen sind aber gerade diese Netzwerke zu intensivieren und zu aktivieren, da sie jenseits und neben professionellen Dienstleistungsangeboten funktionieren und in mancher Hinsicht dauerhaftere Erfolge garantieren als ärztlich implementierte Aufforderungen zu Verhaltensänderungen.

L I T E R A T U R

- Balint, M.:** The doctor, his patient, and the illness. Kent 1957
- Cooperstock, R.:** Women and psychotropic drugs, in: **A. MacLennan, ed.:** Women, their use of alcohol and other legal drugs. ARF, Toronto, 1976
- Cooperstock, R.:** Sex differences in psychotropic drug use, in: Social Science and Medicine 1978, 179-186
- Fischer-Homberger, E.:** Krankheit Frau. Darmstadt 1984
- Freidson, E.:** Professional dominance. New York 1970 (a)
- Freidson, E.:** The profession of medicine. New York 1970 (b)
- Geertsen, H.R. & Gray, R.M.:** Familistic orientation and inclination toward adopting the sick role, in: Journal of Marriage and Family 1970, 32, 638-646
- Mechanic, D., ed.:** Handbook of health, health care, and the health profession. New York 1983
- Mechanic, D.:** From advocacy to allocation. New York 1986
- Phillips, d.: & Segal, B.E.:** Sexual status and psychiatric symptoms, in: American Sociological Review 1969, 34, 548-572
- Vogt, I.:** Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom, in: Leviathan 1983, 11, 161-199
- Vogt, I.:** Medizinsoziologie und weibliche Leidensweisen, in: **K. Hausen & H. Novotny, Hrgs.:** Wie männlich ist die Wissenschaft? Frankfurt 1986
- Zola, I.:** Socio-medical inquiries. Philadelphia 1983

Arbeitsgruppe IV:

Erwerbstätigkeit von Frauen und ihre gesundheitliche Folgen

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA:	Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits- erzieherische Ansätze zur Förderung der Gesundheit der Frau o4. - o5. Mai 1987 in Travemünde
Arbeitsgruppe IV:	Erwerbstätigkeit von Frauen und ihre ge- sundheitlichen Folgen
Thema:	Erwerbstätigkeit von Frauen und gesundheits- liche Folgen
Autor:	Dr. Dr. Sabine Bartholomeyczik

1. Erwerbstätigkeit von Frauen

- Weil die Frauenerwerbsquote (15 - 65 Jahre) mit 52 % deutlich niedriger als die der Männer (81 %) ist, suggeriert dies eine Teilung der Frauen in erwerbstätige und nicht erwerbstätige. Die Erwerbsquote ist aber nur ein Indikator für die Diskontinuität im Erwerbsleben von Frauen, da fast alle Frauen in ihrem Leben mindestens einmal erwerbstätig sind.
- Die Erwerbsquote von Müttern hat stark zugenommen: Von 1961 mit 37 % bis 1980 mit 47 %. Immer mehr Frauen mit Familienpflichten sind erwerbstätig, auch wenn die Erwerbsquote alleinlebender Frauen nach wie vor deutlich höher ist (54 %).
- Ein großer Teil von Frauen, die als nicht erwerbstätig gelten, arbeiten in nicht versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen, arbeiten "schwarz" oder inoffiziell als mithelfende Familienangehörige in kleinen Familienbetrieben.
- Frauenerwerbstätigkeit konzentriert sich auf ein begrenztes Spektrum von Berufen. Etwa die Hälfte arbeitet als Angestellte, ein weiteres Drittel als Arbeiterin. Wegen angeblich typisch weiblicher Fähigkeiten werden sie in der Industrie bevorzugt auf Arbeitsplätzen mit ausgesprochen repetitiv-monotonen Anforderungen eingesetzt. Auch im Bürobereich setzen sich stark arbeitsteilige Tätigkeiten an Frauenarbeitsplätzen durch (z.B. zentrale Textverarbeitung). Im Bereich sozialer Dienstleistungen (fast 1/4 aller weiblichen Erwerbstätigen) stehen starke körperliche und psychische Anforderungen im Vordergrund unter dem Aspekt der typisch weiblichen Fähigkeit des Hegens und Pflegens.

- Als Motivation für die Erwerbstätigkeit steht im Vordergrund das eigene Einkommen. Nahezu ebenso wichtig aber ist der Kontakt zu anderen Menschen und für viele eine Art Selbstbestätigung. Dies gilt auch für un- und angelernte Frauen in Industrieberufen.
- Auch unter günstigeren finanziellen Bedingungen besteht nur für wenige Frauen das Interesse, ihre Berufstätigkeit aufzugeben. Dies läßt sich nicht unbedingt mit der familiären Situation erklären.
- Mit der Familienarbeit sind auch voll-erwerbstätige Frauen im wesentlichen alleingelassen, obwohl sich hier ein Wandel ankündigt, indem sich die Partner in Mittelschichtberufen eher beteiligen als die der Industriearbeiterinnen. Familienfrauen aus Industrieberufen ziehen eher Selbstbewußtsein aus der Selbstausbeutung (Unmögliches alleine schaffen zu können).

2. Gesundheitliche Lage

- Aus Rentenversicherungsdaten wird immer wieder geschlossen, erwerbstätige Frauen hätten eine kürzere Lebenserwartung als nicht erwerbstätige. Dies ist aber aus den Daten nicht ableitbar.
- 1984 waren die Hälfte aller Rentenzugänge von Frauen in der Arbeiterrentenversicherung Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten (Männer 55 %), in der Angestelltenrentenversicherung 44 % (Männer 34 %).
- Statistiken der Krankenkassen weisen für pflichtversicherte Frauen weniger Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle aus als für Männer. Dennoch gibt es typisch weibliche Berufe mit besonders hoher Arbeitsunfähigkeit (z.B. Montiererinnen, Reinigungskräfte, Tätigkeiten mit niedrigen Qualifikationsanforderungen in Ernährungsberufen, Chemie- und Kunststoffverarbeiterinnen). Bei vielen dieser Berufe gibt es keine vergleichbare Tätigkeit von Männern, daher ist die Arbeitsunfähigkeit hier auch nicht mit der von Männern vergleichbar.
- Es läßt sich für die Bundesrepublik Deutschland nicht mehr nachweisen, daß erwerbstätige Frauen mehr Fehl- und Mangelgeburten haben als nicht erwerbstätige. In ausländischen Studien zeigt sich, daß ein schlechter Gesundheitszustand vor der Schwangerschaft zusammen mit starken psychischen und physischen Belastungen während der Schwangerschaft mit Mangelgeburten zusammenhängen kann. Ungeklärt sind die Auswirkungen von Schadstoffen. Bei einigen gibt es Hinweise darauf, daß Ehefrauen von Männern, die beruflich mit diesen Schadstoffen umgehen, häufiger Fehlgeburten haben.
- Bei Frauen aus vielen typischen Frauenberufen (Montiererinnen, Näherinnen, Schreibkräfte, Krankenschwestern) stehen Skelettmuskelbeschwerden (Nacken-, Rückenschmerzen) im Vordergrund. Diese Beschwerden sind nicht nur abhängig von körperlich schwerer Arbeit oder Zwangshaltung, sondern werden auch durch mangelnden Handlungsspielraum, häufig unterbrochene Arbeit und insgesamt schlechte Bewältigungsmöglichkeiten verstärkt.

- Sehr viele berufstätige Frauen nennen zu niedrigen Blutdruck, der nicht unbedingt mit Beschwerden verbunden ist, als Krankheit. Antihypotonika gehören zu den Medikamenten, die Frauen im mittleren Lebensalter mit am häufigsten verordnet werden, obwohl in anderen europäischen Ländern Hypotonie nicht als Krankheit gewertet wird.
- Es gibt Hinweise darauf, daß Beschwerden von Frauen durch Ärzte anders wahrgenommen werden als dieselben Beschwerden von Männern. Bei Männern wird stärker nach somatischen Korrelaten für die Beschwerden gesucht als bei Frauen, denen eher vegetative Dystonie bescheinigt wird. Dies spiegelt sich auch im Verschreibungsverhalten niedergelassener Ärzte wider.
- Obwohl Frauen insgesamt häufiger Ärzte aufsuchen als Männer, vermeiden berufstätige Frauen mit vielen Familienpflichten Arztbesuche eher. Sie lassen sich seltener krankschreiben, weil sie zu Hause auch keine Ruhe hätten. Frauen, die häufiger Beschwerden haben, gehen ebenfalls lieber nicht zum Arzt, falls es sich vermeiden läßt.
- Es gibt immer noch viele Frauen, die Schwierigkeiten haben, den Arbeitsplatz zu verlassen, wenn sie krank sind. Dies betrifft insbesondere Krankenschwestern, bei denen sich ein starker Personalmangel bemerkbar macht. Hier deutet sich ein Mechanismus an, bei dem die Betroffenen sich erst in späteren Phasen der Krankheit Arbeitsunfähigkeit gestatten, dafür aber länger krank sind, die Kolleginnen länger stärker mit Mehrarbeit belastet sind und deswegen schneller Überlastungssymptome mit Krankheitszeichen zeigen und ebenfalls arbeitsunfähig werden.
- Besonders hohe Raucherinnenquoten gibt es in den typischen Frauenberufen in der Elektro- und Metallindustrie, bei den weniger qualifizierten Dienstleistungsberufen im Büro, im Verkauf und Gaststättenbereich. Rauchende Industriearbeiterinnen gewöhnen sich das Rauchen eher wegen vorherrschender Gesundheitsprobleme ab, während sich bei Krankenschwestern eher ein präventives Verhalten im Abgewöhnen niederschlagen scheint.

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA:	Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits- erzieherische Ansätze zur Förderung der Gesundheit der Frau 04. - 05. Mai 1987 in Travemünde
Arbeitsgruppe IV:	Erwerbstätigkeit von Frauen und ihre ge- sundheitlichen Folgen
Thema:	Daten zur gesundheitlichen Lage von berufstätigen Frauen
Autorinnen:	Maria Oppen Hilke Rebenstorf

1. Benachteiligung in Familie und Beruf

Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in der Gesellschaft zeitigt Folgen:

- den Frauen wird der überwiegende Teil der notwendigen Familienarbeit überlassen (Mehrfachbelastung, Anomie bei berufstätigen Müttern),
- das vermeintlich gültige Ideal der klassischen Familie gesteht Frauen nur eine "unvollständige" Berufsrolle zu,
- die den Frauen unterstellte Familienorientierung läßt Familienarbeit als Alternative zur Erwerbsarbeit erscheinen.

Hieraus werden wiederum zahlreiche Benachteiligungen von Frauen im Betrieb, auf dem Arbeitsmarkt und im System der sozialen Sicherung legitimiert. So sind Frauen verwiesen auf:

- un- bzw. geringqualifizierte und geringbewertete Tätigkeiten im Rahmen eines engen beruflichen Spektrums,
- Arbeitsplätze mit erheblichen psychomentalen und körperlich einseitigen Anforderungen bei arbeitsinhaltlicher Unterforderung und fehlenden Handlungsspielräumen,
- betriebliche Randbelegschaften, die von Qualifizierungs- und Aufstiegsprozessen weitgehend ausgeschlossen bleiben,

- Beschäftigungsbereiche und Branchen mit überdurchschnittlichen Arbeitsplatzrisiken und ungünstigen Wiedereingliederungschancen,
- Beschäftigungsverhältnisse, die arbeits- und sozialrechtlich nicht oder ungenügend abgesichert sind (Teilzeit, Befristung, geringfügige Beschäftigung u.ä.)

Die Benachteiligungen erwerbstätiger Frauen führen dazu, daß die kumulierten Belastungen aus der Arbeits- und Lebenswelt überproportional auf die weibliche Hälfte der Gesellschaft überwältzt werden und damit auch die hiermit verbundenen Gesundheits- und Verschleißrisiken.

2. Exkurs: Schwierigkeiten des Nachweises

Der Nachweis erhöhter Morbiditätsraten und Sterberisiken aufgrund der Benachteiligung in beiden Lebensbereichen fällt schwer:

- Die gesundheitlichen Auswirkungen frauenspezifischer Arbeitsstrukturen, die gleichzeitig be- und entlastenden Momente weiblicher Erwerbsbiographien, sind erst in Ansätzen untersucht.
- Die Krankheitsindikatoren amtlicher Statistiken besitzen eine stark eingeschränkte Aussagefähigkeit. Es handelt sich vorwiegend um Maßzahlen zur Inanspruchnahme sozialer Leistungen und Einrichtungen, deren Ausprägungen nicht alleine vom Gesundheitszustand abhängen. Das Inanspruchnahmeverhalten und die objektiven Bedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen variieren geschlechtsspezifisch erheblich.
- So sind widersprüchliche Befunde keine Ausnahme: Plausibilitätsüberlegungen müssen an die Stelle "gesicherter" Ergebnisse treten.

3. Die gesundheitliche Lage erwerbstätiger Frauen

Vorliegende Ergebnisse weisen auch bei vorsichtiger Interpretation auf ein erhöhtes Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigung von erwerbstätigen Frauen gegenüber Männern hin, zumindest für Teilkollektive:

- mehr subjektive Beeinträchtigungen des Wohlbefindens,
- mehr Krankenhausaufenthalte und Arztkontakte,
- erhöhter Krankenstand von Arbeiterinnen und Angestellten gegenüber den männlichen Vergleichsgruppen,
- eine niedrigere Lebenserwartung von Rentenbezieherinnen gegenüber Männern (Angestelltenversicherung).

Nicht alle Frauen sind gleichermaßen von Gesundheitsrisiken betroffen.

- Un- und Angelernte weisen höhere Erkrankungsraten auf als qualifizierte Beschäftigte.
- Vollzeitbeschäftigung ist gegenüber den verschiedenen Formen der Teilzeitarbeit mit erhöhtem Krankenstand verbunden.
- Frauen, die Kinder zu versorgen haben, sind öfter krank (z.T. aufgrund mangelnder Absicherung bei Krankheit der Kinder).

Eine besondere Häufung krankheitsrelevanter Lebensumstände ergibt sich für Ausländerinnen, die status- und qualifikationsmäßig auf der untersten Hierarchiestufe angesiedelt sind, mehr Kinder zu versorgen haben und aus ökonomischen Gründen zu Vollzeitbeschäftigung gezwungen bzw. zu attraktiven Teilzeitarbeitsplätzen keinen Zugang finden.

4. Mangelnde Bewältigungsressourcen

Einige der diskriminierenden Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen stellen nicht nur eklatante Belastungsfaktoren dar, sondern beschränken gleichzeitig die persönlichen, sozialen, institutionellen und rechtlichen Bewältigungsressourcen. Dies gilt sowohl für den Bereich mangelnder Regenerationsspielräume und Bewältigungsmöglichkeiten wie auch für die eingeschränkten Chancen zu Abbau/Verringerung bestehender Belastungen in Familie und Beruf.

- Die Arbeitsplatzunsicherheit und die Vielzahl sog. ungeschützter Arbeitsverhältnisse in typischen Beschäftigungsdomänen von Frauen behindern gesundheitsadäquate Verhaltensweisen. Frauen befürchten häufiger als Männer Nachteile am Arbeitsplatz im Falle von Arbeitsunfähigkeit oder Kuraufenthalt, und sie werden objektiv auch erheblich häufiger krankheitsbedingt gekündigt. Insbesondere gilt dies für ältere Frauen, die aufgrund diskontinuierlicher Berufsverläufe nicht unter den Schutz von Senioritätsregelungen gestellt sind.
- Das Verwiesensein auf Arbeitsplätze mit geringen Qualifikationsanforderungen, hoher Arbeitsintensität und Restriktivität in Verbindung mit flexibel an den Arbeitsanfall angepaßten Arbeitszeitregelungen bedeutet für viele Frauen, daß sie sich ihre Arbeit nicht selbst einteilen können (z.B. entsprechend ihrer körperlichen Verfassung), keine Kommunikationsspielräume besitzen (um z.B. Belastungen und Gegenwehrstrategien zu thematisieren) und nur sehr viel seltener als Männer bei der Gestaltung des Arbeitsablaufes einbezogen werden.
- Der weitgehende, diskriminierende Ausschluß von betrieblichen Aufstiegsprozessen konterkariert die Qualifikationsbemühungen von Frauen, so daß sie auch bei kontinuierlicher Berufsarbeit kaum Chancen haben, attraktivere, weniger gesundheitsverschleißende und gesichere Positionen zu erobern.

- Frauen haben u.a. aufgrund ihrer zeitlichen Überlastung nur unzureichende Einflußmöglichkeiten im Rahmen betrieblicher Interessenvertretung oder Gewerkschaftsarbeit auf die Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen.
- Als einzige kurzfristige Entlastungs- oder Ausweichstrategie sind vor allem Mütter, aber auch ältere Frauen, häufig gezwungen, phasenweise aus der Erwerbsarbeit auszusteigen oder Teilzeitbeschäftigung zu akzeptieren.

Hierdurch wird zwar die Dauer erwerbsarbeitsbedingter Belastungsexpositionen verkürzt, die Gesamtarbeit (Haus- und Erwerbsarbeit) differiert aber nur unerheblich zwischen Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Gleichzeitig sind mit diesen "Entlastungsformen" längerfristig jeweils neue Belastungen, Unzufriedenheiten und Nachteile verbunden (Dequalifizierung, geringere stabile Beschäftigungschancen, Einbußen betrieblicher und sozialrechtlicher Absicherung u.ä.).

- Die Doppelbelastung durch Familien- und Erwerbsarbeit läßt zudem die Erholungszeit von Frauen auf ein Minimum sinken. Die Möglichkeiten gesundheitsorientierter Freizeitbeschäftigung, oder einfach nur Zeit für sich zu beanspruchen, sind reduziert.
- In besonderem Maße gezwungen, alle möglichen Zumutungen und Belastungen in Kauf zu nehmen und ihre längerfristigen Gesundheitsinteressen hintenanzustellen, sind Ausländerinnen aufgrund ihres aufenthalts- und arbeitsrechtlich unsicheren Status und der zunehmenden Ausländerfeindlichkeit und Ausländerverdrängungspolitik.

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA:	Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits- erzieherische Ansätze zur Förderung der Gesundheit der Frau 04. - 05. Mai 1987 in Travemünde
Arbeitsgruppe IV:	Erwerbstätigkeit von Frauen und ihre ge- sundheitlichen Folgen
Thema:	Die gesundheitliche Lage von nichterwerbs- tätigen Frauen
Autorin:	Christa Leibing

1. Ausgangslage

Diskutiert man über den Gesundheitszustand von Frauen, so werden meist zwei sich widersprechende Thesen gegenübergestellt: Die eine lautet, daß Hausfrauen wegen der fehlenden beruflichen Belastung gesünder seien als die erwerbstätigen Frauen (Bsp. B. Herkommer, 1984; K. Biener et al, 1987); die Gegenthese sagt aus, daß die weniger gesunden Frauen nicht erwerbstätig seien (Bsp. S. Bartholomeyczik, 1982). Welche dieser beiden Aussagen zutreffend ist, dem soll hier nachgegangen werden.

Bevor dies im einzelnen geleistet wird, müssen Definitionen und Abgrenzungen vorgestellt sowie die veränderten Rahmenbedingungen von Frauenerwerbstätigkeit skizziert werden.

2. Alterseingrenzung und Begriffsbestimmung

Die Mehrheit der Bevölkerung - Männer wie Frauen - ist nicht erwerbstätig. Da es sich hier um den Vergleich erwerbstätiger und nichterwerbstätiger Frauen handelt, werden nur die Frauen im Alter von 15 - 60 Jahren betrachtet. D.h. Kinder und auch die große Bevölkerungsgruppe der älteren Frauen im Rentenalter werden aus der Betrachtung ausgeschlossen. Insbesondere die Gruppe der älteren Frauen wäre eine eigene Untersuchung wert.

Wenn hier der Begriff 'Hausfrau' benutzt wird, um die Gruppe der nichterwerbstätigen Frauen zu benennen, ist dies nicht völlig korrekt. Denn auch die erwerbstätigen Frauen sind Hausfrauen; sie sind leider immer noch neben der Berufsarbeit meist alleine für die Familien- und Haushaltsarbeiten zuständig.

3. Veränderte Bedingungen der Frauenerwerbstätigkeit

Die steigende Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen und Mütter wurde von der Schaffung öffentlicher Kinderversorgungsstätten begleitet; auch andere Aufgaben, die früher von den Frauen innerhalb der Familie erbracht wurden, werden ganz oder teilweise als Dienstleistung angeboten.

Die Schulzeit hat sich insgesamt erheblich verlängert und immer mehr Frauen machen eine anerkannte Berufsausbildung. Frauen sind beruflich qualifizierter als früher. Da die Erwerbsbeteiligung mit steigender Qualifikation größer wird, wächst die Rückkehrbereitschaft der Mütter künftig noch stärker.

Die Scheidungsraten steigen kontinuierlich und immer mehr ledige Frauen werden Mütter. D.h. die Zahl alleinerziehender Frauen wird immer größer und damit auch eine Gruppe von zumeist erwerbstätigen Frauen. Die Ehe als eine lebenslang ausreichende Versorgungsinstitution für Frauen verliert in der Realität und in der Vorstellung immer an Gewicht.

Waren in den 50er Jahren Teilzeitarbeitsverhältnisse noch die Ausnahme, so sind sie heute - wenn auch nur bei Frauen - üblich. Derzeit hat jede dritte Frau eine Teilzeitarbeit, bei den Müttern sind es über 50 %. Neue Teilzeitarbeitsformen (Bsp. Kapazitätsorientierte flexible Arbeitszeit - Kapofaz)-, Heimarbeit, nicht sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse - 410,- DM Arbeitsplätze - etc.) haben erheblich zugenommen. Dies ermöglicht erst die hohe Müttererwerbsbeteiligung, entläßt jedoch weiterhin die vollzeitbeschäftigten Väter aus der Verantwortung für die Kindererziehung.

Innerhalb der letzten 30 Jahre hat sich die Beteiligung der Frauen am Erwerbsleben und das Bewußtsein darüber wesentlich geändert. Wurde früher die Frauenerwerbstätigkeit als Not- und Übergangslösung angesehen, so hat sie heute einen eigenen Stellenwert. Alle diese Veränderungen zusammen ermöglichen es, daß Frauen, die eine Familie zu versorgen haben, zu großen Teilen gleichzeitig berufstätig sind; daß Familie und Beruf nicht mehr nach- sondern nebeneinander bestehen können. Heute wird eher die ausschließliche Hausarbeitstätigkeit als Übergangslösung betrachtet.

4. Hausfrauen, eine heterogene Gruppe

Daß eine Frau ihr Leben lang nicht berufstätig ist, ist die Ausnahme. Irgendwann zwischen dem 15. und dem 65. Lebensjahr sind 95 % (!) aller Frauen irgendwann mindestens einmal berufstätig. Für Frauen, aber nicht für Männer, ist ein diskontinuierlicher Berufsverlauf typisch. Unterbrochen früher die Frauen mit der Eheschließung ihre Erwerbstätigkeit für mehr oder weniger lange Zeit oder auch für immer, so gilt das heute erst zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes. Der Anteil der Frauen, die nach einer Unterbrechung wieder erwerbstätig werden wollen, steigt beständig und die Dauer der Unterbrechungen wird immer kürzer.

Zwischen erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Frauen findet ein ständiger Umschichtungsprozeß statt. Knapp die Hälfte der verheirateten, berufstätigen Frauen hat ihre Berufstätigkeit mindestens ein Jahr oder länger unterbrochen und ebenfalls knapp die Hälfte der Hausfrauen will später wieder einmal berufstätig werden. Bei den Hausfrauen sind Ehefrauen ohne Kinder, Frauen mit Kindern, Frauen, die wegen einer Krankheit nichterwerbstätig sind, Frauen, die eine in der Familie lebende, pflegebedürftige Person betreuen und vermutlich noch andere Gruppen zu finden. Auch ordnet sich eine nicht unerhebliche Zahl von Frauen, die halbtags oder stundenweise einer Erwerbstätigkeit nachgehen sowie Frauen, die im Geschäft ihres Mannes mitarbeiten, nach ihrer eigenen Einschätzung den Hausfrauen zu. Im Regelfall ist die ausschließliche Hausarbeitstätigkeit nur eine mehr oder weniger lange, vorübergehende Phase im Leben von Frauen, die in vier von fünf Fällen Geburten oder Kindererziehung als Anlaß haben.

Die Gruppe der Hausfrauen setzt sich also aus ehemaligen und/oder künftig (wieder) Erwerbstätigen, die Gruppe der Berufstätigen setzt sich aus ehemaligen und/oder künftig (wieder) nichterwerbstätigen Frauen zusammen. Die Bedeutung dieser fließenden Grenzen der beiden Gruppen auf die Gesundheitseinschätzung einer der Gruppen, wird später ausgeführt.

5. Der Gesundheitszustand von Hausfrauen

Das vorhandene Datenmaterial, welches über den Gesundheitszustand von Hausfrauen Auskunft geben kann, entspricht leider vollkommen dem gesellschaftlichen Stellenwert, den die nichterwerbstätigen Frauen haben. Daten sowie Anerkennung gibt es kaum.

Die Zahl nichterwerbstätiger Frauen im Alter von 15 bis 60 Jahren ist annähernd gleich groß wie die Zahl der erwerbstätigen Frauen (9.5 Mio Hausfrauen; 9.8 Mio Erwerbstätige). Dennoch sind z.B. in den Veröffentlichungen zur Gesundheit aus dem Mikrozensus nur in einer einzigen der insgesamt 19 Tabellen - und das noch in absolut unzureichender Gliederung - die Nichterwerbstätigen berücksichtigt. Den Erwerbstätigen sind dagegen sogar zwei eigenständige Kapitel gewidmet.

Um dieser Datenquelle mehr Informationen über den Gesundheitszustand von Hausfrauen zu entnehmen, müssen jeweils die Differenzen zwischen der gesamten und der Erwerbsbevölkerung berechnet werden. Auf dieser Grundlage werden im folgenden die Krankheitshäufigkeiten erwerbstätiger und nichterwerbstätiger Frauen gegenübergestellt (Vgl. Abb.1).

Insgesamt geben die erwerbstätigen Frauen bis zum Alter von 45 Jahren häufiger an, krank zu sein als Hausfrauen, ab 45 Jahren sind die Hausfrauen häufiger krank. Wenn bei den Kranken nach akuten und chronischen Krankheiten unterschieden wird, ändert sich dieses Bild grundsätzlich.

Hausfrauen haben über alle Altersgruppen hinweg bei den akuten Erkrankungen geringere und bei den chronischen Krankheiten höhere Krankheitshäufigkeiten als die Erwerbstätigen. Auffallend ist auch, daß mit steigendem Alter die Differenz zwischen Haus- und erwerbstätigen Frauen bei chronischen Erkrankungen immer größer wird, bei den akuten dagegen bleibt der Abstand nahezu konstant.

Für diese Ergebnisse gibt es mehrere Interpretationen bzw. Spekulationen. Die geringere Häufigkeit akuter Erkrankungen bei Hausfrauen kann entweder daran liegen,

- daß sie tatsächlich weniger von akuten Krankheiten betroffen sind oder
- daß die erwerbstätigen Frauen bei diesen Krankheiten eine ärztliche Bescheinigung benötigen, die sie dem Arbeitgeber vorlegen müssen. Wegen des damit verbundenen Zeitaufwandes, des Arztbesuches und wegen der Abwesenheit vom Betrieb erinnern sie sich bei der Befragung eher an ihre Krankheit als die Hausfrauen oder
- daß Hausfrauen für sich keine so eindeutige Definition von Krankheit haben. Interviews mit Frauen ergaben, daß diese auch bei Krankheit weiterhin die Haus- und Familienarbeit machen (Kochen, Putzen, Hausaufgaben beaufsichtigen etc.). Gleiche Krankheiten können wegen der unterschiedlichen Rahmenbedingungen bei Haus- und erwerbstätigen Frauen verschiedenes Verhalten und damit verschiedene Antworten zur Folge haben; Freistellung von der Erwerbsarbeit aufgrund von Krankheit ist klar und eindeutig - nicht so wenn der Arbeitsplatz die Familie und der Haushalt ist.

Die höhere Häufigkeit chronischer Krankheiten bei Hausfrauen kann entweder daran liegen,

- daß sie tatsächlich stärker von diesen Krankheiten betroffen sind und aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig sind bzw. deswegen keinen Arbeitsplatz finden. Dies würde die These des healthy-worker-effects unterstützen. Oder

- daß Hausfrauen andere chronische Krankheiten haben als die Erwerbstätigen. So sind im gesamten Spektrum chronischer Erkrankungen schmerzhaft-rheumatische Zustände bewußtseinsmäßig eher präsent als Hypertonie oder Diabetes, die bei Befragungen häufig vergessen werden. Vielleicht haben die Berufstätigen mehr die letzteren. Oder
- daß die älteren Hausfrauen in jüngeren Jahren an besonders gesundheitsbelastenden Arbeitsplätzen beschäftigt waren, so daß die chronische Krankheit eine Folge früherer Berufstätigkeit ist.

Ein anderer Indikator für den Gesundheitszustand ist die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen. Für die Altersgruppe der 15 bis 40jährigen Frauen weist der Mikrozensus 1982 hier folgende Anteilszahlen aus:

Kranke Frauen im April 1982 nach Art der Behandlung und Beteiligung am Erwerbsleben; 15 bis 40 Jahre - je 10.000 der entsprechenden Bevölkerung -

	insgesamt	stationär u. amb. Behandl.	nur i. amb. ärztl. Behandl.	nur stationär im Krankenhaus	keine ärztl. Behandl.
Erwerbstätige	871	72	617	13	169
Nicht- erwerb- st.	725	57	469	--	189

Quelle: Fragen zur Gesundheit 1982, S. 14
StaBuA (Hrsg.), Stuttgart, Mainz 1984

Höhere Inanspruchnahmequoten dürfen nicht ohne weiteres mit einer höheren Krankheitshäufigkeit gleichgesetzt werden. Denkbar ist, daß die höhere Quote bei der ambulanten Behandlung von den erwerbstätigen Frauen von der Notwendigkeit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mitbeeinflusst wird. Unterstützt wird dies durch den Anteil der Frauen, die - trotz Krankheit - überhaupt nicht in ärztlicher Behandlung sind. Kranke Hausfrauen sind relativ häufiger ohne Behandlung als Erwerbstätige. Andererseits stehen die geringeren Inanspruchnahmequoten der Hausfrauen im Widerspruch zu der stärkeren Betroffenheit von chronischen Erkrankungen. Vielleicht hat die geringere Inanspruchnahme auch die Chronifizierung nicht behandelter Krankheiten als Konsequenz.

6. Schlußfolgerungen

Die anhand des Mikrozensus beispielhaft vorgestellten 'Ergebnisse' zum Gesundheitszustand von Hausfrauen lassen leider keine eindeutigen Aussagen zu. Damit ist keine der eingangs genannten Thesen (Hausfrauen sind gesünder/kränker als die erwerbstätigen Frauen) aufrechtzuerhalten.

Auch die Hinzunahme anderer Krankheitsstatistiken hilft nicht weiter. So haben die Daten der Sozialversicherung, die am meisten benutzt werden, das große Manko, daß sie ausschließlich am Erwerbsleben orientiert sind. Allein die Begriffe machen das deutlich: Arbeits-, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, auch Kuren dienen nur der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Behinderntenstatistik weist die Minderung der Erwerbsfähigkeit aus. Unfälle, die im Haushalt, dem Arbeitsplatz der Hausfrauen, vorkommen, werden überhaupt nicht routinemäßig erfaßt, nur die Straßenverkehrsunfälle und die, die in Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit stehen, werden regelmäßig dokumentiert. Die ebenfalls oft herangezogene Sterbestatistik enthält keinerlei Information über frühere aktuelle Erwerbstätigkeitsphasen.

Die Vermutung liegt nahe, daß viele Statistiken, die 'Gesundheit' zum Inhalt haben, eher den Umfang des Produktionsausfalles dokumentieren als die gesundheitliche Lage der Bevölkerung.

Betrachtet man den Gesundheitszustand der Hausfrauen anhand von Querschnittsdaten, das sind Daten, die die zeitlichen Dimensionen nicht berücksichtigen, so ist klar, daß hierbei eine enorme Beschränkung existiert. Weder die Gruppe der Hausfrauen noch die der Erwerbstätigen ist angemessen einzuschätzen. Die für Frauen übliche Diskontinuität führt dazu, daß zu verschiedenen Zeitpunkten sich die beiden Gruppen aus jeweils anderen Personen zusammensetzen.

Realitäten, Begrifflichkeiten und Vorstellungen über Krankheit sind bei den Hausfrauen und den Erwerbstätigen derart verschieden, daß ein direkter Vergleich nicht zulässig ist.

Derzeit ist der Frage, ob Hausfrauen oder Erwerbstätige gesünder/kränker sind, nicht zu beantworten. Aber die Beschreibung des mangelhaften Ist-Zustandes der Gesundheitsstatistiken soll hier nicht den Abschluß bilden. Vielmehr wird als Ausblick die Entwicklungsmöglichkeit einer Epidemiologie nichterwerbstätiger Menschen in Stichworten aufgeführt:

- exaktere Definition von Erwerbstätigkeit, Berücksichtigung von Erwerbslosen (Arbeitslose sowie Stille Reserve) und Abgrenzung zu nicht Erwerbstätigen.
- Berücksichtigung des Perspektivwechsels der Frauen, je nach dem Zeitpunkt im Erwerbs- oder Familienleben. Retro- oder prospektive Verlaufsuntersuchungen verschiedener Jahrgangskohorten.

- Entwicklung angemessener Erhebungsinstrumente, einer Krankheitsdefinition für nicht Erwerbstätige, nicht am Erwerbsleben ausgerichteter Gesundheitsindikatoren.
- Entwicklung neuer Fragestellungen, Untersuchung gesunderhaltender Lebensbedingungen und gesunde Umgangsweisen mit Belastungen herausarbeiten.
- Vergleichbar mit dem Bereich "Humanisierung des Arbeitslebens" (HdA) sollte auch die "Humanisierung der Hausarbeit" durch die Einrichtung eines neuen Forschungsschwerpunktes gefördert werden.

A r b e i t s g r u p p e V:

Gestörtes Eßverhalten

(Adipositas, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa)

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA:	Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits- erzieherische Ansätze zur Förderung der Gesundheit der Frau o4. - o5. Mai 1987 in Travemünde
Arbeitsgruppe V:	Gestörtes Eßverhalten bei Frauen (Adipo- sitas, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa)
Thema:	Übergewicht
Autorin:	Dr. Beatrix Gromus

Adipositas als Risikofaktor

Synonyme für den Begriff Adipositas sind Fettsucht, Fettleibigkeit und Obesitas.

Die heute gängigste und in der Praxis am einfachsten zu handhabende Definition des Übergewichts lautet 10 % bzw. 20 % Gewicht über dem Normalgewicht nach Broca (Normalgewicht = Körperhöhe in cm - 100).

Adipositas gilt bis heute generell als Risikofaktor für Diabetes Typ II, Hypertonie, Hyperlipidämien, Hyperurikämie und insgesamt als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen. Bis vor einigen Jahren galt das Idealgewicht (10 % Männer und 15 % für Frauen unter dem Brocaindex s.o.) als Richtgröße für minimale Mortalität und Morbidität. Diese Richtwerte werden heute wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Allerdings kann davon ausgegangen werden, daß ab 20 % über dem Normalgewicht das Krankheitsrisiko wächst, besonders wenn andere Risikofaktoren hinzukommen.

Epidemiologie

Die Angaben zum Auftreten von Adipositas in der Bevölkerung führen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Der Ernährungsbericht der Deutschen Bundesregierung 1980 findet in einer repräsentativen Studie 16 % Männer und 18 % Frauen, die über dem 15 % Broca-Referenzgewicht liegen. In dem Bereich bis 15 % Übergewicht sind 20 % Männer und 16 % Frauen zu verzeichnen. Es gibt keine Hinweise, daß die Adipositas in den letzten Jahren gravierend zugenommen hat, es gibt eher umgekehrt eine Tendenz für junge Frauen und weibliche Jugendliche zum Untergewicht.

Die Häufigkeit des Übergewichts steigt mit dem Lebensalter. Frauen höherer Schichten haben erheblich seltener als Männer höherer Schichten Übergewicht. Insgesamt neigen Männer eher zu einem mittleren Übergewicht und Frauen dagegen eher zu einem ausgeprägten Übergewicht.

Ursachen

Ursache jeder generalisierten Fettsucht ist ein Mißverhältnis zwischen Energiezufuhr und Bedarf (positive Kalorienbilanz).

Genetischen Faktoren wird heute kein besonderer Stellenwert zugemessen. Beobachtungen über familiäre Häufungen von Adipositas können auch erklärt werden über die von den Älteren erlernten Ernährungsgewohnheiten.

Endokrine Ursachen können heute in der wissenschaftlichen Diskussion weitgehend vernachlässigt werden, da sie nur 0,5 % bis 5 % der Fälle ausmachen.

Die Diskussion über die Bedeutung der Fettzellgrößen und Fettzellanzahl für die Entwicklung eines Übergewichts ist noch nicht abgeschlossen. Bisher gibt es noch keine Beweise dafür, daß eine Fettsucht im Kindesalter eine Fettsucht im Erwachsenenalter vorhersagen könne.

Experimentelle Beobachtungen der Eßgewohnheiten Adipöser im Vergleich zu Normalen geben Hinweise auf eine Störung des Sättigungsgefühls; insbesondere scheinen sie stärker außenreizabhängig zu sein; Essen als Verhaltensreaktion tritt bei ihnen häufiger als Folge äußerer Anreize und weniger als Folge interner (Hunger-) Reize auf (Schachter, Nisbett).

Hierauf nimmt H. Bruch ebenfalls Bezug und beschreibt, daß die Adipösen oft Schwierigkeiten haben, Hunger und Sattsein zu erkennen und nicht zwischen Hunger und anderen emotionalen Zuständen unterscheiden können. Bruch hat diese Indifferenz mit ernsthaften Störungen der Identität und mit Gefühlen persönlichen Versagens in Beziehung gebracht. Schon die frühen Mutter-Kind-Beziehungen können insofern gestört sein, als die Mütter (bei übergewichtigen Kindern häufig rigide und dominante Mütter) nicht in der Lage sind, selbst zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen ihres Kindes zu differenzieren. Erst durch das Feedback der Mutter auf die unterschiedlichen Bedürfnisse hin lernt das Kind zu differenzieren. Gelingt es der Mutter nicht, hier Unterschiede zurückzuvermitteln, so kann die Folge für das Kind auch im Erwachsenenalter darin bestehen, daß unterschiedliche Bedürfnisse einseitig mit Essen befriedigt werden.

Als weitere Bedingungsfaktoren für die Entwicklung eines Übergewichts im Kindes- und Erwachsenenalter gelten Erziehungsmechanismen der Eltern, wie z.B. das Einsetzen von Essen als Belohnung, Trost oder Bestrafung oder gegen Langeweile.

Lerntheoretisch bedeutsam ist auch die Modellfunktion von Eltern. Ihre Eßgewohnheiten (z.B. Eßgeschwindigkeit, kurze Mahlzeitdauer, Nahrungsaufnahme in wenigen großen Bissen) werden von Kindern nachgeahmt.

Als der Sicht von Laien und betroffenen Übergewichtigen stellt sich die Ursachenfrage z.T. anders als auf der Expertenebene. Sie machen ihr Übergewicht z.T. abhängig von Faktoren, die sie selbst nicht beeinflussen können, z.B. Knochenbau, Drüsen oder ein guter Kostverwerter zu sein.

Diese Ursachenzuschreibungen sind für eine Reduktion des Übergewichts ausgesprochen hinderlich und mißerfolgsentschuldigend.

Experimentelle Untersuchungen und Verhaltensbeobachtungen sprechen dafür, daß übergewichtige ein anderes Eßverhalten haben als Normalgewichtige (z.B. anfälliger gegen Verführungen, schnelles Essen) und häufig in einem jahrelangen Kampf gegen ihr Übergewicht stehen. Es gibt allerdings auch Normalgewichtige, die die gleichen Eßverhaltensmuster zeigen und eine dauernde z.T. als sehr mühsam erlebte Kontrolle ihres Eßverhaltens berichten (Pudel spricht bei ihnen von latent Adipösen). Diese Personen orientieren sich nicht mehr an ihren Appetit- und Sättigungsgefühlen, sondern sie beschränken ihre Nahrungszufuhr mit Hilfe gedanklicher Kontrollmechanismen, die die Energieaufnahme betreffen; darüber hinaus dienen Abführmittel, Appetitzügler und Entwässerungsmittel nicht selten der Gewichtskontrolle.

Maßnahmen zur Verringerung des Übergewichts

Die Frage der Gewichtsabnahme bei Übergewichtigen stellt sich nicht nur unter medizinischen Gesichtspunkten (höhere Erkrankungshäufigkeit für z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und orthopädische Schäden oder Operationsrisiken), sondern auch unter Gesichtspunkten des seelischen Wohlbefindens. Gerade in einer Gesellschaft, in der Schlanksein idealisiert ist, geraten "Abweichler" unter hohen sozialen Druck. So verwundert es nicht, daß bei Übergewichtigen Depressivität, erhebliche Selbstwertprobleme und auch Partnerstörungen gehäuft auftreten.

Maßnahmen zur Reduktion des Übergewichts finden sich auf sehr verschiedenen Ebenen. Sie reichen von primär- und sekundärpräventiven Initiativen, wie z.B. Aufklärungskampagnen über ernährungsmedizinische bis hin zu psychotherapeutischen Maßnahmen. Viele der in der Geschichte der Übergewichtsbehandlung eingesetzten Verfahren müssen aus heutiger Sicht als wenig erfolgreich und z.T. als sehr fragwürdig bezeichnet werden. Auch wird zu Recht auf das Risiko hingewiesen, daß bestimmte Kampagnen gegen Übergewicht und gegen Übergewichtige zu einer Diskriminierung der "Dicken" (meist Frauen) führen können. So wundert es nicht, daß es auch meist feministisch motivierte Gegenbewegungen gibt (Orbach).

Während chirurgische Maßnahmen wie Fettschürzenoperationen, Dünndarm-ausschaltungen oder Magenverkleinerungen schon wegen der damit verbundenen Risiken als höchst problematisch zu bezeichnen sind, haben sich Appetitzügler oder Quellstoffe als wenig erfolgreich und ebenfalls als gesundheitsgefährdend erwiesen.

Von den zahlreichen diätetischen Maßnahmen kann vor allem kalorienreduzierte Mischkost empfohlen werden. Mit ihrer ernährungsphysiologisch ausgewogenen Nahrungsrelation vermeiden sie die Nachteile einseitiger Diäten (z.B. Atkins) und können ambulant (im Gegensatz zu den stationären Null-Diäten) durchgeführt werden.

Meist sind allerdings diätetische Maßnahmen alleine nicht hinreichend, sondern müssen durch psychologische Maßnahmen unterstützt und ergänzt werden.

Unter den hier entwickelten Verfahren haben sich verhaltenstherapeutische Techniken durchgesetzt. Die hier früher üblichen Fremdkontrollverfahren der Verhaltenstherapie sind heute weitgehend abgelöst von Selbstkontrollverfahren. Diese Techniken motivieren den Patienten, im Therapieprozeß möglichst viel Eigenverantwortung zu übernehmen. Dabei lernen die Patienten auf der Grundlage einer Selbstbeobachtung, die das Essen auslösenden Reize besser wahrzunehmen und zu kontrollieren, sich selbst für angemessenes Verhalten zu belohnen und alternative Verhaltensweisen aufzubauen (wichtige Autoren: Ferster, Stunkard und Ferstl).

Die verhaltenstherapeutische Behandlung kann sowohl als Einzel- wie auch als Gruppentherapie durchgeführt werden, wobei letztere sich als günstiger erweist. Eine Verbesserung der Wirksamkeit einer solchen Übergewichtsbehandlung in Gruppen kann erreicht werden, wenn verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit diätetischen und ernährungsmedizinischen kombiniert werden (Gromus, Koch und Kahlke).

Von großer gesundheitspolitischer Bedeutung sind die in den letzten Jahren zunehmend auch in der Bundesrepublik entstandenen Selbsthilfegruppen, die in Amerika bereits seit Jahren eine Massenbewegung darstellen (z.B. Take off Pounds). Diese Gruppen arbeiten teilweise mit professionellen Helfern zusammen und mit Selbstkontrollprogrammen.

Einige präventive Maßnahmen (orientiert am Lebensalter)

- | | |
|-------------------------------|---|
| Schwangerschaft | - systematische Gewichtskontrollen, ausgewogene Kost |
| Säuglings- und Kleinkindalter | - Elternberatung in bezug auf Ernährung und andere Bedürfnisse von Kindern (Sättigung, Differenzierung von unterschiedlichen Signalen) |
| Kindergartenalter | - Information der Eltern zur Diätetik und zum Eßverhalten
- spielerische Informationen an die Kinder zur Diätetik und Aufbau von alternativen Verhaltensweisen zum Essen
- Kontrolle von Süßigkeiten im Kindergarten, alternative Ernährungsangebote, Frühstücksbeispiele |
| Schulkinder | - Elterninformationen (Übergewicht als Risiko für Krankheit, alternative Ernährungsformen)
- Information für die Kinder; Einführung von Ernährungslehre (Pflichtfach) |

- Einwirkung und Anreize auf das Angebot von Kiosken in Schulnähe (Obst und Gemüse)
- Verbot der Süßigkeitenwerbung
- Schulung und Einsatz von Mediatoren (Lehrer, Ärzte, aber auch Metzger, Bäcker usw.)
- Kooperation mit Sportvereinen

Bei gesundheitserzieherischen und beratenden Maßnahmen sollten selbstverständlich die inzwischen zur Verfügung stehenden didaktischen und massenkommunikativen Möglichkeiten wie z.B. audiovisuelle Medien, Informationsmaterialien usw. voll genutzt werden.

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA:	Frauen und Gesundheit. Neue gesundheits- erzieherische Ansätze zur Förderung der Gesundheit der Frau 04. - 05. Mai 1987 in Travemünde
Arbeitsgruppe V:	Gestörtes Eßverhalten bei Frauen (Adipo- sitas, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa)
Thema:	Bulimia Nervosa
Autor:	Dr. Thomas Paul

Häufigkeit des Vorkommens

Prävalenzberechnungen gehen heute davon aus, daß z.Z. in der Bundesrepublik mindestens 1% (wahrscheinlich bis zu 3%) der jungen Frauen im Altersbereich von 14 - 30 Jahren an *Bulimia nervosa* erkrankt sind. Dies wären ungefähr 400.000 Betroffene, d.h. mehr Patienten als wir Diabetiker in Deutschland haben. Es liegen bisher nur Schätzungen der Erkrankungsrate vor, da in der Regel die Freißanfälle und das selbstinduzierte Erbrechen von den Betroffenen verheimlicht werden und somit von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist.

Bei Untersuchungen an amerikanischen Universitäten und höheren Schulen fand man Erkrankungsraten zwischen 2,1 und 13 %, wobei nach einer kritischen Gesamtbetrachtung der Berichte davon auszugehen ist, daß ca. 5% der weiblichen und ca. 0,5 % der männlichen Studierenden davon betroffen sind.

Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung zeigen aber auch, daß es sich keineswegs allein um ein Problem der "höheren Schichten" handelt.

Aus Vergleichen mit den USA muß mit einer steigenden Inzidenz gerechnet werden, wobei davon auszugehen ist, daß sich das Erkrankungsalter weiter nach unten verschieben wird.

Während heute primär junge Frauen davon betroffen sind, wird die Erkrankungsrate bei jungen Männern innerhalb der nächsten Jahre drastisch ansteigen.

Ursachen

Es ist davon auszugehen, daß dieses Krankheitsbild fast ausschließlich in Gesellschaften entstehen wird, in denen Schlanksein als unverzichtbares Attribut von Attraktivität bewertet wird.

Soziale Vergleichsprozesse zwischen den Frauen in bezug auf äußere Attraktivität sind für diese verhaltensbestimmender als die Werturteile von "Männern" über die Attraktivität von Frauen.

Der feministische Ansatz

Die feministische Sichtweise wurde zum ersten Mal 1976 von BOSKIND LODAHL formuliert. Sie vertritt die Überzeugung, das Problem bulimischer Frauen bestände darin, daß sie sich zu sehr mit der weiblichen Rolle identifizieren. "Sie weisen ihre Weiblichkeit nicht zurück, sie werden zum Zerrbild dieser Weiblichkeit" (BOSKIND-LODAHL & STIRLIN, 1979, S. 72/73). Danach unterwerfen sich die bulimischen Frauen voll den gesellschaftlichen Normen, akzeptieren die an sie gestellten Anforderungen und machen ihre Selbsteinschätzung allein davon abhängig, wie andere sie sehen. Durch die äußerliche Attraktivität vor allem in Form von Schlankheit versuchen sie anderen zu gefallen, insbesondere Männern, um dadurch ihre eigene mangelnde Wertschätzung aufzubessern. Sie haben sich der Rollenzuweisung unterworfen unter Verzicht auf eine individuelle Persönlichkeitsentwicklung.

In einem relativ gut behüteten Elternhaus lernten sie eine passive Lebenshaltung, Selbstsicherheit und Unabhängigkeit wurden nur wenig gefördert. Sie mußten lernen, sich auf die Erwartungen anderer einzustellen und die Angst vor Zurückweisung wurde zu einer bestimmenden Kraft in ihrer Sozialisation. Störungen im Sexualbereich werden als Angst vor möglicher Zurückweisung durch Männer oder elterlicher Mißbilligung interpretiert. Im Nahrungsbereich entdecken sie schließlich eine Nische, in der sie zeitweise alle Kontrolle abwerfen können und eine Form von Ekstase erfahren.

Psychoanalytischer Erklärungsansatz

Während der feministische Ansatz eine zu starke Identifikation mit dem gegenwärtigen Rollenstereotyp bei bulimischen Frauen postuliert, wird von psychoanalytischer Seite genau das Gegenteil angenommen und eine starke Ablehnung der weiblichen Rolle beschrieben. Nach dem psychoanalytischen Modell von GUIORA (1967) besteht die Grundstörung sowohl anorektischer als auch bulimischer Symptomatik in einer frühen Deprivation der Mutter-Kindbeziehung, die ihre Entsprechung in der Nahrungsaufnahme findet. Diese frühe Deprivation - der chronische Mangel an Befriedigung - hemmt die normale psychische Entwicklung. Es kommt zu einer oralen Fixierung mit sadomasochischer Orientierung.

Die frühe primitive Wut, die als einziges Mittel der großen Deprivation entgegengesetzt werden kann, entwickelt sich allmählich zu einer festen Verhaltensweise und einer dominierenden Eigenschaft.

Es entwickelt sich eine extreme Egozentrität, als primärer Narzismus, die jegliche bedeutungsvolle Objektbeziehung verhindert. Als Resultat der Blockierung der psychischen Entwicklung auf der oralen Stufe und der Feindseligkeit gegenüber der Mutter kann keine Identifikation mit ihr stattfinden und sich somit kein Grundstein für Weiblichkeit und Mutterschaft entwickeln.

Die Störung ist demnach ein Ausdruck des tiefen Konfliktes in Bezug auf Weiblichkeit und Mutterschaft, letztlich also der eigenen Identität. Je größer die Störung und folglich geringer die Hemmung, umso mehr wird die sadistische Komponente überwiegen und die Form offener Aggression annehmen. Der Patient will den anderen essen. Es wird sich eine bulimische Symptomatik entwickeln. Ist die Störung weniger schwer, so wird die masochistische Komponente überhandnehmen, die Aggression passiv sein, nach innen gerichtet und daher das klinische Bild der Anorexia nervosa entstehen.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle

Der wesentliche Vorteil dieser Erklärungsansätze beruht darauf, daß zur Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung sowohl psychische als auch körperliche Faktoren in Betracht gezogen werden.

Es wird **mit** jedem Patienten ein **individuelles Krankheitsmodell** erarbeitet und die therapeutischen Schwerpunkte festgelegt.

Der Patient lernt von Therapiebeginn an, aktiv die Verantwortung für seine Krankheit zu übernehmen und es werden Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, um die Selbstkontrollfähigkeit und den eigenen Handlungsspielraum zu erweitern.

Therapeutische Gesamtsituation

Der großen Zahl der Erkrankten stehen kaum vorhandene erprobte therapeutische Konzepte und nur wenig ausgebildete Fachkräfte gegenüber, so daß die weitüberwiegende Mehrzahl der Betroffenen unbehandelt bleibt.

Vorhandene Beratungsstellen sind überlastet und häufig durch Unkenntnis therapeutischer Interventionstechniken überfordert.

Kriterien für die Zuweisung von Patienten zu verschiedenen therapeutischen Verfahren liegen bisher nicht vor.

Es können bisher keine Aussagen gemacht werden über den Zusammenhang von speziellen Patientenmerkmalen und Therapieerfolg.

Es liegen gut dokumentierte, verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte vor, wobei in der Regel die Schwerpunkte auf dem Aufbau von Selbstkontrolle des Eßverhaltens und der Korrektur verzerrender Einstellungen zu Körper, Essen und Gewicht sowie damit zusammenhängender defizitärer Bereiche liegen.

Da die Heilungschancen mit der Dauer der Erkrankung sinken werden und sich mit der Zeit schwere gesundheitliche Schäden entwickeln können, ist die schnelle Erarbeitung effektiver therapeutischer Maßnahmen mit Breitenwirkung angezeigt. Vor allem müssen präventive Maßnahmen entwickelt werden.

T H E S E N P A P I E R

Expertentagung der BZgA: Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
04. - 05. Mai 1987 in Travemünde

Arbeitsgruppe V: Gestörtes Eßverhalten bei Frauen (Adipo-
sitas, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa)

Thema: Anorexia Nervosa

Autorin: Ilka Haisch

1. Diagnostik

1.1 Diagnosekriterien nach DSM III

- Panische Angst vor dem Dickwerden, die auch bei fortschrei-
tendem Gewichtsverlust nicht verschwindet.
- Störungen der Wahrnehmung des eigenen Körpers, z.b. sich im
abgemagerten Zustand noch dick fühlen.
- Gewichtsverlust von mehr als 25 % des ursprünglichen oder zu
erwartenden Gewichts
- Weigerung, ein für Alter und Größe angemessenes Gewicht zu
halten
- Keine organische Erkrankung, die den Gewichtsverlust erklärt.

1.2 Zur Symptomatik infolge des Gewichtsverlusts bzw. des Hungerns gehören:

1.2.1 Veränderungen körperlicher Vorgänge

- chronische Obstipation
- Amenorrhoe
- Veränderung der Haut
- Niedriger Blutdruck
- Erniedrigung der Körpertemperatur, Stoffwechselregression
- Appetit- und Hungergefühle

1.2.2 Verhaltensänderungen

- Depressive Verstimmungen: Eher zu Beginn der Erkrankung, später euphorische Stimmung. Kranksein wird verleugnet.
- Autistisches Verhalten: Ablösung von sozialen Kontakten, hypochondrische Selbstbeobachtung.
- Aktivitätssteigerung/Leistungsorientiertheit: Zwanghafter Drang, sich ständig motorisch und/oder intellektuell zu beschäftigen. Mögliche Erklärungen:
 - a) Aktivität als Appetenzverhalten
 - b) Aktivität als Aggressionsabbau
 - c) Aktivität als "Beweis" des guten Allgemeinzustandes.
- Exzessive Spiegelbetrachtungen
- Kleptomanes Verhalten

2. Epidemiologie

2.2 Manifestationsalter

Die Hälfte aller weiblichen Anorexiefälle bricht im Alter zwischen 14.0 und 19.6 aus, bei Jungen liegt das durchschnittliche Erkrankungsalter um 1.7 Jahre niedriger. Die untere Erkrankungsgrenze wird mit 9 Jahren angegeben, als obere Grenze ist das Alter zwischen 30 und 45 Jahre anzunehmen. Ca. 6 % der untersuchten Anorexiepatienten waren Männer.

2.3 Prävalenz / Inzidenzraten

Die Inzidenzrate für Anorexie scheint nach dem 2. Weltkrieg kontinuierlich anzusteigen, man schätzt, daß heute ca. 1 % der jungen Frauen zwischen 15 und 25 Jahren darunter leiden. Die Patientinnen kommen überwiegend aus Familien der oberen Mittelschicht. Die Prävalenz/Inzidenz von Magersucht in Entwicklungsländern ist verschwindend gering. Das Erkrankungsrisiko für Magersucht unter dem Einfluß der Normen, Werte und Ideale der westlichen Industrieländer ist deutlich erhöht.

3. Erklärungsmodelle

3.1 Psychodynamisches Modell (Vertreter: z.B. Bruch, Thomä)

Als primäre Störung sieht die PA bei der Magersucht eine schwere narzißtische Problematik. Die Jugendlichen haben ein außerordentlich schwaches, labiles Selbstgefühl. Ursache hierfür ist die Erfahrung, daß Anerkennung und Liebe der Eltern nur dann zuerkannt wird, wenn sich das Kind genau nach ihren Vorstellungen und Erwartungen verhält. Jegliche eigene Regungen des Kindes werden ignoriert.

Das angestrebte Ideal der Patienten ist eine asexuelle, aggressionsfreie, und daher "makellos" schöne leibliche Gestalt. Auslösende Ereignisse für den Beginn einer Magersucht sind dann schließlich tiefe narzißtische Kränkungen, z.B. berufliche Niederlagen, Enttäuschungen in einer Liebesbeziehung. Freud formulierte die Hypothese, nach der die psychogene Magersucht zu einem wesentlichen Anteil der Abwehr besonders intensiver Sexualängste dient. Er machte auf die Verknüpfung der Nahrungsaufnahme und Schwängerung in der Phantasie Magersüchtiger aufmerksam.

3.2 Systemtheoretische Aspekte (Vertreter: z.B. Selvini-Palazzoli, Minuchin)

Magersucht gilt als Paradigma einer psychosomatischen Störung, bei der sich eine Familienstörung in der Symptomatologie eines Familienmitgliedes ausdrückt. Als Bedingungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychosomatischen Störungen bei Kindern werden genannt:

1. Eine physiologische Vulnerabilität des Kindes,
2. eine Verwicklung des Kindes in elterliche Konflikte,
3. eine bestimmte Organisationsstruktur der Familie, die durch folgende Interaktionsmuster gekennzeichnet ist:
 - keine Grenzen zwischen einzelnen Familienmitgliedern bzw. Familiensubsystemen
 - Rigidität
 - überbehütende Interaktion der Familienmitglieder untereinander
 - Mangel an Konfliktlösefähigkeit, Verleugnen und Verdrängen von Konflikten, sie bleiben ungelöst.

Aus der Sicht der Systemtheorie übernimmt die Patientin in einer solchen Familie die Rolle des Sündenbocks, der das System stabil hält und davor bewahrt, Konflikte, insbesondere zwischen den Eltern, ans Licht zu bringen.

3.3 Soziokulturelle Aspekte (Vertreter: z.B. Boskind-Lodahl)

Magersucht (und Bulimie) als verzweifelter Versuch, dem stereotypen Frauenbild der Gesellschaft perfekt zu entsprechen. Die Frau wird in dem Konflikt gesehen, einerseits danach zu verlangen, vom Mann bemerkt zu werden, andererseits Angst vor seiner Macht zur Zurückweisung zu haben. Gewichtskontrolle wird als Ersatz für die ansonsten fehlende Kontrolle über wichtige Lebensbereiche gesehen (die wiederum von Männern beherrscht werden). Überbetonung der physischen Attraktivität zwingt geradezu zur Gewichtskontrolle, um nicht an Wert zu verlieren.

3.4 Biologische Aspekte (Vertreter: z.B. Moore/Garfinkel)

Neure Forschungen zu biologischen Veränderungen nach Hungerperioden haben gezeigt, daß eine Reihe der bei Magersüchtigen festgestellten biologischen Befunde auch bei "Normalpersonen" infolge einer zeitweisen Nahrungseinschränkung auftreten. Hierdurch wird deutlich, daß die Frage nach Ursache und Wirkung der biologischen Befunde bei Magersüchtigen noch nicht beantwortet ist.

3.5 Kognitiv-behaviorale Aspekte

3.5.1 Kognitive Defizite (Vertreter: z.B. Garner und Bemis)

Irrationale Grundannahmen und Werte werden als Ausgangspunkt für anorektisches Verhalten gesehen. Zu den empirisch bestätigten verzerrten kognitiven Vorgängen bei Magersüchtigen zählen:

Selektive Abstraktion, Übergeneralisierung, Magnifizierung, Alles- oder Nichts-Denken, willkürliche Beziehungssetzung, abergläubisches Denken.

3.5.2 Verzerrte Körperwahrnehmung (Vertreter: z.B. Garfinkel und Garner)

Anorexiepatientinnen überschätzen ihren Körperumfang, der Grad der Körperwahrnehmungsverzerrung erlaubt eine gute Vorhersage des Krankheitsverlaufs: je gestörter die Körperwahrnehmung, desto schlechter die Prognose. Die Verzerrung der Körperwahrnehmung bezieht sich nicht nur auf die äußere Gestalt, es fällt Magersüchtigen ebenso schwer, innere Signale wahrzunehmen und adäquat zu deuten.

3.5.3 Mangelnde Problemlösungsstrategien (Vertreter: z.B. Schröder)

Magersucht wird zur Problemlösestrategie bezüglich der Wiederherstellung von Selbstkontrolle in der weitgehend unkontrollierbaren körperlichen Reifungsphase. Außerdem dient es als probates Mittel, andere Familienmitglieder zu kontrollieren.

4. Therapie

4.1 Behandlungskonzepte

4.1.1 Stationäres Therapiekonzept

1. Kurzfristiges Ziel: Gewichtszunahme durch Kontingenzmanagement mit kleinen Gewichtsschritten (wöchentliche Gewichtszunahme von 1/2 bis 1 1/2 kg)
2. Langfristige Ziele: Eßgewohnheiten normalisieren, Körperbild verbessern, Selbstwertgefühl verbessern, Verhältnis zu den Eltern verbessern.

4.1.2 Ambulantes Konzept

Die Entscheidung für oder gegen ambulante Therapie sollte nach Abwägen folgender Kriterien gefällt werden:

1. Medizinisches Kriterium:
Gewicht, Grad der körperlichen Störungen, Suizidgefährdung
2. Psychosoziales Kriterium:
Familienatmosphäre, Grad der Isolation
3. Psychotherapeutisches Kriterium:
Vorhergehende Therapiemißerfolge, Krankheitsdauer, Ausmaß der Motivation zur ambulanten Therapie.

Die Inhalte der ambulanten Therapiekonzepte unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der stationären Konzepte.

4.2 Therapeutenvariablen

Als günstig erweist sich: ein flexibler, weder zu direktiver noch zu nachlässiger Gesprächsstil; die Fähigkeit zum Aufbau einer positiven Beziehung zur Patientin; Wärme, Echtheit; Akzeptanz; die Fähigkeit, mit Zweifeln an seiner Kompetenz umzugehen. Bezüglich des Geschlechtes gibt es bislang keinerlei Belege für die Präferenz von weiblichen oder männlichen Therapeuten.

4.3 Erfolgskriterien

Der Erfolg einer Therapie sollte anhand folgender Kriterien gemessen werden: Gewicht, Eßverhalten, Menstruation, Sozialverhalten, Arbeitsfähigkeit in Schule und Beruf.

4.4 Ist Prävention möglich?

Die Tendenz Magersüchtiger, Krankheitssymptome lange Zeit zu vertuschen, macht eine Früherkennung der Störung schwierig. Wie kann diese Verzögerung verhindert werden?

1. Gesundheitsaufklärungsmaßnahmen innerhalb des Schulunterrichts.
2. Aufklärung der Lehrer, denen alarmierendes Verhalten als erstes auffallen könnte.
3. Bessere Information der Ärzte bezüglich eingehender diagnostischer Gespräche anstelle aufwendiger apparativer Untersuchungen bei Gewichtsverlust und Amenorrhoe.
4. Es müßten Screening-Verfahren entwickelt werden, die die (vermuteten) Risikofaktoren für die Entwicklung einer Magersucht enthalten.

A r b e i t s g r u p p e VI:

Förderung der Gesundheit der Frau versus
Verantwortung der Frau für die Gesundheit der Familie

T H E S E N P A P I E R

- Expertentagung der BZgA:** Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau
04. - 05. Mai 1987 in Travemünde
- Arbeitsgruppe VI:** Förderung der Gesundheit der Frau versus
Verantwortung der Frau für die Gesundheit
der Familie
- Thema:** Das Rollenbild der Frau in den BZgA-Medien
zu den Themen Familienplanung, Schwanger-
schaft, Geburt und Gesundheitsförderung des
Kleinkindes"
- Autorin:** Margit Liebschner

Diskussionsbasis in der Arbeitsgruppe VI werden die verbalen und visuellen Inhalte in den nachstehend aufgeführten Informationsmitteln der BZgA sein, soweit sie die Gesundheit der Frau bzw. die Verantwortung der Frau für die Gesundheit der Familie betreffen:

- Das Baby
Ein Leitfaden für werdende Eltern
- Kinderspiele
Anregungen zur gesunden Entwicklung von Kleinkindern
- Wie Sie den Zeitpunkt für ein Kind selbst bestimmen können.
- Schwangerschaft
... ein paar offene Worte mehr als üblich
- Entwicklungskalender
Merkblatt für junge Eltern

Dazu einige Feststellungen und Fragen vorab:

Grundsätzliches

Müssen die vorliegenden Standardmedien verändert werden und wie ist dies verantwortlich zu tun, um

1. einer breiten Zielgruppe gerecht zu werden -
(Repräsentieren sie nur den Mittelstand? Wenn ja, ist dies akzeptabel und wünschenswert?)

2. Frauen mit den Informationen zu entlasten und nicht zu belasten -
(Ist der intellektuelle Anspruch zu hoch? Ist mehr Wissen nicht zwangsläufig mit mehr Forderungen an die Frau verbunden? Wächst die Erwartungshaltung der Familie und der Gesellschaft gegenüber der Frau?)
3. die Gesundheit der Frau zu fördern und ihr zu helfen, die Belastungen den eigenen Möglichkeiten anzupassen?
(Geht aus den Inhalten hervor, das von ihr die Gesundheit des Kindes abhängt, das Glück der Familie?
Empfindet sie die damit verbundenen Aufgaben als selbstverständlich im Sinne ihres Rollenbildes? Möchte sie autonomer sein, weniger Verantwortung tragen, mehr an sich denken?)

Überlegungen zu den einzelnen Medien

Das Baby

- o Die Gesundheit des Kindes steht im Vordergrund
- o Die Frau wird vorwiegend mit Partner gezeigt.
- o Werden alleinerziehende Frauen genügend berücksichtigt?
- o Muß die Frau den Mann in die Babypflege einweisen und ihn dazu motivieren?
- o Wird zuwenig auf die Berufstätigkeit der Mutter und die damit verbundenen Probleme eingegangen?
- o Fühlen sich Frauen durch die immer differenzierter werdenden Informationen über die Entwicklung des Babys und den Umgang mit ihm überfordert?
- o Erzeugt der heutige Stilltrend Druck und auch Ängste, z.B. wegen der Schadstoffbelastung?
- o Muß sie immer gute Nerven haben, immer verfügbar und positiv sein? (Medikamenten-Mißbrauch?)

Kinderspiele

- o Es wird nur in einem Beispiel auf eine alleinerziehende Mutter eingegangen. Ist das ausreichend?
- o Die dargestellten Mütter und Väter sind relativ jung.
- o Bleibt den Müttern in den Beispielen Freiraum für eigene Aktivitäten?
- o Werden Väter genügend einbezogen?

Wie Sie den Zeitpunkt für ein Kind selbst bestimmen können

- o Empfängnisverhütung ist "methodenbedingt" weitgehend Aufgabe der Frau. Ist der Mann stärker einbeziehbar? Wie könnte er mehr Verantwortung übernehmen?
- o Hat die Wahl der Methode Einfluß auf die Beziehung, bzw. auf die Erwartungshaltung des Mannes und auf eine mögliche Überforderung der Frau?

- o Sind die Methoden und die gesundheitlichen Risiken ausreichend beschrieben?
- o Ist AIDS ein Thema für diese Broschüre?

Schwangerschaft

- o Die Schwangerschaft wird wesentlich unter dem Gesichtspunkt "Gesundheit des Kindes" gesehen.
- o Ist eine Frau überfordert mit all den Informationen, die ihr sagen, was sie tun und lassen sollen?
- o Wird ausreichend auf Ängste und Konflikte eingegangen, die natürlicherweise mit der Schwangerschaft verbunden sind?
- o Setzt "Geburtsvorbereitung" eine Frau unter Druck, eine glückliche, möglichst schmerzarme Geburt haben zu müssen?
- o Folgen Frauen entgegen ihren Bedürfnissen den heutigen Einrichtungen, z.B. Rooming in?
- o Entsteht eine Überforderung bei Männern, z.B. bei der Geburt dabeizusein? Sind manche Frauen nicht auch lieber allein?
- o Muß mehr auf Probleme eingegangen werden, die in der Partnerschaft entstehen können?

Entwicklungs Kalender

- o Auch hier hat die Frau weitgehend die Verantwortung für die Gesundheit des Kindes. Sie muß genau und differenziert auf die Entwicklungsschritte des Babys achten und entsprechend handeln.

T H E S E N P A P I E R

- Expertentagung der BZgA: Frauen und Gesundheit - Neue gesundheits-
erzieherische Ansätze zur Förderung der
Gesundheit der Frau in Travemünde
04. - 05. Mai 1987
- Arbeitsgruppe VI: Förderung der Gesundheit der Frau versus
Verantwortung der Frau für die Gesundheit
der Familie
- Thema: Beispiel "Mütterzentren" - Hilfen für
Familienfrauen, eine Balance zwischen der
Fürsorge für sich selbst und der für andere
zu finden.
- Autorin: Lisa Marsh

Einleitung

Im Hinblick auf Gesundheitsförderung von Frauen und deren Fürsorge für die Gesundheit anderer gehen wir davon aus, daß alle Familienfrauen in ihrer Verantwortlichkeit für die eigene körperliche und seelische Gesundheit und die ihrer Familien Entlastung brauchen. Nicht mangelnde Bedürfnisse nach Unterstützung oder fehlende Motivation sind es, die Frauen im Zweifelsfall immer wieder die eigenen Bedürfnisse zugunsten der Sorge um andere zurückstecken lassen. Form und Inhalt ihrer Arbeit als Hausfrau und Mutter stellen systematisch die Bedürfnisse von Familienfrauen hinsichtlich ihrer eigenen Regeneration, ihrer eigenen Ressourcen in Widerspruch zu denen ihrer Familien. Das Deutsche Jugendinstitut hat als Antwort auf diese Fragestellung das Konzept der Mütterzentren entwickelt.

In den Mütterzentren geht es darum, Strukturen anzubieten, in denen es den Frauen innerlich und äußerlich möglich wird, diese mit ihren eigenen Bedürfnissen (nach Hilfe, Anerkennung, zusätzlicher Verdienstmöglichkeit, Ausspannen) zu füllen. Je weniger sich die Struktur der Mütterzentren der Selbstbestimmtheit der Inhalte entgegenstellt, desto größer ist die Chance, daß die inhaltliche Auseinandersetzung der Frauen eine Reflexion der strukturellen Bedingungen ihrer Bedürfnisse mit einschließt.

Wenn z.B. eine Frau wählen kann, ob sie ihre Kinder ins Zentrum mitnimmt oder nicht, und dort wiederum die Kinder bei ihr oder bei einer Kinderbetreuung bleiben können, dann schaffen sowohl die Vielfalt eigener Erfahrungsmöglichkeiten, als auch die Auseinandersetzungen und Erfahrungen mit anderen neue Möglichkeiten, den bisher gewohnten Alltag mit den Kindern zu reflektieren. Oder wenn eine Frau Hilfe angeboten bekommt, gleichzeitig aber trotzdem ihre Stärken einbringen kann, dann schafft diese Erfahrung die Möglichkeit herauszufinden, warum sie überfordert ist, ohne sich dabei als Versagerin vorzukommen.

Mütterzentren sind Räume in der Öffentlichkeit, wo Mütter mit oder ohne ihre Kinder ihre Bedürfnisse nach einem Sichtbarmachen und Anerkennen ihrer Haus- und Beziehungsarbeit, nach konkreten Entlastungen und seelischer Unterstützung leben können, und gleichzeitig über ihre Aktivitäten im Zentrum Geld verdienen können.

Wir wollen daher nachfolgend einige Grundvoraussetzungen erwähnen, die in den Mütterzentren erfüllt sein müssen, damit diese nicht die krankmachenden Grundwidersprüche mütterlicher Lebenszusammenhänge übernehmen oder nur kompensieren, sondern eine Alternative für Frauen und Kinder anbieten, die sie aus dem Patt des "Ich oder Du" heraustreten läßt, und auf vielen Ebenen bestärkend und heilend sein kann:

1. Die unsichtbare Haus- und Beziehungsarbeit von Müttern muß sichtbar gemacht werden

Die meisten Wohnungen sind vom Grundriß her so angelegt, daß Frauen räumlich gezwungen sind, einen Großteil ihrer Arbeit für Nachbarn und Familie unsichtbar, in abgetrennten, kleinen Räumen zu leisten. Küche und Kinderzimmer sind immer noch die "Nebenzimmer" der meisten Wohnungen, obwohl ein Großteil der Haus- und Beziehungsarbeit dort stattfindet. Die kontinuierliche Erfahrung von zu wenig Platz, von dadurch bedingten unnötigen Wegen und Verrichtungen, die dazu von niemanden beachtet oder geteilt wird, ist eine körperlich und seelisch krankmachende Belastung.

In den Mütterzentren sind Küche, Café und Kinderzimmer die zentralen Räume. Durch ihre Öffentlichkeit wird die Arbeit, die dort stattfindet, aufgewertet. Frauen können gemeinsam arbeiten oder sich aufteilen. Dadurch entsteht zum einen ein inneres Forum von Frauen, die die eigenen Erfahrungen von zuhause verstehen können, zum anderen fördert die Vielfalt, mit der verschiedene Frauen dieselben Aufgaben verschieden lösen, eine Zuversicht in die Veränderbarkeit scheinbar unveränderlicher Bedingungen der eigenen Haus- und Beziehungsarbeit.

Die Möglichkeit, für die eigene Arbeit im Zentrum Geld zu bekommen, bedeutet für die Frauen mehr als Nebenerwerbsmöglichkeiten - ihre Arbeit wird dadurch in den Prozeß gesellschaftlicher Anerkennung einbezogen, die bei uns ja hauptsächlich über Geld läuft.

2. Die wechselnden und unterschiedlichen Bedürfnisse nach Gemeinsamkeit und Unabhängigkeit zwischen Müttern und Kindern müssen akzeptiert und unterstützt werden

Müttern ist es allein durch die Raumaufteilung der meisten Wohnungen fast unmöglich, Haus- und Beziehungsarbeit für sich selber und für die Kinder befriedigend zu integrieren. Mütterliche und kindliche Bedürfnisse werden künstlich gegeneinander gesetzt, da für ein Miteinander kein Platz ist. Hinzu kommt, daß Hausarbeit und das Leben mit Kindern grundsätzlich gegensätzliche Strategien in der täglichen Arbeit verlangen: ein tip-top gepflegter Haushalt und glückliche Kinder sind unvereinbar. Jede Mutter muß diese Paradoxie ständig aushalten und für sich zu lösen versuchen.

Auch außerhalb der Wohnung sind Möglichkeiten für Kinder, sich gefahrlos und ohne mütterliche Begleitung zu bewegen, kaum vorhanden. Mütter sind damit wieder mit einem von den Bedingungen ihrer Arbeit strukturierten Interessenkonflikt alleingelassen: entweder sie halten es aus, ihre Kinder allein in gefährliche und unbefriedigende Spielsituationen zu entlassen, um selber eine dringend benötigte Ruhepause zu haben, oder sie stellen ihre Bedürfnisse zurück, und finden sich auf Spielplätzen oder Höfen, in Situationen, die ihnen selber wenig an Kommunikation, Anregung oder Erholung geben können. Daß Mütter sich meist nur auf Kosten der Sicherheit und Freude ihrer Kinder entspannen können, zeigt erneut das Entweder-Oder zwischen mütterlichen und kindlichen Bedürfnissen, wie es gesellschaftliche Erwartung und konkreter Alltag den meisten Müttern diktieren.

Im Mütterzentrum können Mütter in einem öffentlichen Rahmen etwas für sich tun, ohne erst ihren Familienkontext wegorganisieren oder verleugnen zu müssen. Kinder sind im Zentrum immer und überall willkommen, was aber nicht heißt, daß die jeweilige Mutter alles mit ihren Kindern zusammen machen muß, wenn sie oder die Kinder das Bedürfnis nach Distanz haben. Es gibt immer eine Kinderbetreuung, und es ist völlig legitim, Distanzwünsche so zu verwirklichen. Umgekehrt wird auch der Wunsch jeder Mutter/jedes Kindes akzeptiert, zusammenzubleiben, und gemeinsame, für beide befriedigende Erlebnisse zu haben. Das Akzeptieren ihrer Kinder, ob real dabei oder in Gedanken präsent, ist für jede Mutter die Grundvoraussetzung, Vertrauen in eine Situation zu gewinnen, sich wirklich verstanden und akzeptiert zu fühlen. Jede Situation, die das nicht zuläßt, ist eine für Mütter entfremdete und streßvolle, also potentiell krankmachende Situation.

3. Das Zentrum soll konkrete Entlastungen für den Alltag von Hausfrauen anbieten

Der Stadtteil als Arbeitsplatz der Hausfrau ist kaum nach den Bedürfnissen von Hausfrauen und Müttern ausgerichtet. Im Gegenteil: Einkaufs-, Kommunikations- und Servicemöglichkeiten sind entweder räumlich geballt und schlecht zu erreichen oder spärlich gestreut und überteuert. Die Erfahrung von Hausarbeit unter diesen Bedingungen steht sowohl zur herrschenden gesellschaftlichen Ideologie der Effektivität und Rationalität von Arbeitsabläufen im Widerspruch als auch zu den individuellen Wünschen der Frauen nach einer flexiblen und situationsbezogenen, kinderfreundlichen Arbeitsgestaltung. Daß ihre Arbeit weder effektiv noch befriedigend ablaufen kann, ist eine Erfahrung, die die Frauen als persönliches Versagen interpretieren (und interpretiert bekommen), und die, selbst wenn deren gesellschaftliche Bedingtheit erkannt wird, trotzdem auf Dauer individuell krankmachend wirkt.

Mütterzentren stellen Räume zur Verfügung, in denen die Frauen selber bestimmen, welche Entlastungen sie von dort erhalten. Die Möglichkeit, im Zentrum selber etwas anzubieten, was man in der Nachbarschaft nur schwer oder gar nicht bekommt, hat mehrere Erleichterungsebenen: Zum einen wird dadurch ein Forum geschaffen, wo die vielfältigen Kompetenzen und Kenntnisse von Hausfrauen und Müttern anerkannt und öffentlich gemacht werden. Wenn Haareschneiden, Kleider ändern, Schmuck herstellen, Kuchen backen, Hemden bügeln, etc. nicht nur persönliches Hobby oder einsame, unsichtbare Arbeit sind, bekommen sie eine ganz andere Wertigkeit in den Augen der Frauen selber. Zum zweiten treffen die Angebote im Zentrum die Bedürfnisse nach Entlastung, die am schwierigsten von Müttern erreicht werden können, oder allgemein am meisten vermißt werden: sei es eine Rechtsberatung, die Möglichkeit mit den Kindern preiswert essen zu gehen oder Kaffee zu trinken, billige gebrauchte Kinderkleidung zu erhalten, oder, wie besonders seit Tschernobyl, Vollwertkost und -beratung, sowie genaue Messungen und Verkauf von strahlenarmen Lebensmitteln an einer Stelle vorzufinden. Solche bedarfsorientierten Angebote ersparen Müttern viele Laufereien nach Informationen, knappen Lebensmitteln, Rezepten, und Erfahrungsaustausch, und schaffen den inneren und äußeren Raum, um für eigene Bedürfnisse sorgen zu können.

4. Die Kompetenzen von Hausfrauen und Müttern müssen im Zentrum anerkannt und unterstützt werden

Mütter werden permanent von allen Seiten mit einer Vielfalt von Informationen, Tendenzen, Verantwortlichkeiten und Ratschlägen bestürmt, deren Tenor es ist, daß Glück, Gesundheit und Erfolg ihrer Familie der Maßstab für den Erfolg ihrer Arbeit, ihrer Person sind. Dieser Anspruch ist so überwältigend, daß Haus- und Beziehungsarbeit ihm weder auf der persönlichen noch gesellschaftlichen Legitimationsebene gerecht werden kann und die Frauen krank macht.

Das eigene Leiden, das Sichaufopfern, noch mehr Dazulernen, noch besser Vorsorgen scheint die Voraussetzung für erfolgreiche Arbeit von Hausfrauen und Müttern zu sein. Die eigenen unerfüllten Bedürfnisse nach Entlastung, Unterstützung, Anerkennung und Regeneration führen zu Gefühlen der Unsicherheit, Angst und Hilflosigkeit angesichts des Übermaßes an Ansprüchen. Die macht wiederum besonders empfänglich für ein Akzeptieren der Botschaft vom eigenen Versagen, von der eigenen Schuld.

Unterstützung für Mütter durch professionelle Hilfsangebote vertiefen oft genau diese Gefühle, da auch sie meist von der Verbesserungsfähigkeit der Arbeit der Frau ausgehen. Das tiefe Wissen von Müttern in der Wahrnehmung ihrer Kinder, ihre Kreativität im Umgang mit den Kindern, der Familie, ihrer jeweiligen Lebenssituation wird nicht gesehen, nicht ernstgenommen, oder verärgert als dilettantische Besserwisserei zurückgewiesen. Um Hilfe in einem Bereich zu bekommen, müssen oft erst Kompetenzen und Stärken in anderen Bereichen verleugnet werden. Solche Bedingungen für Hilfeleistung sind krankmachend für die Frauen, sowohl wenn sie sich darauf einlassen, als auch, wenn sie sich dagegen wehren.

Im Mütterzentrum besteht die Möglichkeit des Austausches: von Gefühlen und Erfahrungen mit der Vielfalt und Vielzahl von Anforderungen, und auch von der Vielfalt und Vielzahl vorhandenen Wissens - seien es Rezepte, Hausmittel, Adressen guter Ärzte, Umgang mit Kinderkrankheiten, Bewältigungsstrategien im Alltag und mit den Kindern. Das sind konkrete Hilfen zur Alltagsbewältigung von Familien, die in der Öffentlichkeit jedoch überhaupt nicht angerechnet werden. Dieser Austausch im Zentrum stärkt das Vertrauen in die eigene Kompetenz, relativiert Gefühle von Angst und Hilflosigkeit, und entlastet gleichzeitig von Perfektionsansprüchen durch die Erfahrung, daß dasselbe Problem auf vielfältige und unterschiedliche Weise angegangen werden kann. Andererseits gewinnt Unbekanntes und dadurch Angstmachendes an Normalität (wie z.B. Vollwertkost), weil es in den Zentrumsalltag eingebettet ist. So wird die Chance geboten, aus eigener Motivation und Neugier dazulernen statt aus Leistungsdruck und Schuldgefühlen heraus.

5. Die Ambivalenzen von Hausfrauen und Müttern müssen im Zentrum akzeptiert und aufgefangen werden

Für die eigene Regeneration der Frau sind in den meisten Wohnungen keine Räume vorhanden. Rückzug, Auftanken, Ausspannen, zu sich selber kommen sind für Mütter nur äußerst selten innerhalb ihrer eigenen Wohnung möglich. Wenn eigene Bedürfnisse zuhause zu ihrem Recht kommen sollen, müssen sie gegen die der Familie definiert und durchgesetzt werden. Das geht nicht nur an den Bedürfnissen der Frauen vorbei, sondern kostet noch zusätzlich Energie. Zur Nutzung außerhäuslicher Regenerationsräume fehlen den meisten Frauen Zeit, Geld, Transportmöglichkeiten und eigene oder mitmenschliche Legitimationen.

Zusätzlich zu diesen alltäglichen Erfahrungen der Unvereinbarkeit von eigenen und Familienbedürfnissen kommt die ständige gesellschaftliche Botschaft, daß zum einen Haus- und Beziehungsarbeit keine Arbeit ist, und folglich die erlebten Probleme der Frauen gar nicht existieren (dürfen). Zum anderen hätten Hausfrauen und Mütter selbst dafür zu sorgen, daß ihre Arbeit unsichtbar bleibt, sich jedoch gleichzeitig reibungslos einfügt in die zentrale Rolle, die sie für die Arbeitskraft des Mannes, die Schulleistungen der Kinder, die Versorgung der Alten, die geglückte Sozialisation, die seelische und körperliche Gesundheit der nachwachsenden Generation spielt.

Diese vielschichtigen Botschaften haben eines gemeinsam: Schuld daran, wenn Haushalt oder Erziehung oder Selbstwertgefühl der Frau oder Gesundheit und Erfolg der Familie nicht stimmen, hat die Frau selber. Sie arbeitet ja nicht, bringt kein Geld heim, hat sich nicht gut genug gekümmert, nicht klug genug vorgesorgt, nicht intensiv genug aufgepaßt ... Diese Schuldzuweisung ist doppelt verhängnisvoll für die seelische Gesundheit von Frauen, da sie durch geschlechtsspezifische Sozialisation genau auf diese Vorwürfe schlecht autonom reagieren können. Die meisten Frauen haben gelernt, auf eigenes effektives Handeln zu verzichten und Änderungen eher durch eine Überidentifikation mit anderen zu erhoffen. So müssen sie sich gerade dann mehr nach außen abgrenzen und sich für die Familienbedürfnisse noch mehr aufarbeiten, wenn diese ihre eigenen Grenzen von Energie, Selbstwertgefühl und Gesundheit am meisten bedrohen. Die Isolation, unter der die einzelne Frau versucht, den sich gegenseitig ausschließenden Ansprüchen an ihre Arbeit gerecht zu werden, verstärkt sich dadurch noch mehr.

Die vielfältigen Angebote im Zentrum zur Arbeitserleichterung von Hausfrauen und Müttern helfen nicht nur Zeit, Geld und Energie zu sparen. Allein ihre Präsenz vermittelt das Gefühl, daß es in Ordnung ist, sich entlasten zu lassen, sei es bei Ansprüchen der Hausarbeit (Nähen lassen, Bügeln lassen, sich bekochen lassen etc.), bei Ansprüchen der Kinder (Kinderbetreuung) oder bei Ansprüchen der Beziehungsarbeit (Ich muß nicht alles selber machen, kann auch

mal was von anderen Frauen kaufen/tauschen, was unsere Atmosphäre zuhause gemütlicher macht). Darüber hinaus hilft die Vielfalt der verschiedenen Bedürfnisse und Angebote der Frauen im Zentrum der einzelnen Mutter, sich eigenen Grenzen und Abgrenzungswünschen anzunähern (Ich brauche nicht selber nähen zu lernen, muß mich nicht immer um alles kümmern). In einer Atmosphäre, wo viele Frauen in ähnlichen Situationen sich bemühen, die für sie richtige Balance zwischen dem Sorgen für andere und für sich selbst zu finden, können Ängste und Barrieren vor dem Sich-Selber-Verwöhnen abgebaut werden; jede Mutter kann im Zentrum eine andere finden, die ein offenes Ohr hat für die eigenen ambivalenten Gefühle, und die sie verstehen kann. Auch kann man bei anderen Frauen oft besser sehen, wo sie Grenzen setzen müßten, sich um sich selber kümmern sollten, als bei einem selber. Das Zentrum kann so auch ein Ort sein, wo Frauen sich gegenseitig bemuttern, aufeinander aufpassen, sich helfen, ihre Grenzen zu setzen, sich gegenseitig bestärken in der Suche nach einem eigenen Platz, der genug persönlichen Raum läßt, ohne dadurch die Bedürfnisse derer, die man liebt, abblocken zu müssen.

Die persönliche Balance jeder Frau zwischen Fürsorge für sich selbst und für andere kann so durch das Mütterzentrum kollektiv gestützt werden. Gleichzeitig schafft das Erleben des Nehmen-Könnens eine Chance, diese persönliche Balance für sich zu ändern, ohne mit den daraus resultierenden Schuldgefühlen und Rückschlägen allein gelassen zu sein. Das Mütterzentrum hilft, Bedingungen für Ambivalenzen sichtbar zu machen, ohne durch seine eigene Struktur diese zu wiederholen.

Das Alltagsleben und -handeln von Müttern ist potentiell krankmachend. Körperliche und seelische Krankheiten sind oft extreme oder scheiternde Formen von Verarbeitung der o.g. widersprüchlichen Bedingungen ihrer Arbeit, deren Belastungen und Abhängigkeiten. Sie sind eigentlich die logische Konsequenz von Arbeitsbedingungen und -inhalten, die es fast unmöglich machen, das körperliche und seelische Wohlergehen der Familie zu sichern, ohne selbst krank zu werden. Mütterlichkeit ist keine unbegrenzte Energiequelle. Zu ihrer Regeneration für andere, aber besonders für die Frauen selber, stellt das Mütterzentrum Räume, Zeit, Geld und Legitimation bereit.

A n h a n g

TEILNEHMERLISTE

Appel, Christa	Frankfurter Frauenschule Hamburger Allee 45 6000 Frankfurt
Dr. Bartholomeyczik, Sabine	Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des BGA General-Pape-Str. 62-66 1000 Berlin 42
Baum, Renate	Dipl.-Pädagogin SEKIS, Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle Albrecht-Achilles-Str. 65 1000 Berlin 31
Dr. Berg, Christiane	Apothekerin Beethovenplatz 6000 Frankfurt
Bressler, Marion	Deutscher Frauenring Wall 42 2300 Kiel
Bröckling, Elisa	Dipl.-Soziologin Frauenberatungsstelle Köln Venloerstr. 405-406 5000 Köln 30
Brunner, Evelyn	Dipl.-Psychologin Klinik Roseneck Am Roseneck 6 8210 Prien am Chiemsee
Dallmeyer, Anke	Referentin Leitstelle Gleichstellung der Frau Poststraße 11 2000 Hamburg 1
Demmer, Hildegard	Paulusstr. 30 4800 Bielefeld 1

Denecke, Anette	Sozialpädagogin Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung des Landes Niedersachsen Ellernstr. 36 3000 Hannover 1
Diers, Gabriele	Dipl.-Sozialpädagogin Gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit Hannover Rothaarweg 9 3000 Hannover 51
Reg.Dir.Dr. Dietzel, Gottfried	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit Ref. 233 Postfach 20 02 20 5300 Bonn 2
Prof. Dr. Distler, Wolfgang	Gynäkologe Universitätsfrauenklinik Moorenstr. 5 4000 Düsseldorf
Dr. Doering, Dörte	Pädagogin Heimvolkshochschule Königstr. 36 1000 Berlin 39
Drakew, Therese	Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung Bundesgeschäftsstelle Postfach 4 20 7800 Freiburg/Breisgau
Eckstein, Erika	Selbständige Kauffrau Deutscher Verband berufstätiger Frauen Friedrich-Ebert-Ring 19 2407 Sereetz
Eicke, Helga	Deutscher Verband berufstätiger Frauen Kronsdorfer Allee 21 2400 Lübeck

Ellinger, Sybille	Dipl.-Psychologin Universitäts-Krankenhaus Eppendorf Infostelle: Frauen, Medikamente Medizinische Soziologie Martinistr. 52 2000 Hamburg 20
Dr. Esterer, Ingeborg	Ressortleiterin Medizin und Psychologie "FÜR SIE" Poßmoorweg 5 2000 Hamburg 60
Estorff, Astrid	Leiterin KISS Gaußstr. 21 2000 Hamburg 50
Dr. Franke, Alexa	Dipl.-Psychologin Universität Dortmund Singerhoffstr. 60 4600 Dortmund 50
Dr. Franzkowiak, Peter	Abt. Med. Soziologie der Universität Freiburg Stefan-Meier-Str. 17 7800 Freiburg
Prof. Dr. med. Frantzen, Christiane	Gynäkologin Frauenklinik der med. Hochschule Podbielskistr. 380 3000 Hannover 51
Galliat, Franz	BZgA, Referat Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitserziehung, Er- wachsenenbildung, Interven- tionsprogramme
Dr. med. Geier, Reinhild	Psychotherapeutin Leiterin des St. Vitus-Stifts Fachklinik für suchtkranke Frauen Postfach 2849 Visbek/Oldenburg

Dr. Gerdes, Klaus	Soziologe Institut Schloß Reisenburg 8870 Günzburg
Dr. Glaeske, Gerd	Abteilungsleiter AM-Epidemiologie Bremer Institut für Präventions- forschung und Sozialmedizin (BIPS) St.-Jürgen-Str. 1 2800 Bremen 1
Dr. Gromus, Beatrix	Abteilung für klinische Psychologie Universität Freiburg Stefan-Meier-Str. 17 7800 Freiburg
Groth, Sylvia	Dipl.-Soziologin Feministisches Frauen- Gesundheitszentrum Bamberger Str. 51 1000 Berlin 30
Dr. Grothjahn, Marianne	Amtsärztin Barlachstr. 4 2418 Ratzeburg 2
Grund, Anna-Maria	BZgA, Referat Aufgabenplanung und -koordinierung, Projektab- laufplanung
Haisch, Ilka	Dipl.-Psychologin Universität Ulm Abteilung Psychotherapie Am Hochsträß 8 7900 Ulm
Dr. Harms, Frauke	Internistin Med. Universitäts-Poliklinik 2400 Lübeck

Heberle, Liliane	Pädagogin Deutsche Herzkreislauf- Präventionsstudie Gemeindestudie Stuttgart Johannesstr. 13 7000 Stuttgart 1
Heidenreich, Barbara	Deutscher Frauenring e.V. Wall 42 2300 Kiel
Helfferrich, Cornelia	Soziologin Abt. für Med. Soziologie Universität Freiburg Stefan-Meier-Str. 17 7800 Freiburg
Dr. Jacobi, Corinna	Moderatorin Universität Göttingen Zentrum psychologische Medizin von-Siebold-Str. 5 3400 Göttingen
Kammholz, Joachim	Sozialpädagoge Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg Ref. Gesundheitsbildung Tesdaorpfstr. 8 2000 Hamburg 13
Prof. Dr. Keck, Elmar	Arzt Medizinische Klinik C Universität Düsseldorf Moorenstr. 5 4000 Düsseldorf
Dr. Krause-Girth, Cornelia	Dipl.-Psychologin Abt. Med. Psychologie Universitätsklinik Frankfurt Theodor-Stern-Kai 7 6000 Frankfurt 70

Dr. Krey, Ursula	BZgA, Referat Gesundheits- erziehung durch die Familie, Familienplanung
Kruse, Elfi	Landesvereinigung für Gesund- heitserziehung e.V. Flämische Str. 6-10 2300 Kiel
Dr. Langenbucher, Heike	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit Ref. 177 Postfach 20 02 20 5300 Bonn 2
Lehmann, Harald	BZgA, Referat Aufgabenplanung und -koordinierung, Projekt- laufplanung
Leibing, Christa	Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des BGA General-Pape-Str. 62-66 1000 Berlin 42
Liebschner, Margit	Texterin Liebschner Company Agentur für medizinische und soziale Kommunikation Schorlemer Str. 66 4000 Düsseldorf 11
Dr. Lippmann, Christa	Dipl.-Psychologin MBB-Gesamtbetriebsrat Postfach 80 11 09 8000 München 80
Dr. Luetkens, Christian	Referent Hessisches Sozialministerium Dostojewskistr. 4 6200 Wiesbaden

Maier, Theresia	Dipl.-Psychologin Universitätsfrauenklinik Homburg/Saar Postfach 6650 Homburg/Saar
Mann-Luoma, Reinhard	BZgA, Referat Verhütung ernährungsbedingter Erkrankungen, Ernährungsaufklärung und Verbraucherschutz
Marsen-Storz, Gisela	BZgA, Referat Aufgabenplanung und -koordinierung, Projekt- ablaufplanung
Dr. Maschewski-Schneider, Ulrike	Soziologin Bremer Institut für Präventions- forschung und Sozialmedizin St.-Jürgen-Str. 1 2800 Bremen 1
Merfert-Diete, Christa	Sozialpädagogin Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren Postfach 13 69 Westring 2 4700 Hamm 1
Dr. Meyer, Katharina	Dipl.-Sportlehrerin/Gesundheits- erzieherin Theresienklinik Postfach 2 60 7812 Bad Krozingen
Milz, Helga	Wiss.-Angestellte Hochschule für Wirtschaft und Politik von-Melle-Park 9 2000 Hamburg 13
Dr. med. Nemitz, Barbara	Betriebsärztin Arbeitsmedizinische Dienste Potsdamer Str. 85 1000 Berlin 30

Neuhaus, Gottfried	Geschäftsführer Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. Viktoriastraße 28 5300 Bonn 2
Nilson-Giebel, Margareta	BZgA, Referat Mißbrauchsverhalten, Drogen, Sucht
Dr. Oberritter, Helmut	Referatsleiter Deutsche Gesellschaft für Ernährung Feldbergstr. 28 6000 Frankfurt/Main 1
Dr. Paul, Thomas	Experte Ernährungspsychologische Forschungsstelle der Universität Göttingen von-Sieboldstr. 5 3400 Göttingen
Dr. Pott, Elisabeth	BZgA, Direktorin
Rebensdorf, Hilke	Dipl.-Soziologin Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Steinplatz 2 1000 Berlin 12
Regus, Heidemarie	Frauenbeauftragte Stadt Kassel Rathaus Postfach 10 26 60 3500 Kassel
Prof.Dr.med. Riedel, Hans-Harald	Frauenarzt Universitäts-Frauenklinik Michaelisstr. 16 2300 Kiel 1

Dr. Riedel, Karin	BZgA, Referat Bekämpfung von Krebserkrankungen, Rheuma, Verhütung von Infektionskrank- heiten
Röring, Regina	Feministisches Frauen-Gesund- heitszentrum Bamberger Str. 51 1000 Berlin 30
Rohrmoser, Helgard	Fachschule für Sozialarbeit Traunsteiner Str. 3 1000 Berlin 30
Runde, Agnes	Sozialpädagogin Selbsthilfe Kontakt- u. Informationsstelle Albrecht-Achilles-Str. 65 1000 Berlin 31
Schafft, Sabine	Wiss. Angestellte Tech. Universität Berlin FB 2, Institut für Soziologie Seesener Str. 53 1000 Berlin 31
Schildmann, Irmgard	Dipl.-Psychologin Tumorzentrum der Med. Hochschule Hannover Konstanty-Gutschow-Straße 3000 Hannover 1
Schimke, Anneliese	Hausfrau Deutscher Hausfrauen-Bund e.V. An der Schüttenhöhe 33 5270 Gummersbach
Schindler, Barbara	Vorsitzende ANAD-Selbsthilfe Anorexia-Bulimia Nervosa e.V. Ungerer Str. 32 8000 München 40

Schlicht, Irine	Wiss. Angestellte Die Frauenbeauftragte Senator für Jugend und Familie An der Urania 12 1000 Berlin 30
Dr. med. Schumann, Claudia	Frauenärztin/Psychotherapeutin Neustadt 47 3410 Northeim
Dr. Sellschopp, Almut	Psychologin Institut und Poliklinik für psychosomatische Medizin, Psychotherapie und med. Psychologie der techn. Universität München Langerstr. 3 8000 München 80
Sonntag, Ute	Dipl.-Psychologin Projekt "Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen" St.-Jürgen-Str. 1 2800 Bremen 1
Stein, Rosemarie	Medizinjournalistin Süntelsteig 5 1000 Berlin 37
Dr. Tietze, Gertrud	Ärztin Senator für Gesundheit, Soziales und Familie An der Urania 14 1000 Berlin 30
Prof. Dr. Tietze, Konrad W.	Sozialmediziner/Gynäkologe Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des BGA General-Pape-Str. 62-64 1000 Berlin 42
Töppich, Jürgen	BZgA, Referat Wiss. Untersuchun- gen, Erfolgskontrolle, Dokumentation

Dr. Tüllmann, Greta

Wiss. Referentin
Deutsches Jugendinstitut
Freibadstr. 30
8000 München 90

Unland-Schlebes, Irene

Dipl.-Pädagogin
Psychodrama-Zentrum e.V.
Großbeerenstr. 56b
1000 Berlin 61

Venth, Angela

Wiss. Angestellte
Pädagogische Arbeitsstelle des
Deutschen Volkshochschulverbandes
Holzhausenstr. 21
6000 Frankfurt/Main 1

Dr. Vogt, Irmgard

Psycho-/Soziologin
Universität Frankfurt
Senckenberganlage 15-17
6000 Frankfurt

Dr. med. Wagner, Ilse

Ärztin
Deutscher Ärztinnenbund/
Pro Familia
Zeisigweg 16
2400 Lübeck

Wiegand, Gisela

Institut Frau und Gesellschaft
Goethestr. 29
3000 Hannover 1