



Herausgeberin:
Bundeskoordination
Frauengesundheit (BKF)



Zusammenhänge

Fakten

Tipps

Frauen Leben Gesundheit

Frauen
leben
Gesundheit

Impressum

BKF – Bundeskoordination Frauengesundheit (Hrsg.)
(www.bkfrauengesundheit.de)

Konzept und Text: Bremer Medienbüro

Barbara Einhoff, Beate Hoffmann,

Mechthild Müser, Dr. Eva Schindele (Koordination), Bremen

(www.bremer-medienbuero.de)

Gestaltung: Feilcke & Glinsmann

Fotos: Cornelia Suhan,

(Fotos S. 3, 35, 36, 37 BMFSFJ)

Druck: Druckerei Stahmann, 28816 Stuhr-Brinkum

1. Auflage, Stand August 2003

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung.

Sie wird kostenlos abgegeben.



BKF

Bundeskoordination
Frauengesundheit

In Trägerschaft des AKF® / Gefördert durch das BMFSFJ

Einführung

Die Bundeskoordination Frauengesundheit – kurz BKF – wurde Anfang 2002 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) als befristetes Projekt zur bundesweiten Koordination innovativer Ansätze in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen eingerichtet und beim Verein Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF®) in Bremen angesiedelt.

Unsere Koordinationsstelle entwickelt bundesweit Vernetzungsstrukturen zum Thema Gesundheit von Frauen, damit Erkenntnisse aus Forschung und Praxis schneller im bestehenden Gesundheitssystem verbreitet werden. Dazu arbeiten wir mit Fachleuten aus Gesundheitswesen und Politik ebenso zusammen wie mit Frauenorganisationen und Bildungseinrichtungen. Unser interaktiver Internetauftritt dient dem Informationsaustausch und der Themen bezogenen Vernetzung von Organisationen, Projekten, Initiativen und Einzelpersonen.

Die vorliegende Broschüre »Frauen (L)eben Gesundheit« wendet sich an ein breites Publikum. Am Lebenszyklus und an den unterschiedlichen Lebenswelten von Frauen orientiert, will sie Einblick geben in die Vielfalt der Frauengesundheitsforschung und -praxis. Daten und Zitate aus dem Frauengesundheitsbericht ergänzen die Darstellung, Ratschläge, Hinweise auf spezielle Broschüren und Informationsadressen runden das Bild ab. Teilweise haben wir aus Gründen der Aktualität neue Daten aufgenommen, die nicht aus dem Frauengesundheitsbericht stammen. Diese sind im Text oder durch Fußnoten kenntlich gemacht. Eine jeweils aktualisierte Fassung wird demnächst auf der BKF-Website unter www.bkfrauengesundheit.de veröffentlicht.

Die Broschüre kann selbstverständlich nur einen Teil der Gesundheitsprobleme von Frauen aufgreifen. Sie will Informationen und Anregungen vermitteln, aber nicht die gezielte Inanspruchnahme professioneller Hilfe ersetzen.

Wir möchten Sie einladen, den Blick auf die mit der Gesundheit von Frauen verbundenen Fragestellungen zu erweitern, neue Sichtweisen auf Altbekanntes kennen zu lernen und diese neuen Aspekte in Ihrem Alltag mitzudenken.

Mareike Koch
Leitung der Bundeskoordination Frauengesundheit

Regina Jürgens

- 7 Frauen sind anders – Männer sind es auch**
 - Gesundheit steht auf vielen Beinen
 - Gleiche Bildung – schlechtere Karrierechancen
 - Gesundheit: eine Frage des Geschlechts
- 13 Zur Frau werden**
 - Regelmäßig und doch anders
 - Die erste Blutung als Meilenstein auf dem Weg zur Frau
 - Hunger nach Leben
 - Essstörung – die heimliche Sucht
- 17 Kinder oder keine?**
 - Kinderwünsche – Wunschkinder
 - Schwanger: Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko
 - Fortpflanzung im Labor
- 22 Lebensmitte**
 - Verlieren und gewinnen
 - Sind das schon die Wechseljahre?
 - Hausmittel und Worte können helfen
 - Hormone als Wunderpillen?
- 27 Gynäkologische Erkrankungen**
 - Brustkrebs – Zahlen und Risiken
 - Brustkrebsfrüherkennung
 - Im Mittelpunkt die Patientin
 - Gynäkologische Operationen und ihre Folgen
 - Frauenleiden – viele trifft es
- 35 Gewalt**
 - Wie aus Ohnmacht Stärke wird
 - Gewalt macht krank
- 39 Abhängig von Medikamenten**
 - Die unauffällige Sucht
 - Ursachen der Abhängigkeit
 - Auf die Krücke verzichten: Beratung – der erste Schritt zur Heilung
- 42 Leben mit Einschränkungen**
 - Chronische Erkrankungen: Wenn die Krankheit zum ständigen Begleiter wird
 - Behinderungen: Selbstbestimmt leben
- 47 Institutionen und Adressen**

Gesundheit steht auf vielen Beinen
Gleiche Bildung – schlechtere Karrierechancen
Gesundheit: eine Frage des Geschlechts



Frauen sind anders – Männer sind es auch

»Ein lebensweltbezogenes Verständnis von Gesundheit und Krankheit beinhaltet, die enge Beziehung zwischen den Arbeits- und Lebensbedingungen der Frauen, ihrem Gesundheitszustand und ihrem Versorgungsbedarf zum Kern der Untersuchung zu machen. Ressourcen und Belastungen von Frauen bestimmen gemeinsam ihr Wohlbefinden, ihren Gesundheitszustand und ihre Gestaltungsfähigkeit.«

Gesundheit steht auf vielen Beinen

»Ich Sorge für mich. Zum einen auf der körperlichen Ebene, dass ich keine Schmerzen habe und weiß, es ist alles in Ordnung. Sorgen heißt auch, dass ich ein bisschen Sport mache, dass ich Dinge esse, von denen ich meine, das sind nahrungsphysiologisch wertvolle Sachen. Und ich achte darauf, dass ich mich ausreichend mit Vitaminen versorge, und dass ich Entspannung habe. Damit es mir psychisch gut geht, hole ich mir immer mal wieder Beratung, und da sind Freundschaften für mich total wichtig.« Heike S., 54 Jahre, Verwaltungsangestellte

Eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Bewegung, der Verzicht auf gesundheitsschädliche Genussmittel wie Zigaretten und Alkohol, ein reges soziales Leben – was Frauen als gesunde Lebensweise empfinden und was sie für die Erhaltung ihrer Gesundheit tun, ist individuell verschieden. Gesundheit heißt mehr, als dass der Körper funktioniert. Sie ist ein alle Lebensbereiche umfassendes Wohlbefinden. Ob eine Frau gesund ist und bleibt, wird nicht nur von ihrer körperlichen Konstitution bestimmt, sondern auch von ihren Lebensbedingungen beeinflusst: ist sie verheiratet oder allein erziehend, verfügt sie über ein eigenes Einkommen oder ist sie finanziell abhängig, pflegt sie Angehörige, lebt sie allein oder in der Familie? Auch die Wohnverhältnisse spielen eine Rolle für ihre Gesundheit. Je mehr eine Frau mit ihren Lebensumständen zufrieden ist und mit ihren Wünschen und Bedürfnissen in Einklang lebt, desto günstiger wirkt sich das auf ihr Wohlbefinden aus.

Frühzeitig an die Gesundheit von morgen denken

Die Grundlagen für ein gesundes Altern werden bereits in der Kindheit und Jugend gelegt. Falsche Ernährung, Bewegungsmangel und Essstörungen spielen unter anderem für die Entwicklung einer Osteoporose im Alter eine große Rolle. Wenn Frauen schon in jungen Jahren versuchen, durch Alkohol, Pillen und Zigaretten Konfliktsituationen zu bewältigen, riskieren sie mit diesem Verhalten spätere chronische Erkrankungen. Wenn man schon als Kind gelernt hat, sorgsam mit sich und seinem Körper umzugehen, achtet man auch später mehr auf seine Gesundheit.

¹ Bericht der Bundesregierung zur Berufs- und Einkommenssituation von Frauen und Männern

Wussten Sie, dass ...

... ältere Frauen mehr für ihre Gesundheit tun?

Die Beachtung der eigenen Gesundheit nimmt mit dem Alter zu – in Ost- und in Westdeutschland gleichermaßen. Achtet von den 25- bis 34-jährigen Frauen nur ein Drittel auf eine gesunde Lebensführung, ist es bei den über 50-Jährigen die Hälfte, die bewusst etwas für die Gesundheit tut.

»Das Bildungsniveau beeinflusst die Lebenschancen und die Lebensplanung in vielfacher Hinsicht. Es weist nicht nur Zusammenhänge zum Informationsstand in gesundheitlichen Fragen auf, sondern auch zum Gesundheitsverhalten, zum Gesundheitszustand und zum Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes – um nur einige beispielhaft zu nennen.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001, SEITE 55

Gleiche Bildung – schlechtere Karrierechancen

Über die Hälfte der deutschen Abiturienten sind Mädchen und im Jahr 2000 waren 45 Prozent derjenigen, die ein Hochschulstudium erfolgreich abgeschlossen haben, weiblich. Obwohl immer mehr Frauen, auch verheiratete und Mütter, einer bezahlten Arbeit nachgehen, haben sie es schwerer als ihre männlichen Kollegen, beruflich voranzukommen. Lediglich fünf bis acht Prozent aller Führungspositionen sind mit Frauen besetzt. Und Frauen werden noch immer schlechter bezahlt: In den neuen Bundesländern verdienen sie durchschnittlich sechs Prozent, in Westdeutschland sogar 25 Prozent weniger als Männer¹.

Ein Leben mit Brüchen

»Wohlbefinden liegt ja auch auf der Schiene der Wertigkeit. Du bist ja heute nix, wenn du Hausfrau bist und Mutter. Um mich rum gibt es viele Frauen, die zwei, drei Kinder haben und arbeiten, aber die haben dann auch eine Oma oder eine Haushaltshilfe, die sich um die Kinder kümmert. Aber ich kann mir keinen Babysitter leisten. Da ist schon eine Unzufriedenheit, so dass ich demnächst auch wieder arbeiten will. Was ich jetzt seit zehn Jahren mache, hat keinen Stellenwert in der Gesellschaft. Aber manchmal habe ich Angst, dass ich auf dem Arbeitsmarkt auch nichts mehr wert bin.«

Ingrid S., 42 Jahre, allein erziehend, arbeitslos

Die Lebensläufe von Frauen sind oft nicht geradlinig, sondern Patchworkbiografien, geprägt von dem Konflikt zwischen den Ansprüchen des Berufs und denen der Familie. Aus der Stressforschung ist bekannt, dass Frauen in der Entscheidungsphase 'Beruf und/oder Kinder' häufig seelisch erkranken.

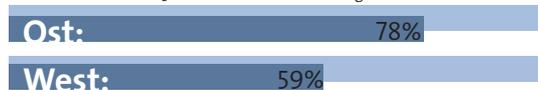
Viele Frauen sind vor, während und nach der Kindererziehung erwerbstätig. Andere unterbrechen ihren Beruf zeitweilig oder geben ihn ganz auf – insbesondere Frauen in den alten Bundesländern. Hier gibt es nach wie vor zu wenig öffentliche Kinderbetreuungseinrichtungen. Nach einem Erziehungsurlaub können Frauen ihren Beruf oft nur mit erheblichen Nachteilen fortsetzen. Viele von ihnen sind im Dienstleistungssektor Teilzeit oder geringfügig beschäftigt. Sie bessern das Familieneinkommen oder ihre Rente auf. Besonders benachteiligt sind allein erziehende Mütter. Jede sechste Frau im früheren Bundesgebiet erzieht ihr Kind allein, in den neuen Ländern und Berlin-Ost tut dies jede dritte².

Allein erziehende Frauen und ihre Kinder bilden diejenige Familiengruppe, die vergleichsweise am stärksten von Armut bedroht ist und bei der Armut am häufigsten eintritt. Sie weisen auch die mit Abstand höchste Sozialhilfequote aller Bevölkerungsgruppen auf.

Ost-West-Vergleich

Nach der Geburt eines Kindes nehmen über zwei Drittel der vorher erwerbstätigen Frauen in Ost- und Westdeutschland Erziehungsurlaub in Anspruch. Drei Jahre später sind bereits 78 Prozent (Ost) bzw. 59 Prozent (West) wieder erwerbstätig³. 61 Prozent der ostdeutschen und 59 Prozent der westdeutschen berufstätigen Frauen sind verheiratet⁴.

Nach 3 Jahren wieder erwerbstätig:



»Insbesondere niedrige und ungenügende Einkommen, die mit ungünstigen äußeren und inneren Bedingungen verbunden sind, haben Auswirkungen auf die gesamte Lebenssituation: auf die Versorgung mit adäquatem Wohnraum, auf die Teilnahme an gesellschaftlichen und kulturellen Aktivitäten und auf die Möglichkeiten zu gesundheitsförderlichen Lebensstilen.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001, SEITE 55

Die klassische Familie: ein Auslaufmodell?

Die Lebensformen von Frauen ändern sich: Die Ehe ist zwar immer noch die häufigste Form des Zusammenlebens, 45 Prozent aller Frauen in Deutschland sind verheiratet. Doch die Lust am Heiraten nimmt ab. 1988 gaben sich rund 535 000 Paare das Jawort vor dem Standesamt, 2001 waren es nur noch knapp 390 000. Gleichzeitig steigt die Zahl der Kinder, die keine verheirateten Eltern haben. In den neuen Bundesländern ist über die Hälfte aller Kinder außerhalb einer Ehe geboren (2001 rund 54 Prozent), nahezu dreimal so viele wie im früheren Bundesgebiet (19 Prozent)⁵.

Wussten Sie, dass ...

... ledige und verheiratete Frauen sich gesünder fühlen? Nur rund 30 Prozent der geschiedenen und verwitweten ost- und westdeutschen Frauen schätzen ihre Gesundheit als gut ein. Aber die Hälfte der ledigen und verheirateten Frauen fühlt sich gesund.

Allein leben

In Deutschland gibt es immer mehr Einpersonenhaushalte. In den meisten leben Frauen (58 Prozent). Laut Bevölkerungsstatistik sind 46 Prozent aller Frauen über 15 Jahre nicht verheiratet, darunter 30 Prozent verwitwet und älter als 55 Jahre. Ihnen fehlen häufig soziale Netzwerke, sie sind oft isoliert und erfahren weniger Unterstützung. Eine Folge: In Notsituationen ist niemand da, der rechtzeitig ärztliche Hilfe holt.



² Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2001

³ Bericht der Bundesregierung zur Berufs- und Einkommenssituation von Frauen und Männern

⁴ Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2001

⁵ Statistisches Bundesamt, ebd.

»Mein Job ist schon sehr belastend. Da sind auch so merkwürdige Sachen wie Mobbing im Spiel, das ist heftig. Merken tu ich das an so kleinen Spitzfindigkeiten vom Chef wie »Weißt du eigentlich, wie du dich jetzt anhörst!«, oder dass er meinen Gesichtsausdruck nachäfft. Ich bin sowieso in so einer Burnout-Situation, und nun das noch. Ich bin psychisch kaputt. Morgens habe ich Magenschmerzen und nachts kann ich nicht durchschlafen. Während der Arbeit hatte ich jetzt schon mehrmals plötzlich Hexenschuss im Nacken, so dass ich beim Telefonieren meinen Kopf nicht mehr bewegen konnte. Medikamente will ich nicht nehmen, deswegen habe ich mit meiner Ärztin abgesprochen, mich mal wieder für eine Woche rauszuziehen. Ich weiß, dass ich was an meiner Situation ändern muss. Dann gehen sicher auch die depressiven Verstimmungen weg.« Uta A., 50, Call Center-Agentin



Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts

Frauen und Männer definieren ‚Gesundheit‘ unterschiedlich: Frauen verbinden Gesundheit eher mit Wohlbefinden und Körpererleben, Männer mit Abwesenheit von Krankheit und Leistungsfähigkeit. Aber es gibt noch andere Unterschiede:

Frauen sind im Allgemeinen gesundheitsbewusster als Männer:

- sie verhalten sich im Haushalt, am Arbeitsplatz und im Verkehr weniger riskant
- sie können Krankheitssymptome eher deuten und suchen schneller einen Arzt auf
- sie kümmern sich um das gesundheitliche Wohl der Familienmitglieder

Frauen werden anders behandelt als Männer:

- sie müssen doppelt so oft zum Arzt gehen, damit ihre Symptome ernst genommen werden
- ihre Beschwerden werden eher als psychosomatisch interpretiert
- Ärztinnen und Ärzte diagnostizieren bei Frauen schneller psychische Störungen, zum Beispiel Depressionen
- sie bekommen häufiger und mehr Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel oder Antidepressiva verordnet

Psychische Störungen äußern sich bei Frauen anders:

- Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, körperbezogene Störungen und Somatisierungsstörungen finden sich in Studien bei Frauen häufiger, Alkohol- und Drogenprobleme und so genanntes antisoziales Verhalten häufiger bei Männern. Psychosen kommen bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor
- Frauen nehmen mehr therapeutische Hilfe in Anspruch

Gleiche Medikamente – andere Wirkung

Körper und Organe von Frauen und Männern funktionieren teilweise verschieden. Auch in ihrem Hormonhaushalt, dem Fettanteil im Körpergewebe und ihrem Gewicht unterscheiden sich Frauen wesentlich von Männern. Deshalb, und weil der weibliche Stoffwechsel während des Zyklus und im Alter unterschiedlich reagiert, wirken Arzneimittel bei Frauen anders als bei Männern. Diese Geschlechtsunterschiede hat die Arzneimittelforschung bislang wenig beachtet. So werden Medikamente noch immer überwiegend an jungen Männern getestet und die Ergebnisse eins zu eins auf Frauen übertragen. Dabei zeigen neuere, mit Frauen durchgeführte Forschungen, dass sie zum Beispiel durch Aspirin weniger gut als Männer vor Herzinfarkt geschützt sind, und dass der weibliche Organismus weniger Schmerzmittel braucht. Noch fehlt bei einer Reihe von Arzneimitteln ein wissenschaftlicher Wirkungsnachweis und eine Dosierungsempfehlung. Deswegen verschreiben Ärztinnen und Ärzte Frauen häufig zu hohe Dosen, was nicht nur zu schädlichen Nebenwirkungen führt, sondern auch eine Medikamentenabhängigkeit fördern kann.



Wussten Sie, dass ...

... jede siebte Person in Deutschland über 60 Jahre alt und weiblich ist (1999)?

Verbesserte Lebensbedingungen und eine bessere medizinische Versorgung haben dazu geführt, dass Frauen – und auch Männer – immer älter werden. Anfang des 20. Jahrhunderts wurden Frauen im Schnitt 48 Jahre alt, heute werden sie durchschnittlich 81, und leben damit rund sechs Jahre länger als Männer. Verschiedene Gründe stehen zur Diskussion: Frauen haben eine bessere biologische Konstitution und Immunabwehr, sie achten mehr auf sich und führen einen weniger riskanten Lebensstil.



Frauenherzen schlagen anders

Die Gefahr, an einer Herz-Kreislaufkrankheit zu sterben, ist in Deutschland in den letzten 20 Jahren ein wenig gesunken. Und dennoch: Laut Statistischem Bundesamt machten im Jahr 2000 Herz-Kreislaufkrankungen, zu denen auch der Schlaganfall zählt, bei Frauen 52 Prozent aller Todesursachen aus. Im Vergleich starben im selben Jahr 41,5 Prozent aller Männer an den Folgen von Herz-Kreislaufkrankungen. Man geht davon aus, dass Frauen bis zu den Wechseljahren hormonell relativ gut davor geschützt sind, bei älteren Frauen stehen Herz-Kreislaufkrankungen an der Spitze der Todesursachen.

Studien belegen, dass Frauenherzen anders schlagen und anders auf Medikamente und Stress reagieren. Frauen haben eine geringere Chance, einen Herzinfarkt zu überleben. Weil Herzinfarkt immer noch häufig als typisch männliche Erkrankung eingestuft wird, nehmen die Frauen selbst, ihre Familie und Ärztinnen und Ärzte die Symptome weniger ernst. Die typischen Anzeichen eines Herzinfarkts sind bei Frauen etwas anders als bei Männern. Frauen klagen häufiger über starke Schmerzen in der linken Schulter, über Übelkeit und müssen sich häufiger übergeben. Brustschmerzen und Atemnot als weitere Hinweise auf einen Herzinfarkt zeigen sich bei beiden Geschlechtern.

Glimmende Gefahr

Rauchen ist neben Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, einem zu hohen Cholesterinspiegel und Bewegungsmangel der Grund dafür, warum immer mehr Frauen an Herz-Kreislaufkrankungen leiden. Außerdem gilt das Rauchen als der Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Lungenkrebs, chronischer Bronchitis und Krebsen des Mund- und Rachenraums. Viele junge Frauen greifen zur Zigarette: Bei den 18- bis 24-Jährigen sind es circa 40 Prozent, wobei die Unterschiede zwischen Ost und West kaum ins Gewicht fallen. Ob Frauen rauchen, hängt auch von ihrer Lebenssituation ab: arbeitslose Frauen, Frauen unter der Armutsgrenze, Sozialhilfeempfängerinnen und Frauen mit niedriger Schulbildung rauchen häufiger. Dabei ist den Ergebnissen einer neuen dänischen Studie zufolge das Rauchen von Zigaretten für Frauen doppelt so gefährlich wie für Männer. Schon bei drei bis fünf Zigaretten pro Tag kann sich danach für eine Frau das Herzinfarktrisiko im Vergleich zu einer Nichtraucherin mehr als verdoppeln.

Wussten Sie, dass ...

- ... Männer ärztliche Vorsorgeuntersuchungen kaum in Anspruch nehmen?
- ... Männer häufiger an Herzinfarkt, Luftröhren- und Lungenkrebs sterben?
- ... Männer häufiger durch Verkehrsunfälle ums Leben kommen?
- ... sich dreimal mehr Männer als Frauen das Leben nehmen?

■ Auch wenn beide Partner erwerbstätig sind – Frauen leisten noch immer den Hauptteil an unbezahlter, sozial wenig anerkannter Familienarbeit. Im Vergleich zu Männern bringen sie zwischen einer Stunde und fünf-einhalb Stunden täglich mehr für Familienarbeit auf. Aber es gibt auch andere Modelle.

»Ich wollte zwar immer gern Mutter sein, aber nie diese Rolle 'heiraten – Kinder kriegen – zu Hause bleiben'. Ich brauche Job und Familie, um mich wohl zu fühlen. Wir haben damals gesagt, entweder machen wir beide jetzt Karriere, oder wir haben noch Kinder. Ich wollte immer Kinder, dann ist das aber nichts mit der Karriere. Und wir wollten nie diese Aufteilung, dass der eine Partner immer weg ist und nichts von den Kindern hat. Mein Lebenspartner hat dann nur Frühschichten gearbeitet und ich nur vormittags. Die Hausarbeit haben wir uns schon immer geteilt. Ich weiß das sehr zu schätzen, weil das ja in 99 Prozent der Partnerschaften nicht funktioniert.« Andrea V., 46 Jahre, Bautechnikerin, 2 Kinder

■ Erwerbstätige Frauen mit Familie sind mehrfach belastet. Aber für viele bietet die Kombination der verschiedenen Lebensbereiche auch Chancen: persönliche Weiterentwicklung, Sinngebung, Ausweich- und Kompensationsmöglichkeiten.

»Klassische Familienarbeit käme für mich nicht in Frage. Das würde ich vielleicht zwei Monate aushalten. Mir würde es fehlen, gebraucht zu werden. Das klingt vielleicht komisch, weil ich von der Familie ja auch gebraucht werde, aber meine Arbeit gibt mir noch eine andere Bestätigung. Ich muss mich anstrengen, ich muss überlegen, ich bin gefordert. Hausarbeit hat für mich selber nicht diesen hohen

Wert. Meine Arbeit erfüllt mich auf eine ganz eigene Weise, weil ich für meine Leistung sehr viel zurück bekomme. Ich brauche meine Arbeit, um mich »ganz« zu fühlen.« Ulrike S., 42 Jahre, verheiratet, Krankengymnastin, 1 Kind

■ Neben Beruf, Haushalt und Kindererziehung ist für viele Frauen auch die Pflege kranker Eltern und Angehöriger alltägliche Verpflichtung.

»Mich um meinen Vater zu kümmern, sehe ich zurzeit als meine Aufgabe. Es käme mir absurd vor, mich anderweitig zu engagieren, so lange mein Vater da ist. Wenn alles läuft und ich merke, dass es ihm gut geht, bin ich zufrieden. Aber wenn es mal wieder Ärger wegen der Pflegeversicherung gibt und irgendetwas wird nicht bewilligt, macht mich die Situation krank. Meine Rückenschmerzen führe ich ein bisschen zurück auf meine jetzige Situation. Wenn es mir nicht gut geht, spüre ich das gleich im Kreuz. Mir ist auch aufgefallen, dass meine Haltung in letzter Zeit oft so geduckt ist. Das hat, glaube ich, mit Selbstwertgefühl zu tun, mit Anerkennung. Die müsste aus dem Bereich kommen, der jetzt brach liegt. Ich habe jetzt so ein Gefühl von Stillstand und Abbau – mein Vater, der baut jetzt ja ab. In meinem Leben passiert nichts Neues und es bauen sich keine Perspektiven auf. Aber ich habe mich entschieden, das auszuhalten, aus Liebe, aus Pflichtgefühl und aus Unsicherheit, was Alternativen angeht.« Petra T., 38 Jahre, Lehrerin, wartet auf ihr Referendariat

■ Ein hohes Arbeitstempo, Zeitdruck, Unter- und Überforderung im Job wirken sich bei vielen Frauen gesundheitlich negativ aus. Frauen haben im Verhältnis

zu Männern weniger Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, werden aber eher frühverrentet.

»Ich war in meinem Beruf als Technische Assistentin nicht glücklich. Ich dachte, ich lerne was typisch Männliches, eben Naturwissenschaften und nicht Kinderkrankenschwester oder Verwaltungskauffrau. Ich habe erst später gemerkt, dass ich einen Frauenberuf ergriffen habe. Eine Assistententätigkeit ohne Veränderungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen. Man macht einfach reine Zulieferdienste. Ich hatte immer dieses Gefühl, ich muss was machen, was ich eigentlich gar nicht will. Das hat zu sehr starken gesundheitlichen Einschränkungen geführt. Ich hatte jedes Wochenende heftige Migräne. Jetzt habe ich erst einmal eine Familienpause eingelegt und will die Zeit nutzen, um zu überlegen, ob ich vielleicht noch eine andere Ausbildung mache.« Vera K., 27, Hausfrau, verheiratet, 1 Kind

■ Arbeitslose Frauen schätzen ihre Gesundheit im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen schlechter ein und sind unzufriedener mit ihrem Leben.

»Seit ich arbeitslos bin, fühle ich mich manchmal wie so eine Kuh, die von ihren Kindern gemolken wird. Ich bin sicher unfair, aber ich habe oft das Gefühl, es dreht sich alles um sie. Ich möchte auch manchmal nur was für mich haben. Wenn ich einen Job hätte, könnte ich einfach sagen, ich muss los. Und du kriegst Anerkennung, klar ist das auch viel Stress, aber es ist dein Bereich, in den dir keiner reinfunkt. Im letzten halben Jahr hat sich mein Heuschnupfen auf die Bronchien verschoben. Ich glaube, das ist auch ein Ausdruck für meine festgefahrene Situation.« Annette B., 35, allein erziehend

Regelmäßig und doch anders
Die erste Blutung als Meilenstein auf dem Weg zur Frau

Hunger nach Leben
Essstörung – die heimliche Sucht

Zur Frau werden



»Die erste Regelblutung (Menarche) und der erste Geschlechtsverkehr (Kohabitarche) gelten als »Meilensteine« der körperlichen und psychosozialen Entwicklung. Die Menarche bedeutet Geschlechtsreife und Beginn der Möglichkeit, Kinder zu bekommen ... Im Hinblick auf die Gesundheit kommt dieser Phase der Jugend ... eine besondere Relevanz zu. Es gibt eine Reihe von Hinweisen, daß die Verarbeitung dieser Veränderung nicht immer unproblematisch verläuft. Deutlichster Indikator ist die ab der Pubertät zunehmende Unzufriedenheit von Mädchen mit ihrem Körper, während ... die Zufriedenheit der Jungen mit der eigenen Erscheinung zunimmt.«

Regelmäßig und doch anders

Die erste Blutung als Meilenstein auf dem Weg zur Frau

Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt. Die Pubertät kann ganz schön anstrengend sein. Die Gefühle schlagen Purzelbaum. Der Körper verändert sich, wird erwachsen. Schwierig und spannend zugleich.

Etwa mit zehn Jahren bemerken Mädchen, dass sie sich äußerlich verändern, die Hüften werden rundlicher, die Brüste entwickeln sich, in Achselhöhlen und am Venushügel wachsen die ersten Härchen. Die Eierstöcke bilden vermehrt die weiblichen Hormone Östrogen und Progesteron: die Geschlechtsreife beginnt.

Achterbahn der Gefühle

In der Pubertät liegen Scham, Stolz und Unsicherheit dicht beieinander. Ebenso befürchten Mädchen, anders zu sein als die Freundinnen. »Ich fühlte mich mit elf Jahren zu früh dran und habe gelogen, wenn mich jemand gefragt hat, ob ich schon meine Regel habe«, sagt Jennifer (17). Ihre 14-jährige Freundin dagegen wartet sehnsüchtig darauf – sie fühlt sich als Spätentwicklerin. Die meisten Mädchen in Deutschland bekommen heute ihre Regel um das 12. Lebensjahr herum, aber auch mit 16 ist die Menarche, die erste Regelblutung, noch normal.

Natürlich! Eine gute Vorbereitung hilft

Für Frauen, die vor hundert Jahren lebten, war es eher normal, dass sie ihre Menarche mit 15 oder 16 Jahren hatten – bedingt durch die schlechteren Lebens- und Ernährungsbedingungen. Und für sie und ihre Töchter war es auch normal, dass sie auf die erste Regel nicht vorbereitet wurden. Im Gegenteil: Die Monatsblutung war tabuisiert und viele mussten sich die Warnung anhören: »Komm ja nicht mit einem Kind nach Hause!« Erst in den 60er Jahren, als über Sexualität offener gesprochen wurde, fingen Frauen an, ihre erste Menstruation als etwas Positives zu erleben. Und heute? Obwohl Mädchen deutlich besser aufgeklärt sind, empfinden nur drei von zehn jungen Frauen die erste Regelblutung als etwas Natürliches. »Mir war das echt unangenehm. Es war ungewohnt, weil ich das nicht kannte und mit meiner Mutter hatte ich wenig darüber geredet.

Kerstins Regel-Tagebuch

5. Januar 2000, ich bin 12

Mein Gefühl: Komisch, aber schön. Ich bin eine Frau, eine richtig reife Frau. Die braune Schmiere sah witzig aus. Als ich sie sah, bin ich sofort zu Mama gesprungen, vor Freude. Und sie sagte: »Ja, das ist der Anfang deiner Tage.« Jetzt warte ich gespannt auf die richtige Blutung.

13. März 2000

Mein Gefühl: Endlich ist das Blut da. Das Gefühl kann ich nicht beschreiben. Nur, dass ich Bauchschmerzen habe und oft die Binden wechseln muss. Na ja, jedenfalls bin ich glücklich – manchmal.

5. Juni 2002, jetzt bin ich 14

Mein Gefühl: Trotz Bauchschmerzen komme ich mit der Regel sehr gut zurecht. Meine Freundin ist heute zum Frauenarzt gegangen. Muss ich das auch?

Theoretisch wusste ich das aus der »Bravo«, erzählt Jennifer. Ihre Freundin Rena (16) nickt: »Ich wusste zwar mit dem Kopf, was passiert, wir wurden in der Schule aufgeklärt. Aber dass das mit mir jetzt geschieht, war mir total fremd.«

Mädchen sind heute aufgeklärter als früher und wachsen freier auf. Dabei spielt die eigene Mutter eine wichtige Rolle als Vorbild. Das fängt schon bei kleinen Mädchen an. Und auch in der Pubertät kann es für Töchter eine Hilfe sein, wenn die Mütter offen über die körperlichen Veränderungen sprechen. Das bringt die Mütter manchmal in ein Dilemma. Denn gerade in dieser Umbruchphase suchen Mädchen zwar Geborgenheit und Halt, aber sie grenzen sich oft auch in ruppigem Ton ab. So ist die inzwischen volljährige Kerstin und ihr »Regeltagebuch«, zu dem die Mutter sie anregte, eher die Ausnahme. Viele Mädchen besprechen Themen, wie der erste BH oder die ersten Schmetterlinge im Bauch, lieber mit der besten Freundin.

Regel – (k)ein Fall für die Ärzteschaft

Manche Mädchen erleben ihre Tage wie eine monatlich wiederkehrende Krankheit. Mit Beginn der Regelblutung gehen sie manchmal von sich aus oder auf Rat ihrer Mütter zur Frauenärztin oder zum Frauenarzt: »nur zur Kontrolle«. Die Untersuchung kann Mädchen belasten und sie in ihrem eigenen Gefühl für den Körper verunsichern. Notwendig ist der Gang zur Gynäkologin, zum Gynäkologen nur, wenn gesundheitliche Probleme vorliegen, wie zum Beispiel starke Unterbauchschmerzen auch außerhalb der Regel, grünlicher Ausfluss oder wenn die Scheide juckt oder brennt. Die meisten Mädchen

gehen hin, um sich über Verhütungsmöglichkeiten zu informieren. Häufig bekommen sie dann die »Pille« aufgeschrieben, selbst dann, wenn ihr Problem woanders liegt, wie zum Beispiel bei Jennifer. Sie ging mit 14 Jahren wegen starker Regelschmerzen zum Frauenarzt und nimmt seitdem die Antibaby-Pille gegen die Beschwerden. Jetzt funktioniert ihr Körper auch während der Menstruation reibungslos, sagt sie. Manche junge Frau schluckt die Pille ohne Zwischenpausen, um so die als lästig empfundene Monatsblutung ganz zu verhindern. Doch auch die Pille ist ein Medikament, das mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein kann.

Beratungsstellen unterschiedlicher Träger und einige ausgewählte gynäkologische Praxen ermutigen Mädchen, ihren Körper und dessen zyklische Veränderungen kennen zu lernen. Sie fördern die Eigenverantwortung und zeigen auch Alternativen auf. Kerstin greift bei Menstruationsbeschwerden zu Kräutertees und Wärmflasche: »Dann mache ich es mir mit mir gemütlich.«

Hunger nach Leben Essstörung – die heimliche Sucht

Ich will nicht alles schlucken. Es ist zum Kotzen. Ich darf den Mund nicht voll nehmen. Unsere Sprache kennt viele Bilder für den Zusammenhang von Gefühlen und Nahrung.

»Ich brauche nichts«, sagt die Magersüchtige und demonstriert ihre Autonomie.

»Wenn ich schlank bin, bin ich etwas wert«, sagt die Ess-Brech-Süchtige, bis die nächste Essattacke sie überfällt.

»Ich werde nicht satt, weil ich eigentlich

etwas anderes als Essen brauche«, sagt die Übergewichtige.

»Eßstörungen sind als Ausdruck von Rebellion und ›aktive Seinsform‹ von Selbstbestimmung und Überleben in einem zu sehen.«

FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001
SEITE 605

» Als mein Leben mir aus den Händen glitt, war das Essen das Einzige, über das ich die Kontrolle behalten konnte.

Eigentlich wollte ich nur mehr Aufmerksamkeit von meinem Vater. Dann konnte ich mit dem Hungern nicht mehr aufhören.

Nicht über 50 Kilo! Ich habe meine Gefühle von einer Zahl auf der Waage abhängig gemacht.

Sobald ein Mädchen merkt, dass sie Probleme mit dem Essen hat, sollte sie sich beraten lassen, sofort. Damit die Sucht sie nicht auffrisst. ‹‹

Annika, (21) war zwei Jahre magersüchtig, hungerte sich bei einer Größe von 1,70 auf 44 Kilo. Nach einer sechsmonatigen stationären Therapie in einer psychosomatischen Klinik hat sie nicht mehr soviel Angst zu essen. Die Kontrolle darüber wird sie nie ganz aufgeben.

Schön, schlank oder krank?

Ursachen und Risikofaktoren, die zu Essstörungen führen, sind noch nicht völlig aufgeklärt. Die Universität Jena hat Frühsymptome untersucht und herausgefunden, dass Gymnasiastinnen aus den Jahrgangsstufen neun bis elf eine deutliche Tendenz zeigen, ihr Gewicht kleinlich zu regulieren: chronisches Diäthalten, Fastentage, Erbrechen, Fressanfälle, exzessives Sporttreiben, Einnahme von Appetitzüglern und Abführmitteln. Je stärker der Leistungsanspruch, desto höher das Risiko, an Essstörungen zu erkranken, lautet ein Ergebnis der Forscherinnen und Forscher. Symptome sind Herzrasen, Bewegungsdrang, Hyperaktivität, Kreislaufprobleme oder Verschlechterung der Zähne. Essgestörte schaffen es zudem eine zeitlang perfekt, ihre Sucht zu verstecken. Die Übergänge zwischen Esssucht (Adipositas), Ess-Brech-Sucht (Bulimie) und Magersucht (Anorexia) sind oft fließend. Unterstützung finden Essgestörte und ihre Angehörigen in Beratungsstellen, psychosomatischen Kliniken und Selbsthilfegruppen.

»Marilyn Monroe würde heute keinen Schönheitspreis mehr gewinnen.«

Viele Beratungs- und Therapieeinrichtungen helfen Mädchen und Frauen, die unter Essproblemen leiden: ambulant, in Beratungsgesprächen, in Einzel-, Gruppen- oder Familientherapien. Ein Gespräch mit Sigrid Borse, Expertin für Essstörungen.

Woran erkennt ein Mädchen oder eine Frau, dass sie essgestört ist?

Wenn ihr Denken nur noch um das Thema Essen und Abnehmen kreist und andere Gefühle in den Hintergrund treten. Wenn sie sich ständig fragt: Wie viel Kalorien habe ich heute zu mir genommen, was darf ich morgen essen? Wenn sie sich schuldig fühlt oder sich schämt, weil es mal wieder zu viel gewesen sein könnte und wenn sie beginnt, heimlich zu essen. Wir definieren Essstörungen als ‚psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter‘.

Was sind die Ursachen?

Es gibt verschiedene Faktoren: die individuelle Familiensituation, ein überzogenes gesellschaftliches Schönheitsideal und die enormen Anforderungen an Frauen. Sie sollen in Schule, Beruf, als Mutter, Ehefrau und Geliebte klasse sein. In der Kindheit wurden oftmals die Gefühle des Mädchens nicht respektiert und Grenzen nicht eingehalten.

Wie trägt das Schönheitsideal von immer dünner werdenden Modells dazu bei?

Frauen sollen in Schnittmuster, in einen Einheitsschnitt passen, in den sie sich selbst hinein schneiden. Es scheint so, als wirkten Diäten wie ein Initiationsritual auf dem Weg zum Erwachsenwerden. Gerade in der Pubertät suchen Mädchen nach Orientierung und was sie sehen, ist ein krankes Körperideal. Eines, das weibliche Formen verneint. Marilyn Monroe würde heute keinen Schönheitspreis mehr gewinnen.

Wie beraten Sie Frauen und Mädchen?

Zunächst geht es darum zu begreifen, dass Essstörungen immer ein Lösungsversuch sind, mit Konflikten und Überforderungen umzugehen. Wir lehnen jede Form von Diät ab. Wir unterstützen Frauen zu sehen, was sie mit der Essstörung bezwecken und wie sie anders mit ihren Gefühlen umgehen können. Damit sie genussfähiger, beziehungs- und konfliktfähiger werden, denn das gehört eng zusammen.



Durch dick und dünn

- die Mehrzahl aller Essgestörten in Deutschland sind weiblich
- 42 Prozent aller normalgewichtigen Mädchen halten sich für zu dick
- mehr als 100 000 Frauen zwischen 15 und 35 Jahren sind magersüchtig
- etwa 600 000 Frauen sind ess-brech-süchtig

(Quelle:
Frankfurter Zentrum
für Ess-Störungen,
www.fz.ess-stoerungen.de)



Kinder oder keine?

»Die letzten Jahrzehnte haben für Frauen mehr Selbstbestimmung und erweiterte Handlungsoptionen gebracht. Damit wird aber die Beantwortung der Frage, wie Vorstellungen von Partnerschaft und Lebensform in einem bestehenden gesellschaftlichen Rahmen verwirklicht werden können, nicht einfacher. Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die partnerschaftliche Aufgabenverteilung in der Familie spielen dabei eine zentrale Rolle. Es sind immer noch überwiegend die Frauen, die die Entscheidung für oder gegen Kinder am eigenen Körper erleben und für die sich das Leben gravierend verändert.«

Gewinnen, verzichten, entbehren

»Bis Mitte 30 hatte ich große Angst, durch ein Kind beruflich eingeschränkt und dadurch finanziell von einem Mann abhängig zu werden. Ich bin zwar immer noch hin- und hergerissen, aber heute würde ich mich freuen, wenn ich schwanger werden würde. Doch mein Partner ist sterilisiert.« Petra H., 40, Erwachsenenpädagogin, keine Kinder

»Sebastian ist unser Wunschkind. Wir wollten ursprünglich drei Kinder. Aber mit meinen unregelmäßigen Arbeitszeiten finde ich den Alltag oft sehr stressig. Mein Mann hilft kaum im Haushalt mit. Deshalb gibt es schon öfters Streit.« Gerti P., 33, Verkäuferin, ein Kind (9), verheiratet

»Heute bin ich froh, den Mut zu Kindern gehabt zu haben! Bei allen Krisen – sie haben mein Leben bereichert.« Bärbel S., 53, Journalistin, 2 Kinder (16 und 20), geschieden

Kinderwünsche – Wunschkinder

Ungeplante Kinder

Je sicherer die Verhütungsmittel, umso mehr bedarf das Kinderkriegen einer bewussten Entscheidung. Trotzdem planen Paare ihren Nachwuchs nicht unbedingt rational. 35 Prozent der ersten Kinder kommen ungeplant, aber in vielen Fällen doch gewollt ins Leben. Die Zweitgeborenen sind dagegen eher zeitlich geplant¹.

Frauen bekommen ihr erstes Kind immer später, durchschnittlich mit 28 Jahren, und sie bekommen weniger Kinder. Deutschland hat eine der niedrigsten Geburtenraten in der westlichen Welt. Länder wie Frankreich, Großbritannien und Schweden, in denen nach wie vor mehr Kinder geboren werden als bei uns, gelten als eltern- und damit auch kinderfreundlicher, und es gibt dort ein größeres Angebot an öffentlicher Kinderbetreuung.

Kinder, Küche, Karriere – Frauen zwischen den Welten

Nach wie vor ist die Familie (mit Kindern) das dominierende Familienmodell. Dabei wünscht sich die Mehrzahl der Frauen zwei Kinder. Doch immer öfter lassen sich diese Kinderwünsche auf Grund der Lebensumstände nicht realisieren. In den neuen Bundesländern wurden direkt nach der Wende sehr viel weniger Kinder geboren, was auf die tiefgreifenden sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen im Zuge der Wende zurückgeführt werden kann. Mittlerweile werden in den neuen Bundesländern wieder mehr Kinder geboren. Allerdings häufiger als im Westen sind die Eltern unverheiratet beziehungsweise die Mütter allein erziehend. Ost-Frauen, gewohnt Berufstätigkeit und Familie zu verbinden, streben eher an, vom Mann finanziell unabhängig zu sein.

In den alten Bundesländern sind es vor allem die gut ausgebildeten Frauen, die das Kinderkriegen lange aufschieben und dann oft kinderlos bleiben.

Frauen, die sich gegen ein Kind entscheiden, begründen dies oft mit ihrem beruflichen Engagement und dem Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit. Sie befürchten, ihren Beruf nicht mit ihren hohen Ansprüchen an die Mutterrolle in Einklang bringen zu können.

Ob Ost oder West: Männer haben traditionellere Vorstellungen von der Rolle der Frau als die Frauen selbst. Auch in Beziehungen, in denen sich Mann und Frau die Aufgaben gleichwertig teilen, fallen beide nach dem ersten Kind häufig in alte Rollenmuster zurück. Die Männer konzentrieren sich mehr auf die Rolle des Ernährers, die Frauen auf Haus und Kinder.

»Während die jungen Frauen berufstätig sein wollen, wollen die Partner sie auf den familiären Bereich festlegen. Daß der Bereich »eigene Familie und Kinder« für Frauen wichtiger ist als für Männer, heißt noch nicht, daß sie sich den Vorstellungen des Partners in diesem Punkt anpassen.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001, SEITE 307

Gut zu wissen:

Fragen zur Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik, zur Familienplanung oder zur Sexualaufklärung beantworten Schwangerschafts-, Ehe- oder Familienberatungsstellen. Bundesweite und anerkannte Träger für Schwangerschaftsberatung sind zum Beispiel: Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, donum vitae und Pro Familia. Auf diese Beratung besteht ein Rechtsanspruch (§2 Schwangerschaftskonfliktgesetz).

¹ vgl. Studie »Frauen leben« – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001

Verhütung: Frauensache

Meistens fühlen sich Frauen für die Verhütung zuständig. Dabei beschreiben viele einen Konflikt: Sie schwanken zwischen dem Wunsch nach einer sicheren Methode und der Furcht vor gesundheitlichen Risiken und Unverträglichkeiten. Das bezieht sich vor allem auf die hormonelle Verhütung. Denn die ‚Pille‘ ist nach wie vor für Frauen das Verhütungsmittel Nummer Eins. Frauen über 30 wenden zunehmend auch die Spirale, das Diaphragma oder natürliche Methoden an. Rund 13 Prozent aller Paare zwischen 20 und 44 Jahren verhüten mit Kondomen. Für eine Sterilisation entscheiden sich Paare in der Regel erst nach abgeschlossener Familienplanung. Es sind vor allem Frauen, die diesen Eingriff vornehmen lassen. In 70 Prozent der Partnerschaften wurde diese Option für die Männer nicht einmal diskutiert.

Schwanger – Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko

Schwangerschaft ist eine Zeit des Reifens. Im Laufe von neun Monaten wandelt sich die Frau zur Mutter, der Embryo zum Kind. Es ist eine Phase psychischer und physischer Veränderungen. In den ersten Monaten der Schwangerschaft muss die Frau sich oft mit Ambivalenzen und Ängsten auseinandersetzen: Was kommt auf mich zu? Schaffe ich meinen Beruf noch? Wie wird sich durch den Nachwuchs die Partnerschaft verändern? Ist mein Kind gesund? Im zweiten Drittel der Schwangerschaft verlieren sich die widersprüchlichen Gefühle allmählich. Die Frau spürt die Bewegungen des Kindes, sie tritt mit ihm in ein Zwiegespräch. In den letzten Wochen der Schwangerschaft bereitet sie zu Hause das »Nest« vor und wünscht sich dabei die Unterstützung ihres Partners. Immer öfter stellt sie sich die Frage: »Wie werde ich die Geburt bewältigen?«

Auf diese Umbruch-Situation geht die Schwangeren-Vorsorge kaum ein. Sie liegt in Deutschland vorwiegend in Händen der Frauenärzte und Frauenärztinnen. Sie sehen ihre Hauptaufgabe in der medizinischen Betreuung, weniger in der psychosozialen Begleitung.

»Mehr psychosoziale Begleitung wird für alle Frauen gefordert. Zudem könnte sie beispielsweise ein Weg sein, vorzeitige Wehen, eine der häufigsten und oft psychosozial verursachten Komplikationen, wirksamer als bisher zu bekämpfen.«

Beim ersten Arztbesuch erhält die Schwangere einen Mutterpass, in dem alle Untersuchungsergebnisse festgehalten werden. In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Untersuchungen gestiegen und immer mehr Risikofaktoren werden abgefragt. Tendenz steigend. Beispiel: Eine 35-Jährige gilt auf Grund ihres Alters als Risikoschwangere, ebenso eine Frau, die bei der vorangegangenen Geburt einen Kaiserschnitt hatte. Dieses Risikodenken verunsichert werdende Mütter und erzeugt den Wunsch, ständig medizinisch überwacht zu werden. Dabei zeigen viele Studien, dass Frauen, die in ihrem Selbstvertrauen gestärkt werden, weniger gesundheitliche Probleme in der Schwangerschaft und weniger komplizierte Geburten haben.

»Typisch für Deutschland ist eine sehr geringe Mütter- und Säuglingssterblichkeit, allerdings auch eine hohe Zahl als Risiko eingeordneter Schwangerschaften. ... Grundsätzlich stellt sich hier die Frage, wie unter Beibehaltung der zur Erkennung von Risiken geschärften Aufmerksamkeit des betreuenden Arztes/der Ärztin dennoch der Blick auf die Schwangerschaft und Geburt als »normale Ereignisse« nicht verstellt wird oder was dafür getan werden kann, daß bei der risikoorientierten medizinischen Sichtweise nicht vergessen wird, danach zu fragen, was das Etikett »Risikoschwangerschaft« für die Schwangere selbst bedeutet.«

Tagebuch einer Schwangeren

4. Mai

Heute war ich bei der Frauenärztin ... ich bin tatsächlich schwanger. Sechste Woche. Mir schwirrt der Kopf. Wie geht das, schwanger sein? Werde mir Literatur aus der Bücherei holen. Habe jetzt einen Mutterpass bekommen, in den alle Untersuchungen eingetragen werden sollen.

20. Mai

Ich bin nur noch müde. Schaffe nichts mehr. Meine Kollegen halten mir das vor. Gert freut sich riesig auf unseren Zwerg.

6. Juni

Heute zum ersten Mal unseren Zwerg im Ultraschall gesehen. Alles normal.

10. Juli

Fühle mich inzwischen pudelwohl, der Bauch rundet sich und der Zwerg strampelt. Habe heute das erste Babyjäckchen gekauft und mich bei der Geburtsvorbereitung angemeldet.

11. Juli

Schock! Heute beim Vorsorgetermin hat die Ärztin auf dem Bildschirm eine Ausbuchtung gesehen. Sie hat gleich für morgen einen Termin in der Klinik für einen Spezialultraschall abgemacht. Ich habe Angst. Gert auch. Mein Bauch fühlt sich jetzt ganz hart an.

15. Juli

Entwarnung – trotzdem fühle ich mich immer noch ängstlich und unsicher. Ist unser Zwerg gesund?

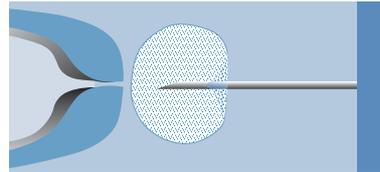
27. November

Julian ist da. Wunderbar. Er schläft neben mir. Wir sind wenige Stunden nach der Geburt wieder nach Hause gegangen. Meine Hebamme hatte mich ins Krankenhaus begleitet. Die Geburt war so kraftvoll – ich fühle mich ganz aufgeweicht.

In guten Händen: Hebamme oder ärztliche Betreuung

In allen Industrieländern sank in den letzten drei Jahrzehnten die Mütter- und Säuglingssterblichkeit – und zwar unabhängig davon, ob Hebammen die Schwangeren betreuen, wie in den Niederlanden und Schweden üblich, oder wie hierzulande die Frauenärzte und -ärztinnen. Dennoch gibt es einen Unterschied. In Ländern, in denen Schwangere vor allem von Hebammen betreut werden, gibt es weniger Krankenhauseinweisungen in der Schwangerschaft, weniger Frühgeburten und operative Entbindungen. In Deutschland ist die Zahl der Frühgeburten mit sieben Prozent seit Jahren gleich bleibend hoch. 20 Prozent der Kinder werden inzwischen mit Kaiserschnitt geholt – diese operative Entbindung birgt vor allem für die Frauen viele Risiken.

Fortpflanzung im Labor



Unfruchtbar oder gewollt kinderlos?

Kinder gehören für viele Frauen und Männer zu ihrem Lebensentwurf. Bleibt der erwünschte Nachwuchs aus, schlittern manche Paare in eine Lebenskrise.

Mediziner schätzen, dass 15 bis 20 Prozent aller Paare unfruchtbar sind, neue Studien sprechen dagegen nur von etwa drei Prozent. Andere Wissenschaftler gehen inzwischen davon aus, dass die zunehmende Kinderlosigkeit eher sozial oder kulturell bedingt ist als organisch verursacht. Deshalb ihre Forderung, die Gesellschaft eltern- und frauenfreundlicher zu gestalten, statt technische Lösungen, wie sie die Fortpflanzungsmedizin anbietet, weiter auszubauen.

Ein Hauptproblem ist, dass Frauen das Kinderkriegen immer mehr aufschieben in eine Lebenszeit, in der die biologische Fruchtbarkeit allmählich abnimmt. Dann müssen manche Frauen schmerzlich erfahren, dass sich Kinder zwar verhüten, aber nicht prompt herbeiplanen lassen. Diese Erfahrung

machen Paare aller Altersstufen. Eine europäische Studie zeigt, dass etwa ein Drittel der Eltern länger als ein Jahr warten mussten bis sich – trotz ungeschütztem Sex – der Nachwuchs ankündigte. Doch solange wollen sich viele Paare nicht mehr gedulden. Sie suchen Sofort-Hilfe beim Gynäkologen – fast die Hälfte, vorwiegend Akademikerinnen, bereits innerhalb der ersten sechs Monate.

Technisierte Fortpflanzung

1982 wurde das erste deutsche Retortenbaby geboren – inzwischen verdanken etwa 60 000 Kinder allein in Deutschland ihr Leben der so genannten assistierten Befruchtung (auch IVF – In vitro-Fertilisation genannt). Die reproduktionsmedizinischen Verfahren werden immer komplexer und ausgefeilter. Etwa zwei Drittel der Paare gehen trotz mehrerer Versuche ohne Kind nach Hause. Die Erfolgsquote nimmt ab Ende 30 dramatisch ab.

Inzwischen können auch unfruchtbare Männer mit Hilfe der ICSI-Methode (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion), bei der eine einzelne Samenzelle durch die Eihülle in die Eizelle gespritzt wird, zu einem biologisch eigenen Kind kommen. Dies bedeutet allerdings, dass die – in der Regel fruchtbaren – Frauen die Strapazen reproduktionsmedizinischer Behandlung tragen müssen.

Körperlich und seelisch riskant

Um eine künstliche Befruchtung vorzubereiten, muss der eigene Zyklus der Frau medikamentös ausgeschaltet werden. Gleichzeitig werden ihre Eierstöcke mit Hilfe von Hormonen dazu gebracht, nicht nur eine, sondern gleich mehrere Eizellen heranreifen zu lassen. Die hormonelle Stimulation kann zu Kopfschmerzen, Übelkeit und Depressionen führen. In seltenen Fällen kommt es zu einem Überstimulationssyndrom bei dem sich Flüssigkeit in der Bauchhöhle oder im Brustraum ansammelt. Dies kann lebensbedrohliche Folgen wie zum Beispiel Lungenembolien oder Schlaganfälle haben. Die Studienergebnisse über Langzeitfolgen sind widersprüchlich, Eierstockkrebs wird als eine mögliche Folge diskutiert. Auch die Eizellentnahme durch die Scheidenwand ist nicht risikofrei. Paare beschreiben die Prozedur als psychisch belastend, vor allem dann, wenn keine Schwangerschaft zustande kommt oder das Kind durch eine Fehlgeburt verloren geht. Aber auch eine Mehrlingsschwangerschaft und der nach Laborbefruchtung häufig durchgeführte Kaiserschnitt können die Gesundheit der Frau gefährden.

»Zunehmend wird jedoch die Definition dessen, was Fruchtbarkeit bedeutet, entlang medizinisch biologischer Kriterien vorgenommen ... Die hohe Präsenz reproduktionsmedizinischer Angebote offeriert einerseits Behandlungsmöglichkeiten für die Paare, läßt aber gleichzeitig die Frage entstehen, ob und wie Frauen (wieder) die Verantwortung für die Bewältigung der Unfruchtbarkeit übernehmen können oder sollen.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001, SEITE 326

Kinder häufiger krank?

Aktuelle internationale Studien¹ zeigen, dass Kinder, die durch eine künstliche Befruchtung erzeugt worden sind, etwas häufiger mit Fehlbildungen des Skeletts, der Niere oder Harnröhre geboren werden. Viele IVF-Kinder werden als Zwilling oder Drilling geboren. Diese kommen oft zu früh und mit geringem Geburtsgewicht auf die Welt. Gesundheitsprobleme wie neurologische Störungen oder Entwicklungsverzögerungen können dann die Folge sein. Deutsche Reproduktionsmediziner empfehlen deshalb Frauen unter 35 Jahren, nur noch zwei Embryonen einzupflanzen.

»Mein Mann und ich wünschten uns ein Kind, und ich wurde von vielen Seiten ermuntert, in eine reproduktionsmedizinische Praxis zu gehen. Ich wollte eigentlich nicht, erlebte mich aber in einem Dilemma. Schließlich bietet unsere Gesellschaft diese Hilfe an, die Kassen bezahlen sie und ich befürchtete, wenn ich sie nicht wahrnehme, dass dann mein Kinderwunsch nicht ernstgenommen wird.« Magda L., 39, ehemalige Kinderwunschpatientin

»Es hat nichts gebracht, aber wir müssen uns nicht vorwerfen, dass wir nicht alles, was heute technisch möglich ist, gemacht hätten. Nur so konnten wir los lassen.« Günther S., 46, ehemaliger Kinderwunschpatient

»Inzwischen sind die Strapazen schon fast vergessen. Beim dritten Mal hat es geklappt und wir haben nun zwei Wonneproppen. Allerdings wissen wir nicht, ob wir auf die befruchteten Eizellen, die bei Dr. S. lagern, noch zurückgreifen wollen.« Marlies R., 40, Mutter dreijähriger Zwillinge, die mit Hilfe der ICSI-Methode entstanden sind

¹ vgl. u.a. Hansen, Michèle et.al, The Risk of Major Birth Defects after Intracytoplasmic Sperm Injection and in Vitro Fertilisation, in The New England Journal of Medicine, Volume 346:725-730; March 7, 2002

Verlieren und gewinnen

Sind das schon die Wechseljahre?

Hausmittel und Worte können helfen

Hormone als Wunderpillen?



Lebensmitte

»Es wird auch zu wenig berücksichtigt, daß die Lebensqualität im mittleren Alter vor allem auch von der sozialen Integration der Frauen bestimmt wird, d.h. davon, welchen Spielraum die Gesellschaft ihnen für berufliche, soziale und kulturelle Aktivitäten zur Verfügung stellt, damit sie ihre von familiären Verpflichtungen frei gewordenen Potenziale auch umsetzen können.«

FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001

SEITE 449

Verlieren und gewinnen

Viele Frauen setzen sich in den Wechseljahren erstmals bewusst mit dem Älterwerden auseinander. Sie gewichten Dinge in ihrem Leben neu, prüfen ihre Beziehungen, überlegen, wie sie die nächsten Jahre gestalten wollen.

Die meisten Frauen sehen diese Phase als natürliches, vorübergehendes Geschehen an. Wie sie diese Jahre erleben, wird allerdings stark geprägt durch die Erwartungen, die sie mitbringen und durch ihr soziales und kulturelles Umfeld.

Frauen, die vor den Wechseljahren und ihren möglichen Beschwerden Angst haben, leiden später oft vermehrt an Symptomen. Manche übernehmen auch unbewusst die Einstellung ihrer Mütter: klagten diese viel, verhalten sich die Töchter häufig genauso. Das schlechte Image der älter werdenden Frau belastet Frauen in der Lebensmitte ebenso wie mangelndes Verständnis des Partners. Problematisch können sich die Wechseljahre auch für diejenigen gestalten, die beruflich überanstrengt sind oder Sorgen in der Familie haben. Allein stehende Frauen fürchten sich hingegen davor, im Alter zu vereinsamen.

Zeit der Möglichkeiten, Zeit für Freiräume

Wechsel ist Verlust und Gewinn gleichermaßen. Die Fähigkeit, Kinder zu bekommen, geht endgültig verloren, die erwachsenen Kinder ziehen aus. Frauen, die ausschließlich in der Familie gearbeitet haben, tragen oft schwer daran. Wer dagegen im Beruf zufrieden ist, stellt sich leichter um. Für die Partner besteht die Chance, sich einander wieder intensiv zuzuwenden – oder auch, sich zu trennen, wenn die Beziehung inhaltsleer geworden ist.

Die gewonnenen Freiräume ermöglichen neue Aktivitäten im Alltag, bringen aber häufig besondere Anforderungen mit sich. Das gilt für den beruflichen Neu- oder Wiedereinstieg von Frauen, die bisher nicht erwerbstätig waren, ebenso für solche, die vorzeitig und gegen ihren Willen aus dem Berufsleben ausscheiden – und die sich nun anderen Lebensaufgaben zuwenden müssen. Doch dieser Lebensabschnitt ist auch als Chance zu begreifen, für sich neue Ziele und Lebensinhalte zu entwickeln. Eine besondere Flexibilität und Anpassungsbereitschaft wurde von ostdeutschen Frauen nach der Wende erwartet. Die politischen Veränderungen betrafen nahezu alle Lebensbereiche, besonders aber die berufliche Situation. Waren Frauen in der DDR fast ausnahmslos berufstätig, verloren sie jetzt häufig ihre Arbeit ohne Aussicht auf Ersatz und damit

einen wichtigen Teil ihrer Entfaltungsmöglichkeiten. Der Frauengesundheitsbericht zitiert eine Studie, wonach sich für nahezu die Hälfte der Frauen die berufliche Situation nach der Wende verschlechterte (46 Prozent), verbessert hat sie sich dagegen nur bei 20 Prozent. Allerdings zeigt diese Studie auch, dass die Frauen, die in ein unterstützendes soziales Umfeld eingebettet sind, weniger unter Wechseljahrsbeschwerden leiden und weniger krank sind.

Neue Freiräume existieren oft nicht für solche Frauen, die Enkelkinder mit aufziehen oder kranke und alte Familienangehörige pflegen.

»In der Bundesrepublik Deutschland leben gegenwärtig etwa 1,2 Millionen pflegebedürftige Personen in privaten Haushalten, die zu 73 Prozent von Lebenspartnerinnen, Müttern, Töchtern oder Schwiegertöchtern gepflegt werden... Häusliche Pflege ist ein Bereich der unbezahlten Haus- und Familienarbeit, der zu beträchtlichen gesundheitlichen Belastungen der Pflegenden führt und der vor allem Frauen betrifft. Sie ist mit materiellen Einschränkungen verbunden und häufig von sozialer Isolation begleitet.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001, SEITE 444

Tendenz: wechselhaft

Mit den Wechseljahren beginnt eine neue Lebensphase

»Mit kritischem Blick stehe ich vor dem Spiegel: Wie tief werden meine Brüste wohl noch sinken? Die Schwerkraft tut ihr Werk, und ich bin machtlos dagegen. Dabei finde ich mich insgesamt nicht unattraktiv, aber beim Anblick meiner Töchter kann ich schon neidisch werden.,Vergleich dich endlich mal mit Frauen, die so alt sind wie du', fordern sie mich genervt auf. Ich möchte gar nicht jünger sein, als ich bin, 50. Hitze-wallungen gehören zu den eher angenehmen Ereignissen, mit denen mein Körper mich neuerdings überrascht. Eine Woge von Wärme steigt aus meinem Unterbauch nach oben und klingt – viel zu schnell – wieder ab. Ich staune über die Intensität, mit der sich mein Bauch von seiner Fruchtbarkeit verabschiedet. Meine Blutung kommt unregelmäßig. Nachts liege ich immer wieder stundenlang wach. Mein Mann und ich schlafen jetzt häufiger in getrennten Betten, damit ich nachts lesen oder ungestört meinen Gedanken nachhängen kann. Wenn die Arbeit es erlaubt, schlafe ich auch mal tagsüber. Zwar hat mein Frauenarzt mir Hormone empfohlen, aber die nehme ich nicht. Ich denke, dass die natürlichen Phasen in meinem Leben schon ihren Sinn haben. Und bei meinen Freundinnen, die Hormone schlucken, hängen die Brüste auch.«
Carola B. 50 Jahre

Iris Bleyer-Rex, Sozialwissenschaftlerin und Seminarleiterin:

»Wichtig ist, dass sich die Teilnehmerinnen untereinander akzeptieren, so wie sie sind. Egal, ob sie Hormone nehmen oder keine und welche Befürchtungen sie umtreiben. Es sollte auch nicht psychologisiert werden nach dem Motto: Eine Frau mit der ‚richtigen‘ Einstellung zu ihrer Weiblichkeit bekommt keine Beschwerden.«

Hausmittel und Worte können helfen

Frauengesundheitszentren, Beratungsstellen oder Heilpraktiker-Praxen bieten häufig Wechseljahrsgruppen an. Mit Gesprächen über die eigene Verunsicherung, Yoga und anderen sinnvollen Bewegungsarten, Ernährungsberatung und Beckenboden-Training stärken Frauen dort Seele und Körper und lernen, mit einfachen Hausmitteln und Übungen diese manchmal anstrengende Zeit besser zu bewältigen. Immerhin können sie auf jahrhundertalte Erfahrungen zurück greifen.

In den Gesprächen kommen auch solche Themen zur Sprache, die bei der Darstellung der Wechseljahre in Zeitschriften und Fernsehsendungen tabuisiert werden: Probleme, den Harn beim Lachen, Laufen oder Niesen nicht immer halten zu können (Inkontinenz), weil die Gebärmutter abgesenkt ist und auf die Blase drückt, oder eine Austrocknung der Schleimhäute, insbesondere der Vaginalschleimhaut. Hier lindern in der Regel Öle und Cremes ohne belastende Nebenwirkungen die Beschwerden. Außerdem hilft der Körper sich nach der Umstellungsphase selbst: nach den Wechseljahren produziert er weiterhin weibliche Hormone. In den neuen, meist ungeliebten Fettpölsterchen wird das männliche Hormon Testosteron in Östrogen umgewandelt.

Aus einer Vielfalt von Möglichkeiten, die teilweise auch in Ratgeber-Büchern zu finden sind, kann jede Frau selbst auswählen, was ihr gut tut.

Weniger die körperlichen Symptome als vielmehr tiefer liegende Ängste vor dem Älterwerden sind wichtige Themen der Gesprächsrunden: die als Kind erlebte Beziehung zur eigenen Mutter, Sexualität, Beziehungen zu Männern, Älterwerden in einer Gesellschaft, die vom Jugendkult geprägt ist, Zukunftsvisionen, Vorstellungen für den kommenden Lebensabschnitt.

Frauen werden dazu ermutigt, sich allen Fragen neugierig zu öffnen und die inneren und äußeren Veränderungen liebevoll anzunehmen.

»Sind das schon die Wechseljahre?« Mit angeleiteten Gruppengesprächen zur Selbsthilfe

»Mein Arzt hat mir gesagt, ich soll Hormone nehmen, mit 45 Jahren wäre das angezeigt, sonst würde ich im Alter Osteoporose und Kreislaufbeschwerden kriegen. Stimmt das überhaupt?« fragt eine dunkelgelockte Frau in die Runde. »Meiner hat das auch gesagt, und meine Haut würde straffer, und Sexualität wäre wieder so wie mit 20, aber das kann ich mir nicht vorstellen«, ruft eine andere, gefolgt von dem trockenen Kommentar einer grauhaarigen Teilnehmerin: »Und wenn du die Hormone dann nimmst, wie kommst du davon wieder los?«

»Eine bedeutende Ressource für die Gesundheit ist die Aufmerksamkeit, die eine Frau ihrer eigenen Gesundheit, ihrem körperlichen und geistigen Befinden entgegenbringt.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001, SEITE 489

Knapp 20 Frauen sitzen im Seminarraum im Kreis. In der Mitte liegen Steine, daneben steht eine Boden vase mit üppigem Grün. Es ist Frühling. Der Strauß, passend zur Jahreszeit, symbolisiert den Rhythmus der Natur. »Als Frauen sind wir im Hochsommer angekommen, den Frühling und den Frühsommer haben wir hinter uns gelassen«, sagt die Kursleiterin. Maren, die Jüngste, spürt mit ihren 45 Jahren noch wenig körperliche Veränderungen, sie kommt nur, um zu erfahren, was sie eigentlich zu erwarten hat und wie sie auf den Hormon-Tipp ihres Arztes reagieren soll. Anne (50) kämpft nicht nur mit ihren Hitzewallungen, sondern auch mit ihrer pubertierenden Tochter. Sabine hat Angst, mit 51 nicht mehr attraktiv genug zu sein und ihren Mann an eine Jüngere zu verlieren. Elke, die 54-jährige Bankangestellte, hält den Arbeitsdruck immer schlechter aus und ist oft erschöpft. Karin, mit 60 die Älteste, will nach zwölf Jahren endlich von den Hormonen loskommen. Sie hat bereits mehrere Versuche unternommen – erfolglos. Jedes Mal flammten die Wechseljahrsbeschwerden wieder auf und sie griff erneut zur Kapsel. Andere Frauen haben Schlafstörungen, Herzrasen oder Kopfschmerzen und fragen sich: »Sind das Wechseljahre?«



H O R M O N E A L S W U N D E R P I L L E N ?

Die Hormontherapie in den Wechseljahren ist kein Allheilmittel

Die Wechseljahre sind eine Zeit des Übergangs, die mit körperlichen Veränderungen verbunden sind: Frauen erleben, wie ihre Blutungen immer mehr aus der Reihe tanzen, stärker oder schwächer werden – bis sie irgendwann ganz versiegen. Mediziner sprechen dann von Menopause. Es dauert einige Jahre bis der Körper sich auf ein neues Gleichgewicht eingependelt hat.

Ausgelöst werden diese körperlichen Veränderungen durch ein anderes hormonelles Zusammenspiel von Östrogen und Gestagen. Dieses betrifft nicht nur Eierstöcke und Gebärmutter, sondern beeinflusst auch andere Organe. Manche Frauen erleben, dass ihre Brust spannt, andere leiden vielleicht häufiger unter Kopfschmerzen oder in ihrer Gebärmutter wachsen Myome. Auch die Ausschüttung der Schilddrüsen- und Nebennierenhormone ändert sich. Das vegetative Nervensystem gerät aus dem Gleichgewicht. Dies erklärt, warum die körperliche Umstellung mit Symptomen wie Hitzewallungen, Schweißausbrüchen, starkem Herzklopfen oder Schlafstörungen verbunden sein kann. In der Regel sind aber die Beschwerden harmlos und verschwinden am Ende der Wechseljahre wieder von selbst.

Wechseljahre sind keine Krankheit

Neuere Studien zeigen, dass etwa ein Drittel der Frauen unter starken Beschwerden in den Wechsel-

jahren leidet. Die meisten haben jedoch keine oder geringe Beschwerden, fühlen sich aber häufig durch die Veränderungen in ihrem Körper beunruhigt. Sie sind unsicher, wie sie die Symptome werten sollen, was normal, was krankhaft ist. Hitzewallungen und Schlafstörungen erleben sie als anstrengend. Sie können ihren Alltag vielleicht nicht mehr in gewohnter Weise bewältigen. Viele Frauen suchen deshalb eine gynäkologische Sprechstunde auf, mit dem Wunsch, entlastet zu werden. Frauenärzte und -ärztinnen raten in diesem Fall häufig zu Hormonpräparaten. Seit 1984 haben sich die Verschreibungen verzehnfacht und jede zweite Frau zwischen 50 und 60 schluckt oder klebt inzwischen Östrogene – und zwar unabhängig davon, wie stark ihre akuten Beschwerden sind. Schließlich wird versprochen, mit Hilfe der Hormongaben nicht nur Wechseljahrsbeschwerden zu lindern, sondern auch andere Gesundheitsrisiken zu bekämpfen, die oft mit dem Älterwerden verbunden sind, wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, die Entkalkung der Knochen (Osteoporose) oder Alzheimer.

Über kurz oder lang: Wie Hormone wirken

Die Präparate für eine Hormontherapie sind als Pflaster, Creme, Gel oder Tabletten erhältlich. Unstrittig ist, dass sie meist akute Wechseljahrsbeschwerden wie Hitzewallungen und Schlafstörun- →

»Generell ist einzuschätzen, daß sich die Lebensphase des Klimakteriums gegenwärtig in einem Wandlungsprozess befindet. So führt der bei einigen Frauen sich bereits vollziehende nahtlose Übergang von der hormonellen Verhütung zur Hormonersatztherapie sowie die Erzeugung einer vorzeitigen künstlichen Menopause durch Operationen zu tiefen Eingriffen in das vorgegebene natürliche biologische Grundmuster der Periodisierung im Leben der Frau.«

Expertin

Prof. Dr. Martina Dören, Gynäkologin, Klinisches
Forschungszentrum Frauengesundheit, FU Berlin

»Es ist nicht erwiesen, dass Frauen durch Hormonersatz gesünder altern, heute sieht es so aus, dass Östrogene in Kombination mit Gestagenen Wechseljahrsbeschwerden vermindern, aber insgesamt mehr Schaden als Nutzen.«

gen beseitigen können. Nach Absetzen der Hormongabe können die Beschwerden wieder auftauchen; deshalb ist es wichtig, die Hormone allmählich und mit ärztlicher Hilfe zu reduzieren.

Der vorbeugende Nutzen der Hormontherapie ist wissenschaftlich umstritten. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hält eine Behandlung mit Östrogen-Gestagen-Kombinationen zum Zweck der Vorbeugung von Herz-Kreislauferkrankungen oder Knochenbrüchen (Osteoporose) nach dem derzeitigen Kenntnisstand für nicht gerechtfertigt. Es rät Frauen mit einem erhöhten Risiko an Osteoporose zu erkranken, auf Alternativen, zum Beispiel zusätzliche Calciumgabe, aber auch ausgewogene Ernährung und Bewegung zurückzugreifen.

Risiken und Nebenwirkungen

Hormonnutzerinnen leiden häufiger unter unregelmäßigen Blutungen. Sie haben ein dreifach erhöhtes Risiko an der Gallenblase oder Leber zu erkranken. Ebenso erleiden sie vermehrt Thrombosen. Andere Langzeitrisiken der Hormontherapie werden derzeit erforscht. Studien zeigen, dass Frauen, die über mehrere Jahre Hormone zu sich nehmen, häufiger an Brustkrebs erkranken. Ein Studienarm der groß angelegten amerikanischen »Women-Health-Initiative« ist aus diesem Grund nach fünfjähriger Laufzeit vorzeitig abgebrochen worden. Es zeigte sich, dass die Behandlung mit einem in Amerika gebräuchlichen kombinierten Östrogen-Gestagen-Präparat bei längerer Einnahmedauer mehr schadet als nutzt. Ob das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, auch auf die auf dem deutschen Markt befindlichen Hormonpräparate zutrifft, sollen in den nächsten Jahren deutsche Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen klären.

DEUTSCHE ZULASSUNGSBEHÖRDE RÄT ZUR VORSICHT

DAS BUNDESINSTITUT FÜR ARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKTE (BfArM) HAT EINE NEUBEWERTUNG DES NUTZEN-SCHADENS-VERHÄLTNISSSES VON HORMONPRÄPARATEN FÜR DIE BEHANDLUNG VON WECHSELJAHRSBESCHWERDEN VORGENOMMEN UND IM AUGUST 2003 ENSPRECHENDE ANORDNUNG GETROFFEN: ALLE ÖSTROGEN-GESTAGEN-KOMBINATIONEN NUR BEI AUSGEPRÄGTEM INDIVIDUELLEN LEIDENS-DRUCK, NACH AUSSCHLUSS VON RISIKOFAKTOREN (HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN, VENÖSEN THROMBEMBOLISCHE KOMPLIKATIONEN, KREBS) SOWIE NACH AUFKLÄRUNG DER PATIENTINNEN ÜBER DIE MÖGLICHEN RISIKEN VERORDNEN. DIE ANWENDUNGS-DAUER SO KURZ WIE MÖGLICH (ZUM BEISPIEL: EIN BIS ZWEI JAHRE; GEGEBENENFALLS AUSLASSVERSUCHE), DIE ÖSTROGENDOSIS SO NIEDRIG WIE MÖGLICH WÄHLEN...

vgl. Presseerklärung, 18. August 2003

siehe unter:

www.bfarm.de

Telefon 01888 / 30 70

Brustkrebs – Zahlen und Risiken
Brustkrebsfrüherkennung
Im Mittelpunkt die Patientin
Gynäkologische Operationen und ihre Folgen
Frauenleiden – viele trifft es



Gynäkologische Erkrankungen

»Es ist beeindruckend zu sehen, wie häufig Frauen mit gutartigen gynäkologischen Diagnosen operiert werden und also auch gutartige Diagnosen ein nicht zu unterschätzendes Belastungspotenzial haben.... Immer noch ist zu wenig über den Aufklärungs- und Rehabilitationsbedarf, das Erleben von operativen Eingriffen, die sozialen Folgen oder auch über den Zusammenhang zwischen Organentfernung und weiblicher Identität bekannt.«

FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001
SEITE 150

Brustkrebs – Zahlen und Risiken

Brustkrebs ist keine Epidemie

Viele Frauen haben Angst vor Brustkrebs. Untersuchungen zeigen, dass sie das Risiko oft überschätzen. Seit Ende der achtziger Jahre stagniert in Deutschland die Sterblichkeit an Brustkrebs, seit 1996 sterben weniger Frauen an dieser Erkrankung – ein Trend, der alle Altersgruppen betrifft. Erklärt wird dieser Rückgang mit der besseren Therapie und Früherkennung. Auch beobachten Frauen inzwischen aufmerksamer ihre Brust und suchen schneller Rat bei ihrer Gynäkologin.

Eine von zehn Frauen erkrankt in ihrem Leben an Brustkrebs. Diese Information ist derzeit oft zu lesen. Sie stimmt, allerdings fehlt der Zusatz: falls die Frau 82 Jahre alt wird! Die Erkrankungsrate nimmt mit dem Älterwerden zu, das Durchschnittsalter bei Diagnosestellung liegt bei 63 Jahren. Oder anders ausgedrückt: Bei 353 von 100 000 Frauen im Alter zwischen 30 bis 39 Jahren wird Brustkrebs diagnostiziert; bei den 50- bis 59-Jährigen bekommen von 100 000 Frauen 2526 einen Brustkrebsbefund.

Die Zahl der diagnostizierten Brusttumoren steigt – vor allem in den Ländern mit einem Screeningprogramm. Dieser Trend wird zum Teil als Effekt der Früherkennungs-Mammografie erklärt, weil dadurch auch Krebsvorstufen und Veränderungen der Brust gefunden werden, die das Leben der Frau möglicherweise nie bedroht hätten. Experten und Expertinnen sehen den Grund der häufigeren Brustkrebsdiagnosen auch in der Zunahme der Risikofaktoren.

Betrachtung im Spiegel

Die Brust – Symbol des Weiblichen, der Erotik. Heute fast vergessen: das Nähren. Weißt du noch, wie die Kinder genuckelt haben – wollüstig fast – versunken in die weiche Geborgenheit des Fleisches? Habe ich schöne Brüste oder sind sie zu platt, zu groß, zu hängend? Wie sich doch in die Brüste unsere Geschichte eingräbt. Du nennst sie trotzdem weich und wonnig. In meinen Händen wiege ich sie, betrachte mich im Spiegel. Ist mein Busen asymmetrisch, spüre ich eine Ausbuchtung? Schlummert darin irgendetwas, das mich ängstigen sollte? Ist meine Brust vielleicht eine Zeitbombe? Heute, gestern und vorgestern las ich Berichte, die mir Brustkrebs als neue Epidemie erscheinen ließen. Immer mehr und immer jüngere Frauen erkranken, sterben. Stimmt das wirklich?

Zitiert nach:

Eva Schindele, »Brustbild«,
WDR 2001

Leitlinien Fraueninformation zur Brustkrebsfrüherkennung der Konzentrierten Aktion Brustkrebs-Früherkennung, 2001

»Wichtig ist der Hinweis darauf, dass nach einer Diagnosestellung keine übertriebene Eile geboten ist, sondern dass immer ausreichend Zeit ist, sich umfassend zu informieren, sich über Behandlungsmethoden zu beraten und sich zusätzliche Meinungen einzuholen. Brustkrebs ist kein Notfall.«

Ein Puzzle verschiedener Risiken

Wieso bekommt die eine Frau Brustkrebs, die andere nicht und warum sind Frauen aus höheren sozialen Schichten oder Städterinnen häufiger betroffen? Warum erkranken und sterben in den neuen Bundesländern viel weniger Frauen an Brustkrebs, als in Westdeutschland? Dies ist bisher weitgehend ungeklärt. Überhaupt tappt man bei den Ursachen für die Entstehung von Brusttumoren noch ziemlich im Dunkeln. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen gehen davon aus, dass es sich um ein Puzzle verschiedenster Einflüsse handelt.

► **Lebensstil:**

Kalorienreiche Ernährung, Übergewicht, übermäßiger Alkoholkonsum oder Rauchen gelten als Risikofaktoren.

► **Zyklus und Biografie:**

Eine frühe Regelblutung und späte Menopause wirken sich eher ungünstig aus, ebenso wenn Frauen keine Kinder geboren haben. Eine frühe Mutterschaft, Kinder (am besten mehrere) und mehrmonatiges Stillen senken dagegen das Risiko.

► **Pille und Hormontherapie:**

Nach neuesten Erkenntnissen fördert die Anti-Baby-Pille nicht die Entstehung von Brustkrebs. Anders ist es bei den Östrogen-Gestagen-Präparaten, die Frauen gegen Wechseljahrsbeschwerden verschrieben bekommen. Mit der Dauer der Einnahme steigt das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Aus diesem Grunde ist ein Arm der amerikanischen Studie »Women-Health-Initiative« im Sommer 2002

vorzeitig abgebrochen worden. Diese große wissenschaftliche Untersuchung sollte Nutzen und Risiken der Hormontherapie klären. (siehe Kapitel Lebensmittel S. 26)

► **Familiäres Risiko:**

Nur etwa fünf Prozent der Brustkrebsfälle sind erblich bedingt. Zwei Genveränderungen (BRCA 1 und BRCA 2) lassen sich bisher mit einer genetischen Testung nachweisen. Doch selbst, wenn eine Genveränderung vorliegt, erkrankt die Frau nicht in allen Fällen. Deshalb wird dringend empfohlen, sich vor einer solchen Diagnostik beraten zu lassen. Zwölf universitäre Zentren haben sich im Rahmen eines Forschungsvorhabens auf diese Fragestellungen spezialisiert.

► **Umweltrisiken:**

Seit dem Atombombenabwurf in Hiroshima ist bekannt, dass ionisierende Strahlen Krebs auslösend wirken; wie gefährlich niedrige Strahlendosen, zum Beispiel durch Röntgen sind, ist umstritten. Generell soll nur geröntgt werden, wenn es medizinisch notwendig ist. Ein Röntgenpass hilft überflüssige Untersuchungen zu vermeiden. Wissenschaftliche Studien müssen noch klären, inwieweit elektromagnetische Felder, zum Beispiel Sendemasten, Kraftwerke oder Mobiltelefone das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, erhöhen. Das gleiche gilt auch für Industriechemikalien aus der Gruppe der Chlorverbindungen, von denen bekannt ist, dass sie in das Hormonsystem eingreifen.

Früherkennung

»In Anbetracht der ungenügenden Erkenntnisse über Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Brustkrebs kommt der Sekundärprävention in Form von Früherkennung eines Mamma-Karzinoms eine besondere Bedeutung zu. Zu den Methoden der Früherkennung zählt die Brust-Selbstuntersuchung (BSU), die Inspektion und Palpation sowie die Mammografie beziehungsweise das Screening.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001
SEITE 126

Mammografie schützt nicht vor Brustkrebs ...

... aber sie kann ihn vielleicht in einem so frühen Stadium aufspüren, in dem er noch keine Tochtergeschwülste (Metastasen) gestreut hat und somit nicht das Leben der Frau gefährdet. Das ist die Hoffnung, die hinter der Früherkennung mit Hilfe von Röntgenstrahlen steht. Allerdings weist die Mehrzahl der Studien diesen Nutzen nur bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nach. International streiten sich Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, wie hoch der Vorteil für die einzelne Frau auch angesichts verbesserter Therapiemöglichkeiten ist – für Frauen unter 50 überwiegt allerdings die Skepsis.

Um kleine Brusttumoren aufzuspüren und die Frauen möglichst wenig mit falschen Befunden zu belasten, ist die Qualität des Röntgenbildes und die Erfahrung der Radiologen von zentraler Bedeutung. Ebenso müssen auch Radiologen, Pathologen und Gynäkologen eng zusammenarbeiten. Die Qualitätssicherung ist lange Zeit in Deutschland vernachlässigt worden. Deshalb erklärten inzwischen Politikerinnen die Verbesserung der Früherkennung und Therapie von Brustkrebs zur Cheffinnensache.

Brustkrebs-Screening für Frauen ab 50

Ab 2003 (-2005) wird damit begonnen, ein flächendeckendes Mammographie-Screening für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren aufzubauen. Alle Frauen dieser Altersgruppe werden im zweijährlichen Rhythmus zu einer qualitätsgesicherten Mammografie in ein Screeningzentrum eingeladen. Dieses organisierte Screeningprogramm wird von den Krankenkassen bezahlt und steht im Einklang mit der neuen Röntgenverordnung. Getestet werden die Modalitäten der Reihenuntersuchungen derzeit in drei Modellprojekten in den Regionen Bremen, Weser-Ems und Wiesbaden. Sie orientieren sich an den europäischen Leitlinien, die unter anderem vorsehen, dass alle Röntgenbilder von zwei erfahre-

nen Radiologen oder Radiologinnen unabhängig voneinander unter die Lupe genommen werden. Jede verdächtige Röntgenaufnahme muss durch weitere Untersuchungen, unter anderem durch eine Entnahme von Gewebe aus der Brust abgeklärt werden. Um der Frau möglichst schnell und fundiert das Ergebnis und mögliche therapeutische Optionen mitteilen zu können, müssen sich verschiedene Facharztgruppen wie die Radiologie, Pathologie und Chirurgie abstimmen. Eine qualitätsgesicherte Früherkennung ist der erste Schritt einer Versorgungskette, in der die Brustkrebspatientin nicht nur eine optimale Therapie, sondern auch eine respektvolle Behandlung erfahren soll.

Jede Frau muss für sich entscheiden....

...und das kann sie nur, wenn sie über die Vor- und Nachteile einer Früherkennungsmammografie verständlich informiert ist. Durch eine Mammografie kann eine Frau ohne Beschwerden von einem Moment zum anderen zu einer Brustkrebspatientin werden mit allen sozialen, psychischen und physischen Konsequenzen. Frauen, die noch ihre Regelblutung haben oder Hormonpräparate zu sich nehmen, haben ein dichteres Brustgewebe. Deshalb können Tumoren schwerer erkannt werden. Die Folge ist, dass Brustkrebs häufiger übersehen wird (im Fachjargon: falsch-negativer Befund) oder falscher Alarm (falsch-positiver Befund) die Frauen in Schrecken versetzt. Unklare Befunde machen weitere Untersuchungen bis hin zur Entnahme von Brustgewebe notwendig. Amerikanische Wissenschaftlerinnen schätzen, dass bei 10 bis 20 Prozent der mammografierten Frauen Vorstufen oder Veränderungen als Brustkrebs diagnostiziert und behandelt werden, die ihnen unentdeckt nie geschadet hätten. Daneben gibt es Krebsformen, die trotz Früherkennung nicht geheilt werden können.

Riskante Röntgenstrahlen

Je jünger die Frau ist, umso strahlenempfindlicher ist ihre Brust. Wie hoch die Belastung durch Röntgenstrahlen ist, kann derzeit nur geschätzt werden. Deshalb rät das Bundesamt für Strahlenschutz zur Vorsicht. Vor allem sollten sich Frauen nur in Zentren röntgen lassen, die nach den europäischen Qualitätsstandards arbeiten, das heißt mindestens 5000 Mammografien im Jahr durchführen und jede Aufnahme doppelt befunden.



Tipp:

Mehr Informationen zur Mammografie hat die Universität Hamburg ins Internet gestellt: <http://mammographie-screening-online.de>

Jede Röntgenuntersuchung ist mit einer Strahlenbelastung verbunden. Da die Brust ein sehr strahlenempfindliches Organ ist, gestattet die deutsche Röntgenverordnung Mammografien zur Früherkennung nur in Ausnahmefällen: für Frauen, die älter als 50 sind und im Rahmen qualitätsgesicherter Programme (siehe oben). Gerade die Brust jüngerer Frauen kann durch häufiges Röntgen gefährdet werden. Ebenso ist der Nutzen der Mammografie für diese Altersgruppe nicht nachgewiesen. Deshalb rät das Bundesgesundheitsministerium Frauen unter 50 von einer Früherkennungsmammografie, die sich viele Ärzte inzwischen privat als »IGEL-Leistung« bezahlen lassen, dringend ab.

Expertinnen raten: Auch wenn Frauen regelmäßig zur Mammografie gehen, sollen sie nicht aufhören, aufmerksam ihre Brust zu beobachten. Schließlich können Veränderungen am eigenen Leib am schnellsten von der Frau selbst wahrgenommen werden. Sie sollte ertastete Knoten oder sonstige Auffälligkeiten ernst nehmen und weiter von einer Ärztin oder einem Arzt abklären lassen.

Die Kassen bezahlen im Rahmen der jährlichen Krebsfrüherkennung die Abtastung der Brust (Palpation) durch eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt. Wenn ein verdächtiger Knoten oder sonstige Veränderungen weiter abgeklärt werden müssen, übernehmen die Kassen die Kosten für Ultraschall oder Mammografie.

Im Mittelpunkt: die Patientin

Seit 1. Juli 2002 sind die Anforderungen an Behandlungsprogramme für Frauen mit Brustkrebs gesetzlich festgelegt worden (Disease-Management-Programm). So erhofft man, die Qualität der medizinischen Behandlung und psychosozialen Begleitung zu gewährleisten. Die Patientin kann selbst über die Teilnahme an diesem Programm entscheiden. Die Vermittlung erfolgt durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen.

Nicht still leiden, sondern laut fragen

Der Blick auf die Krankheit Brustkrebs hat sich verändert, seit dem sich betroffene Frauen öffentliches Gehör verschaffen. Ihre Scham über die Diagnose haben sie in Wut über ihre Behandlung verwandelt. Selbsthilfegruppen fordern, Patientinnen in die Therapieplanung mit einzubeziehen und sie respektvoll zu begleiten. Auch die medizinische Forschung braucht die Erfahrungen der Betroffenen.

»Nicht still leiden, sondern laut fragen!«, ist das Motto der Aktivistinnen. Denn Wissen ist wichtig, um die Angst vor Brustkrebs zu bändigen, die Krankheit als Patientin gut zu bewältigen und Schritt für Schritt den Weg in die Genesung zu planen.

Brustkrebstelefon:

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung fördert ein Brustkrebstelefon beim Deutschen Krebsforschungszentrum. Unter

Tel. 06221 / 42 43 43

können sich Frauen Montag bis Freitag von 8:00 bis 12:00 Uhr rund um das Thema Brust und Brustkrebs informieren.

Expertin

Dr. med. Susan Love, Direktorin des Zentrums für Brustkrankungen in Los Angeles und Brustkrebsaktivistin

»Bei der Selbstuntersuchung sucht man gezielt nach etwas Bestimmtem. Mir geht es jedoch darum, den eigenen Körper zu erfahren und sich mit der Brust vertraut zu machen, ohne an irgend etwas Unheilvolles zu denken. Ich möchte anregen, die Brüste zu verschiedenen Zeiten abzutasten, um zu spüren, wie sie sich im Laufe des Zyklus verändern. 80 Prozent der Tumoren, die nicht bei der Mammografie erkannt werden, haben die Frauen oder ihre Partner meist zufällig entdeckt – beim Duschen, Eincremen oder im Liebesspiel. Genau darum geht es: den eigenen Körper zu fühlen, zu kennen und nicht verbissen nach Krebs zu suchen.«

»Die Patientin ernst nehmen«

Rehabilitation bei Brustkrebs und anderen gynäkologischen Erkrankungen

Frauen, die an Krebs erkrankt sind, können direkt nach der Operation oder auch später eine Kur in einer Reha-Klinik beantragen. In einer Klinik in Bad Salzungen entwickelten Gynäkologinnen, Psychologinnen, Physiotherapeutinnen und Pflegepersonal ein ganzheitliches Behandlungskonzept für Krebspatientinnen, für Frauen nach komplizierten Unterleibsoperationen oder mit chronischen Unterbauchschmerzen.

Welche Frauen kommen in Ihre Klinik? Viele Frauen sind schwer krank, müde, erschöpft und zum Teil auch sehr gekränkt durch ihre Erfahrungen im Medizinsystem. Gerade Frauen mit chronischen Unterleibsbeschwerden haben schon eine Odyssee unterschiedlicher Behandlungen im schulmedizinischen und alternativen Bereich hinter sich. Wir bemühen uns von Anfang an um ein Klima gegenseitiger Wertschätzung. Dies erreichen wir oft schon durch aufmerksames und zugewandtes Zuhören. Die Patientinnen fühlen sich ernst genommen und fangen an, sich zu öffnen. Nur auf dieser Grundlage können dann auch weitere Schritte zur Krankheitsbewältigung fruchten.

Sie sind ein reines Frauenteam – spielt das in Ihrem Behandlungskonzept eine Rolle? Auf jeden Fall. Frauen erzählen uns offener, was sie bewegt. Unterleibserkrankungen oder Brustkrebs sind nach wie vor Erkrankungen, über die man nicht so gerne mit Fremden und schon gar nicht mit Männern spricht. Sie betreffen die Intimsphäre und können dadurch das weibliche Selbstwertgefühl zusätzlich ankratzen. Frauen sind nicht nur an einem Organ erkrankt, sondern können in ihrer Identität erschüttert werden und erleben auch oft Einschränkungen in der Partnerschaft oder im Berufsleben. Wir verstehen uns als parteilich auf der Seite der Frauen und suchen die gleiche Augenhöhe.

Was verstehen sie unter parteilich? Wir sprechen keine medizinische Sprache, die oft von vornherein Distanz zwischen der Patientin und dem Arzt schafft. Wir bemühen uns darum, verstanden zu werden und uns in die Gedankengänge der Frauen hineinzusetzen und auch medizinische Missverständnisse auszuräumen. Beispiel: Die meisten Frauen glauben, wenn sie regelmäßig zur Krebsvorsorge oder Mammografie gehen, können sie Brustkrebs verhindern. Dann erkranken sie daran und sind tief erschüttert, weil sie doch alles getan haben –

sie fühlen sich nur noch ohnmächtig und müssen wieder befähigt werden, ihre Genesung und damit ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen.

Wie unterstützen Sie Frauen in diesem Prozess? Wir haben in unserer Abteilung alle medizinischen und diagnostischen Möglichkeiten, aber dabei bleiben wir nicht stehen. Nehmen wir wieder das Beispiel Brustkrebs. Die Patientinnen müssen für die Zukunft den Umgang mit Ärzten lernen: Wie schaffe ich es, zu fragen und auch befriedigende Antworten zu bekommen? Gerade bei dieser Erkrankung sind Informationen sehr wichtig: Wie schaut der normale Heilungsverlauf aus, auf was muss ich dabei besonders achten? Frauen müssen wissen, dass die Therapie selbst auch Folgen haben kann, zum Beispiel ein Lymphödem nach der Strahlentherapie oder Haltungs- und Atemprobleme nach der Brustoperation. Wir erklären dann, warum dies entstehen kann und wie die Frauen beispielsweise durch Massage oder gezielte Bewegungstherapie dem entgegen steuern können. Es ist eine Hilfe zur Selbsthilfe. Die Patientinnen sollen sich nicht nur als Behandelte, sondern auch als Handelnde erleben und so gestärkt wieder nach Hause zurückkehren.

Ein Gespräch mit Dr. Barbara Ehret-Wagener, Chefarztin der Abteilung für Gynäkologische Rehabilitation der Kliniken am Burggraben, Bad Salzungen

»Es war ein seltsames Gefühl, ohne Gebärmutter und Eierstöcke zu sein, ich hab mich doch erst einmal beraubt gefühlt, ausgeräumt, auch wenn das keiner so gesagt hat. Etwas zentral Weibliches fehlte mir, bis ich schließlich akzeptieren konnte, dass meine Weiblichkeit nicht nur in meiner Gebärmutter steckt. Weil meine Eierstöcke entfernt sind, nehme ich Hormone, aber jetzt will ich sie langsam absetzen. Die Operation ist neun Jahre her, und mir geht es gut.« Ilse B., 51 Jahre alt

Frauenleiden – viele trifft es

Frauen können an einer Vielzahl von Unterleibskrankheiten und Beschwerden leiden. Dazu gehören Entzündungen der Scheide, der Eierstöcke, der Eileiter und der Beckenorgane, Pilzerkrankungen, unspezifische Unterbauchschmerzen und unregelmäßige oder starke Blutungen. An den weiblichen Geschlechtsorganen können sich außerdem Polypen, Zysten und Myome (gutartige Tumore) bilden, im Unterleib entwickeln sich manchmal Verwachsungen oder eine so genannte Endometriose. Das heißt, dass ein der Gebärmutter Schleimhaut ähnliches Gewebe außerhalb der Gebärmutter im Bauchraum wächst, das andere Organe in ihrer Funktion beeinträchtigen kann. Diese Befunde können je nach ihrer Größe und Beschaffenheit Schmerzen verursachen. Zwar sind sie meist nicht lebensbedrohlich, aber sie mindern doch die Lebensqualität erheblich. Ältere Frauen leiden öfter an Gebärmutter-senkung oder -vorfall, Harninkontinenz (unfreiwilliger Harnabgang) und Krebs-erkrankungen.

Eine Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin fand heraus, dass 71 Prozent der Bremer Frauen zwischen 40 und 70 Jahren im Laufe ihres Lebens mindestens eine der genannten Diagnosen hatten.

Zysten und Myome

...werden häufig zufällig bei Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen festgestellt, ohne dass sie Probleme bereiten. Sie erfordern in der Regel keine Therapie, es reicht, sie weiter zu beobachten. Sollten Ärzte/Ärztinnen eine Operation vorschlagen, sei jeder Frau angeraten, eine weitere

medizinische Meinung einzuholen. Bleibt es jedoch bei der Empfehlung zur Operation, sollte diese nicht verworfen werden, da sanftere Behandlungsvarianten manchmal nicht ausreichen. Myome und gutartige Zysten bilden sich nach den Wechseljahren oft von selbst zurück, wenn Frauen keine Hormontherapie durchführen.

Endometriose

... kann sehr schmerzhaft sein, zu Fruchtbarkeitsstörungen, Blasenproblemen oder in seltenen Fällen sogar zum Darmverschluss führen. Da Unterleibsschmerzen – besonders im Umfeld des Eisprungs und der Menstruation – oft als normales Frauenschicksal angesehen werden, vergehen manchmal Jahre bis die Diagnose ‚Endometriose‘ gestellt wird. Besondere Belastungen ergeben sich für die betroffenen Frauen daraus, dass ihre Partner meist weder die Schmerzen nachvollziehen können noch die Tatsache, dass ihre Partnerin kaum Lust auf Sex verspürt.

Chronische Unterleibsbeschwerden

... sind oft sehr unspezifisch und deshalb für Patientinnen besonders belastend und eine Herausforderung für Gynäkologen und Gynäkologinnen. Untersuchungen zeigen, dass Frauen mit einem solchen Befund leicht Dauerpatientinnen werden und eine Vielzahl von Ausschabungen oder Bauchspiegelungen über sich ergehen lassen. Doch oft sind diese unklaren Unterbauchschmerzen Ausdruck seelischer Konflikte, zum Beispiel Problemen in Partnerschaft, Familie und Beruf oder sie deuten auf Missbrauch oder andere sexuelle Gewalterfahrungen hin.

Bauchspiegelungen

Aus diagnostischen Gründen werden diese so genannten Laparoskopien seit etwa 20 Jahren vermehrt durchgeführt. Mit Hilfe dieser ›Schlüssellochmethode‹ können Arzt oder Ärztin in den Bauchraum schauen und mögliche krankhafte Veränderungen feststellen.

Diese diagnostischen Eingriffe werden häufig bagatellisiert: »Nur mal nachgucken« – doch auch Bauchspiegelungen sind nicht so schonend wie vorgegeben wird. Sie können für die Patientinnen unangenehme Folgen wie Infektionen oder verletzte Nerven nach sich ziehen. Außerdem erfordern die Spiegelungen des Bauchraums eine Vollnarkose. Deshalb sollten Frauen vorher auf weniger belastenden Diagnosemöglichkeiten wie etwa einer gründlichen Ultraschall-Untersuchung bestehen.

In den letzten Jahren werden Laparoskopien auch als Operationsmethode verwendet. Mediziner und Medizinerinnen versuchen zunehmend, Organ erhaltend zu operieren. Sie schälen Myome aus der Gebärmutter heraus, ohne diese zu entfernen. Der Eingriff kann ambulant durchgeführt werden. Die Frau braucht keinen großen Bauchschnitt. Oft fühlen sich die Patientinnen schon wenige Tage nach der OP wieder fit. Trotzdem ist hier ebenso Vorsicht geboten, denn auch dieser Eingriff kann zu schmerzhaften Verwachsungen, innerer Narbenbildung oder sogar Unfruchtbarkeit führen. In seltenen Fällen werden Blase oder Darm verletzt.

Gynäkologische Operationen und ihre Folgen

Die Gebärmutter verändert sich mit zunehmendem Alter der Frau, dennoch wird ihr Zustand von Medizinerinnen und Medizinerinnen häufig an dem junger Frauen gemessen. Abweichungen werden dann leicht als krankhaft definiert, obwohl sie normal sind. Noch vor 20 Jahren propagierte die Gynäkologie, dass Frauen, die keinen Kinderwunsch mehr haben, auf ihre Gebärmutter verzichten können. Sie empfahl die Entfernung nicht nur bei Erkrankungen, sondern auch zur Familienplanung und zur ‚Krebsvorsorge‘, nach dem Motto: Was draußen ist, kann nicht mehr erkranken.

Immer noch ist die Entfernung der Gebärmutter eine häufige gynäkologische Operation, auch wenn die Zahl in den letzten Jahren rückläufig ist. Eine Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin aus dem Jahr 2000 zeigt, dass jede vierte Bremer Frau zwischen 50 und 54 Jahren keine Gebärmutter mehr hat, bei den 55- bis 59-Jährigen ist es jede dritte, und bei den 65- bis 69-Jährigen steigt der Anteil auf 40 Prozent.

Eine Studie aus Hessen (1999) ergab, dass 93 Prozent der Gebärmütter auf Grund gutartiger Erkrankungen entfernt wurden. Davon gut die Hälfte wegen Myomen, 19 Prozent wegen Gebärmuttertumor und 11 Prozent wegen Blutungsstörungen.

Nach der Gebärmutterentfernung: Körperliche und seelische Probleme

Um es vorwegzunehmen: viele Frauen haben nach einer Operation keinerlei Beschwerden. Aber in einigen Fällen können Gebärmutterentfernungen noch nach Jahren orthopädische Probleme verursachen, vor allem Haltungsschäden, die oft Rückenschmerzen hervorrufen. Außerdem fördern sie unfreiwilligen Harnabgang. Die Folgen sind noch gravierender bei einer »Totaloperation«, das heißt, wenn die Eierstöcke mit weggenommen werden. Frauen haben dann häufig Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und leiden je nach Alter unter den hormonellen Veränderungen. Manche fühlen sich nicht länger als vollwertige Frau. Selbst wenn diese Operationen medizinisch notwendig sind, können sich Frauen mit der Entscheidung Zeit lassen, sich informieren, welches Krankenhaus in

diesem Spezialgebiet einen guten Ruf hat. Eine innere Vorbereitung auf die Operation und das bewusste Abschiednehmen von der Gebärmutter hilft oft, den Verlust besser zu verarbeiten.

Alternativen, die helfen können

Pflanzenheilkunde, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und Körpertherapien bieten eine Vielzahl von Möglichkeiten, die heilen oder die Beschwerden zumindest lindern. Um Gebärmutterentfernungen von vornherein zu verhindern, raten Hebammen und Gynäkologen/Gynäkologinnen jungen Müttern direkt nach einer Geburt zu gezieltem Beckenbodentraining. Das stärkt die Beckenbodenmuskulatur und beugt nicht nur der Senkung, sondern in späteren Jahren auch unfreiwilligem Harnabgang vor. Auch wenn sich die Gebärmutter bereits gesenkt hat, kann regelmäßiges Beckenbodentraining die Folgen mildern.

Eine andere Möglichkeit stellen mechanische Stützen der Gebärmutter oder des Blasenbodens durch Ring- oder Würfelpessare in der Vagina dar. Diese Pessare können Frauen nach Bedarf einsetzen oder herausnehmen.

Die angegebenen Verfahren werden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt, daher empfiehlt es sich, vorher abzuklären, in welchem Umfang eigene Kosten entstehen.

»Hart« und »weich«:

Indikationen für eine Gebärmutterentfernung

Nicht jede Operation ist vermeidbar. Medizinisch notwendig sind Gebärmutterentfernungen bei ‚harten Indikationen‘ wie Krebserkrankungen.

Bei ‚relativen oder weichen Indikationen‘ sollte die Entfernung der Gebärmutter der letzte Schritt sein, wenn andere Therapien nicht halfen.

Weiche Indikationen sind: häufige und/oder starke Regelblutungen, sehr schmerzhafte Regelblutungen, Senkung der Gebärmutter, gutartige Tumore, insbesondere Myome, in der Gebärmutter, deutliche Vergrößerung der Gebärmutter, Endometriose, Verwachsungen im Unterbauch

»Ich habe in den letzten Monaten, wenn ich meine Periode bekam, jedes Mal furchtbar geblutet. Das dauerte manchmal zwei Wochen lang. In den schlimmsten Zeiten musste ich fast stündlich meine Binden und Tampons wechseln, und manchmal ist es passiert, dass mir das Blut am Bein herunter lief. Wenn die Blutungen länger anhielten, bekam ich Kreislaufbeschwerden. Mir wurde ganz schwindlig, wenn ich bei der Arbeit nur von einem Stuhl aufstehen wollte. Jetzt habe ich meine Gebärmutter herausnehmen lassen, die Operation lief gut, obwohl ich hinterher noch länger Unterleibsschmerzen hatte. Trotzdem bin ich froh, dass ich nicht mehr blute.« Renate M., 47 Jahre alt



Wie aus Ohnmacht Stärke wird
Gewalt macht krank

Gewalt

»Frauen werden im Zusammenleben mit »gewaltbereiten« Männern nicht erst durch Schläge verletzt, sondern auch durch psychische Gewalt. Dazu zählen z.B. zermürende Demütigungen, erzwungene Schlaflosigkeit, ständige Überwachung und Kontrolle (Einsperren), Misstrauen und Eifersucht, regelmäßige Herabsetzung vor den Kindern oder im Bekanntenkreis. Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung werden zu einem sehr hohen Anteil nicht von Fremden ausgeübt, sondern durch Männer, denen die betreffende Frau persönlich bekannt ist. Und schließlich ist der gewalttätige Übergriff, der eine Frau zum Aufsuchen von Beratung und Schutz veranlasst, selten der erste in ihrem Leben.«

Wie aus Ohnmacht **Stärke** wird

Sprechen gegen Scham und Schuldgefühle

Eine Umfrage des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin ergab, dass jede sechste Frau körperliche Gewalt erlebt hat, jede zehnte sexuelle Gewalt, jede zwanzigste beide Formen. Körperliche Gewalt gegenüber Frauen ist zudem meist mit verbalen Bedrohungen verbunden. Bei einer repräsentativen Umfrage des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen gaben 8,5 Prozent aller Frauen an, nach dem 18. Lebensjahr vergewaltigt worden zu sein, davon zwei Drittel in der Familie, vor allem vom Ehemann oder Lebenspartner. Fast die Hälfte der Betroffenen verheimlichte bis zum Zeitpunkt der Befragung aus Angst, Scham und Schuldgefühlen ihre Erlebnisse.

Jüngere und gut ausgebildete Frauen sprachen eher über ihre Erfahrungen und nahmen gezielter Hilfe in Anspruch – vor allem, wenn der Täter ein Fremder und sein Angriff weniger schwer war. Je länger Frauen schweigen, desto gravierender die Folgen.

Etwa 50 Prozent der Frauen, die als Prostituierte arbeiten, kennen körperliche und sexuelle Gewalt aus ihrer Kindheit und Jugend. Später wird die Hälfte von ihnen Opfer gewalttätiger Freier und Zuhälter.



»Er schien so nett zu sein. Doch nachdem wir verheiratet waren, änderte er sich total. Ich sollte nur noch für ihn und die Kinder da sein. Er verbot mir, mich mit Freundinnen zu treffen, an Ausgehen war gar nicht mehr zu denken, und wenn er nach Hause kam und ich saß zufällig mit einer Nachbarin beim Kaffeetrinken, dann machte er mir schlimmste Vorwürfe und beschimpfte mich. Manchmal hat er mich auch geschlagen. Ich war mit den Nerven völlig fertig. Es hat sich dann immer schlimmer entwickelt. Ich durfte nicht telefonieren und bin am Ende nicht mal mehr allein einkaufen gegangen, sondern immer nur mit ihm. Er hat mir auch kein Geld mehr gegeben, ich war völlig abhängig. Irgendwann war mir so schlecht, dass ich zur Ärztin gegangen bin und alles erzählt hab'. Die hat mir gesagt, dass es Frauenhäuser gibt, und dann bin ich eines Tages da hin. Ich bin aber wieder zurück zu ihm, weil er versprochen hat, es würde alles anders, aber so war es ja nicht. Jetzt bin ich das sechste Mal im Frauenhaus, und diesmal geh ich nicht zurück.« Margret H., 32

Gewalt ist keine Privatsache

Es gibt über 400 Frauenhäuser in der Bundesrepublik. Enge Räume, knappe Finanzen und eine schlechte Personalausstattung erschweren oftmals, dass Frauen angemessen versorgt werden. Außerdem fehlen Mittel für die Supervision. Neben Frauenhäusern existieren Notrufprojekte und Beratungsstellen gegen sexuellen Missbrauch.

»Nach Schätzung der Bundesregierung suchen jährlich ca. 45 000 Frauen in einem Frauenhaus Schutz vor weiteren Mißhandlungen ... Die Forschung im In- und Ausland belegt einhellig, daß Frauen im besonderen Maße von gesteigerter Gewalt bedroht sind, wenn sie sich nach außen wenden oder versuchen, sich von dem Mann zu trennen, und daß sie nach einer Trennung oder Scheidung oft jahrelang verfolgt, überwacht und terrorisiert werden.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001
SEITE 259

Gewalt macht krank

»Ein großer Teil der Gewalt besteht nicht in dramatisch eskalierten Ausbrüchen mit schweren körperlichen Verletzungen, doch die Gefahr einer solchen Eskalation lauert ständig im Hintergrund. Chronische Gewalt innerhalb einer Beziehung ist daher auf besondere Weise destruktiv: Sie fügt nicht nur wiederholte Verletzungen zu, die oft nicht versorgt werden und nicht ausheilen können, sondern sie erzwingt eine ständige Aufmerksamkeit für Gefahr, ein Leben in Angst.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001, SEITE 259

Verletzungen zeigen, Spuren erkennen

Die Krankheitsfolgen von Gewalt zeigen sich zum einen in sichtbaren körperlichen Verletzungen und Narben. Nicht weniger schwer wiegen die seelischen Auswirkungen. Betroffene leiden vermehrt an Depressionen, Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Übererregung, extremer Angst und Schreckhaftigkeit. Ihre ständige Hab-Acht-Stellung ist ein normaler Anpassungs- und Schutzmechanismus.

Wenn Kinder durch nahe Familienmitglieder oder Personen, denen sie besonderes Vertrauen entgegenbringen, sexuell missbraucht werden, kann das ihr ganzes späteres Leben prägen. Kinder verdrängen diese sexualisierte Gewalt häufig so weit sie können. Wenn sie heranwachsen, treten vermehrt Essstörungen, Neigung zum Selbstmord, Kopfschmerzen, Zittern, Atembeklemmungen, Durchfall und chronische Unterleibsbeschwerden auf – ohne dass jemand erkennt, woher die Krankheiten und Beschwerden kommen, da sie nur schwer als Folge früherer Gewalt- oder Missbrauchserlebnisse erkannt werden.

Frauen, die gewalttätige Übergriffe erlebt haben, erkranken dreimal so häufig psychisch und sie leiden vermehrt an Süchten aller Art. Viele Gewaltopfer versuchen, ihre Erlebnisse mit Hilfe von Drogen, Medikamenten oder Alkohol zu verarbeiten. Manche leben mit dem Gefühl, völlig aus der Normalität herausgefallen zu sein und nirgendwo dazu zu gehören.



Expertin

Dr. med. Ingrid Olbricht, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Bad Zwesten:

»Für viele Frauen, insbesondere mit Kindern, ist es erst einmal schwierig, sich zu trennen, insbesondere wenn kein eigenes Einkommen zur Verfügung steht. Sie leben weiter mit dem Vergewaltiger. Das wird vom Täter in der Regel als Akzeptieren der Tat verstanden und das macht ihm die Wiederholung leicht. Vergewaltigungen in der Ehe sind Wiederholungstaten.«

GESETZE GEGEN GEWALT

SEIT ANFANG 2002 GILT EIN NEUES GEWALTSCHUTZGESETZ. DANACH HABEN DIE GERICHTE DIE MÖGLICHKEIT, EINEN MANN, DER GEGEN SEINE PARTNERIN GEWALTÄTIG WIRD, AUS DER WOHNUNG AUSZUWEISEN. EINE BROSCHÜRE DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND »MEHR SCHUTZ BEI HÄUSLICHER GEWALT« INFORMIERT ÜBER DIE RECHTLICHEN MÖGLICHKEITEN, DIE OPFER HÄUSLICHER GEWALT DURCH DIESES NEUE GESETZ HABEN.

IN MEHREREN BUNDESLÄNDERN WURDEN ZWISCHENZEITLICH AUCH DIE POLIZEISETZGE GÄNDERT, SO DASS DIE POLIZEI BEREITS IM VORFELD DER GERICHTSENTSCHEIDUNG DEN TÄTER FÜR MEHRERE TAGE AUS DER WOHNUNG VERWEISEN KANN.

SEIT 1997 IST DIE VERGEWALTIGUNG AUCH IN DER EHE STRAFBAR. AUSSERDEM WURDE DER BEGRIFF DER »VERGEWALTIGUNG« IM STRAFRECHT ERWEITERT. ALS VERGEWALTIGUNG GELTEN SEITDEM ALLE DURCH GEWALT, DROHUNGEN ODER AUSNUTZUNG EINER SCHUTZLOSEN LAGE ERFOLGTEN SEXUELLEN HANDLUNGEN, DIE MIT EINEM EINDRINGEN IN DEN KÖRPER VERBUNDEN SIND, SEI ES IN DIE VAGINA, DEN ANUS ODER DEN MUND. ALS BESONDERS SCHWERWIEGEND GILT, WENN DER TÄTER SEXUELLE HANDLUNGEN WÄHLT, DIE DAS OPFER GEZIELT ERNIEDRIGEN.

S.I.G.N.A.L. schult Krankenhauspersonal

Die Medizinforschung hat sich bislang nur unzureichend mit Gewaltfolgen befasst. Auch Ärztinnen und Ärzte erkennen Gewalt häufig nicht als Ursache für krankhafte Symptome und behandeln sie deshalb nicht angemessen.

Das Projekt S.I.G.N.A.L. des Benjamin-Franklin-Klinikums der Freien Universität Berlin will nun die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen verbessern. Es bietet Fortbildungen für das Pflegepersonal und für Mediziner der »Station Erste Hilfe/Notaufnahme« an. Die Teilnehmenden lernen in zweitägigen Kursen

und speziellen Vorträgen den Umgang mit Patientinnen, die Opfer von Gewalttaten sind.

Das medizinische Klinikpersonal soll Misshandlungsverletzungen von sich aus erkennen – und offen ansprechen. Bisher scheuen Helfer und Helferinnen häufig das Gespräch, weil sie die möglichen Folgen nicht absehen können. Doch solange sie gehemmt sind, hüllen sich auch die misshandelten Frauen in Schweigen, obwohl die Herkunft mancher Verletzungen offensichtlich ist. Patientinnen, die geschlagen wurden, kommen oft am Abend oder am Wochenende in die Notaufnahme. Sie haben Verletzungen am Kopf, im Gesicht, am Ober- oder Unterleib, die sich deutlich von solchen unterscheiden, die für Unfälle typisch sind: Neben Blutergüssen sind die Frauen von Riss-, Biss-, Platz- und Schnittwunden gezeichnet, sie haben Brüche im Gesicht, Genitalverletzungen und Verbrennungen. Zwei Drittel der Frauen, so dokumentierte S.I.G.N.A.L., hatten mehr als eine behandlungsbedürftige Wunde. Häufig sind unterschiedlich alte Verletzungen nebeneinander zu finden.

Das Projekt hat gezeigt, dass Frauen im Krankenhaus oder in der Notfallhilfe eher über ihre Gewalterfahrungen sprechen, als wenn sie dafür eine Beratungsstelle oder ein Zufluchtsprojekt aufsuchen müssen.

S.I.G.N.A.L. gegen Gewalt – Hilfe und Unterstützung für Frauen

- S** Sprechen mit der Patientin, Bereitschaft zum Zuhören signalisieren. Frauen öffnen sich, wenn sie spüren, dass ihre Situation verstanden wird.
- I** Interview mit konkreten, einfachen Fragen. Zuhören, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, die Gewalterlebnisse zu veröffentlichen.
- G** Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.
- N** Notieren und dokumentieren aller Befunde und Angaben, so dass sie auch zu einem späteren Zeitpunkt vor Gericht verwertet werden können.
- A** Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses der Patientin. Es geht um den Schutz und die Sicherheit der Patientin.
- L** Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt davon Gebrauch machen.

Hilfe

Frauenhaus Koordinierungsstelle /
Der Paritätische Gesamtverband e.V.
Heinrich-Hoffmann-Str. 3
60528 Frankfurt
Tel: 069-6 70 62 52
Fax: 069-6 70 62 09
Email: frauenhaus@paritaet.org
www.paritaet.org/frauen

Zentrale Informationsstelle für
autonome Frauenhäuser (ZiF)
Brinzinger Weg 34
73732 Esslingen
Tel / Fax: 0711-3 70 02 60
Email: info@zif-frauen.de
www.zif-frauen.de

Bundesvernetzungsstelle
autonomer Frauennotrufe BaF
Knooper Weg 32
24103 Kiel
Tel: 0431-9 87 72 90
Fax: 0431-9 87 72 91
Email: BaF@frauennotrufe.de
www.frauennotrufe.de



Die unauffällige Sucht:
Ursachen der Abhängigkeit

Auf die Krücke verzichten:
Beratung – der erste Schritt zur Heilung

Abhängig von Medikamenten

»Psychotrope Medikamente sind frauentypische Suchtmittel. Anders als Männer, die eher »harte« Substanzen und Konsumformen bevorzugen, um Stimmungen und Gefühle zu manipulieren, nehmen Frauen »weichere« und sozial unauffälligere Mittel, wie zum Beispiel psychotrope Medikamente... Diese Medikamente ... helfen den Frauen, ihr Privat- und Berufsleben trotz vielerlei Beschwerden und Belastungen in den Griff zu bekommen. Wenn der Medikamentengebrauch über Monate oder Jahre hinweg erfolgt, kann dies verschiedene Gesundheitsbeeinträchtigungen und die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit zur Folge haben.«

»Bald nach meiner Scheidung habe ich angefangen, Schlaftabletten zu nehmen. Ich wollte einfach mal durchschlafen und nicht die ganze Nacht grübeln. Ich habe als Aushilfe gearbeitet und abends Kurse besucht, um kaufmännische Angestellte zu werden. Immerhin hatte ich ja zwei Kinder zu versorgen. Ich wurde immer nervöser, habe meine Kinder angebrüllt, es wurde alles zuviel. Mein Arzt hat mir Beruhigungsmittel und Schlaftabletten verschrieben. Ich habe alles geschluckt. Und als ich erst mal dran gewöhnt war, kam ich schwer davon los. Das war eine Schraube ohne Ende. Von den Tabletten bekam ich rasende Kopfschmerzen. Da halfen dann nur Kopfschmerztabletten. Damit war mein 'Cocktail' vollständig. Als nichts mehr ging, wurde ich zu einem Nervenarzt überwiesen. Dass ich abhängig war, hat der nicht gemerkt. Und ich hab nichts erzählt. In einem lichten Moment habe ich mich zu einer Entziehungskur entschlossen. Da traf ich Menschen, mit denen ich sprechen konnte und die mir zuhörten. Ich habe eingesehen, dass es blödsinnig ist, mit Hilfe der Chemie seine Probleme lösen zu wollen, heute schaffe ich mein Leben ohne. Aber immer noch: Wenn ich an einer Apotheke vorbei komme, bricht mir der Angstschweiß aus. Ich hoffe, dass ich es endlich schaffe, für immer davon weg zu kommen.« Bärbel K., 45 Jahre, geschieden, zwei Kinder

Die unauffällige Sucht

Experten schätzen, dass etwa zwei Millionen Frauen und Männer von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig sind, weitere 500 000 von Schmerzmitteln, die sie meist selbst in der Apotheke erworben haben. Wahrscheinlich liegen die Zahlen dieser heimlichen Sucht noch höher, doch die große Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer schluckt und schweigt. Frauen nehmen bis zu zweimal häufiger als Männer so genannte psychotrope Medikamente ein. »Psychotrop« nennt man Arzneimittel, die das zentrale Nervensystem beeinflussen.

Dazu zählen unter anderem Schlaf- und Beruhigungsmittel, Antidepressiva, die die Stimmung aufhellen sollen, und Neuroleptika, die vorwiegend bei psychiatrischen Erkrankungen verordnet werden. Doch auch harmlos anmutende Mittel, wie codeinhaltige Hustensäfte und Appetitzügler können süchtig machen. Bereits ein bis zwei Tabletten eines Beruhigungs- oder Schlafmittels am Tag können nach drei Monaten abhängig machen. Je länger eine Frau diese Pillen schluckt, desto schwieriger ist die Behandlung ihrer »stillen« Sucht und der damit verbundenen chronischen Beschwerden.

Meist sind psychotrope Arzneimittel verschreibungspflichtig, so dass Ärztinnen und Ärzte bei der Prophylaxe von Medikamentenabhängigkeit eine besondere Mitverantwortung haben. Doch diese zeigen häufig zu wenig Aufmerksamkeit für die von ihnen mitverursachte Sucht. In bestimmten Fällen kann der Dauergebrauch psychotroper Medikamente aber auch therapeutisch sinnvoll sein.



Die Schmerzspirale

Mädchen und junge Frauen bekämpfen ihre Menstruationsbeschwerden oft mit **Schmerzmitteln** und werden so schon früh an deren Gebrauch gewöhnt. Später leiden sie vielleicht unter Kopfschmerzen und Migräne und greifen dann selbstverständlich zur Tablette.

Schmerzmittel sind in der Regel frei verkäuflich und deshalb halten viele sie für harmlos. Doch insbesondere koffeinhaltige Mischpräparate können durch ihren zusätzlich belebenden Effekt eine Tablettenabhängigkeit fördern. Bei häufigem Gebrauch können Schmerzmittel sogar einen Dauerkopfschmerz verursachen – der dann wieder mit neuen Pillen bekämpft wird – oder auch schwere Magen- und Nierenschäden, die eine »künstliche Niere« notwendig machen.

Risiken und Nebenwirkungen

In Zeiten des Schlankheitswahns boomen gewichtsreduzierende Medikamente, wie **Appetitzügler** oder Abführmittel. Appetitzügler verlieren ihre Wirkung nach vier Wochen. Sie sind gesundheitlich riskant: Schlafstörungen, Konzentrationsmangel, Übererregung, Gliederzittern, erhöhter Blutdruck und Puls oder Depressionen können die Folge sein.

Abführmittel können auf die Dauer dem Körper vor allem Kalium entziehen, was zu Störungen der Muskulatur, des Blutkreislaufs und der Harnwege führt.

Häufige Einnahme von **Schlaf- und Beruhigungsmitteln** dämpft mit der Zeit die Gefühle. Benommenheit und Schwindel sind die Folge, eine der Hauptursachen für Stürze und Knochenbrüche bei alten Frauen.

Experte

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Professor für Arzneimittelversorgungsforschung an der Universität Bremen:

»Die so genannten frauentypischen Befindlichkeitsstörungen wie Angst, Unruhe, Abgespanntheit, depressive Verstimmungen sind oft Ausdruck mangelnder Zuwendung und Anerkennung. Unaufhörlich versuchen Frauen allen Anforderungen gerecht zu werden: einerseits in der Berufswelt zu funktionieren, andererseits in der Familie Spannungen auszugleichen, Stütze zu sein und generell Harmonie herzustellen.«

Heimlich, still und leise

Ursachen der Abhängigkeit

»Der Chef, die Kollegen, die Kinder, mein Freund – alle zerren an mir. Nicht auffallen, auch wenn mir nach Streiten, Schreien, Weinen ist. Manchmal habe ich große Angst, dass alles über mir zusammenbricht.« (Annette S., 42 Jahre, Bankangestellte, verheiratet, zwei Kinder)

Solche Gefühle und Konflikte, wie sie Annette S. beschreibt, können die wenigsten Frauen in der ärztlichen Sprechstunde formulieren. Sie schildern eher unspezifische körperliche Beschwerden wie Herzrasen, Unruhe, Migräne, Schwindel, Nervosität oder Schlafstörungen. Wenn sich dann keine organische Ursache der Beschwerden finden lässt, erhalten Frauen häufig Beruhigungs- und Schlafmittel, offenbar als eine Art »Verlegenheitsmedikation«. Allein erziehende Mütter und sozial benachteiligte Frauen konsumieren öfter Schlaf- und Beruhigungsmittel. Außerdem wird ein Zusammenhang vermutet zwischen Eheproblemen, körperlicher und sexueller Gewalt und einer erhöhten Verordnung dieser Medikamentengruppe.

Bei Frauen in der Lebensmitte steigt die Einnahme dieser Medikamente sprunghaft an. Forscherinnen und Forscher vermuten den Grund in der sozialen und körperlichen Umbruchsituation, die Frauen dieses Alters mitunter überrollt: die Kinder verlassen das Haus, in der Partnerschaft hat man sich auseinander gelebt. In dieser Situation fehlt gerade Hausfrauen die Anerkennung. Aber auch berufstätige Frauen fühlen sich manchmal überlastet und befürchten, zum alten Eisen zu gehören.

Ältere und alte Frauen bilden die Mehrzahl der Medikamentenabhängigen. Sie schlucken häufig seit vielen Jahren Schlaf- und Beruhigungsmittel. Dabei steigern sie ihren Gebrauch über die Jahre nicht, sie sind »niedrigdosisabhängig« und Ärztinnen und Ärzte verschreiben die Mittel auch weiter, um Entzugssymptome zu vermeiden.

Auf die Krücke verzichten

Beratung – der erste Schritt zur Heilung

Beratungsstellen unterstützen Frauen, einen Weg aus der Sucht zu finden. Im Gespräch erleben Frauen manchmal zum ersten Mal, dass ihnen jemand zuhört, dass sie im Mittelpunkt stehen. »Das ist ein erster Schritt zur Heilung«, sagt Gabriele Jeuck, Suchttherapeutin für medikamenten- und alkoholabhängige Frauen.

Hilfe suchende Frauen klären mit der Expertin, ob sie einen ambulanten oder stationären Entzug machen wollen und wie Therapeutinnen sie während dieser Zeit unterstützen können.

Wichtig ist, das Medikament nicht abrupt abzusetzen, sondern immer in Begleitung, weil gravierende Entzugsserscheinungen, wie Schwindel, Depressionen, Weinen, Nervosität auftreten können.

In Beratungsstellen erarbeiten Frauen mit den Beraterinnen andere Wege der Konfliktbewältigung. Hier lernen sie, sich besser durchzusetzen, sich zu entspannen und bei aufkommenden Ängsten ruhig zu bleiben. Sie können Antworten finden auf die Frage, was sie mit Tabletten alles runter geschluckt haben, warum sie sich in Pharmawatte hüllen mussten, was sie nicht ertragen konnten.

»Arzneimittel sind wie eine Krücke. Doch was passiert, wenn die wegfällt? Davor fürchten sich Süchtige. Beratung und Therapie kann wie eine vorübergehende Krücke sein. Das Ziel dabei ist immer ein selbstverantwortetes, zufriedenes Leben ohne Suchtmittel«, ermutigt Gabriele Jeuck zu einem Weg aus der Abhängigkeit.

Chronische Erkrankungen: Wenn die Krankheit zum ständigen Begleiter wird
Behinderungen: Selbstbestimmt leben



Leben mit Einschränkungen

»Behinderte Frauen wollen nicht mehr durch traditionelle Organisationen mit Pflege nach festgelegten und zeitlich eng befristeten Dienstplänen versorgt werden, sondern alle Entscheidungskompetenzen, Rechte und Pflichten, die mit der Organisation von persönlicher Assistenz zusammenhängen, möglichst selbst übernehmen. Auf diese Weise kann eine selbstbestimmte Lebensführung mit individueller Gestaltungsfreiheit ermöglicht werden, die auch die Verwirklichung spontaner Entschlüsse und Aktivitäten einschließt.«

FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001
SEITE 527

Chronische Erkrankungen

Wenn die Krankheit zum ständigen Begleiter wird

»Du bist doch gar nicht behindert« – gerade Frauen mit chronischen inneren Krankheiten sehen sich oft mit dieser Fehleinschätzung konfrontiert. Ihnen fällt es besonders schwer, das Bedürfnis nach individueller Unterstützung zu formulieren – nicht nur am Arbeitsplatz, auch in der Familie stoßen sie häufig auf mangelndes Verständnis, wenn sie müde oder unkonzentriert sind. Dabei stehen chronisch Kranken arbeitsschutzrechtliche Vergünstigungen zu, wie zum Beispiel Kurzpausen während der Arbeit und ein behindertengerechter Arbeitsplatz. Doch der soziale Druck, »funktionieren« zu müssen, ist besonders bei Frauen groß. Aus der Sorge heraus, nicht anerkannt zu werden, verharmlosen viele Frauen ihre Erkrankung und verlangen mehr von sich, als ihnen gut tut.

Sich selbst Gutes tun

Frauen, die mit einer chronischen Erkrankung leben, können vielen Belastungen ausgesetzt sein: dauerhaften Schmerzen, regelmäßiger Medikamenteneinnahme mit unerwünschten Nebenwirkungen, einem disziplinierten Tagesablauf, einem sich verändernden Sexualleben, abnehmender Leistungsfähigkeit und zunehmenden Behinderungen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit. So unterschiedlich das Ausmaß und der Verlauf einer Krankheit, so verschieden sind die Mechanismen, die Frauen entwickeln, um ihre Erkrankung zu bewältigen.

Chronisch krank – immer krank?

Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen bei Frauen gehören Diabetes, Asthma, Osteoporose und Rheuma. Die meisten Krankheiten entwickeln sich langsam. Sie begleiten die Frauen auf Dauer, manchmal bis zum Lebensende, insbesondere solche, die im mittleren Lebensalter manifest werden. Eine Erkrankung gilt als chronisch, wenn sie dauerhaft behandelt werden muss, zu bleibenden Schäden oder zu einer stetigen Verschlechterung des Zustandes führt. Von chronischen Schmerzen spricht man, wenn sie länger als drei Monate anhalten. Ein dauernder Wechsel von aktivem und ruhen-dem Krankheitsgeschehen macht den Verlauf oftmals unberechenbar. Chronische Erkrankungen können zum Stillstand kommen. Manche sind heilbar.

Hilflosigkeit tut weh

»Ich bin nun mal krank, ändern kann man daran nichts.« Frauen, die sich ihrer Krankheit ausliefern, leiden mehr unter ihren Beschwerden als Frauen, die selbst aktiv werden und über Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten, Medikamente und Ernährung Bescheid wissen. Wer sich einzig und allein auf eine gute ärztliche Versorgung verlässt, wird zum Zuschauer des Geschehens. Gerade leichtere Beschwerden lassen sich oftmals durch eigenes Zutun positiv beeinflussen.

Wissen kann helfen

akzeptieren

Die eigenen Grenzen erkennen – was tut mir gut, was nicht.

informieren

Die Ärztin oder den Arzt um eine patientengerechte Aufklärung bitten.

lesen

Allgemein verständliche Literatur gibt es im Internet, in öffentlichen Bibliotheken, Frauengesundheitszentren und bei Selbsthilfegruppen.

reden

Kraft schöpfen durch den Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Frauen in einer Selbsthilfegruppe.

gesund leben

Viele Krankenkassen bieten kostenlose Ernährungsberatung an und geben Tipps zum geeigneten Lebensstil.

»Die Perspektive von Bewältigung und Entwicklung kann vermitteln, daß zum Beispiel das Leben mit einer chronischen Krankheit nicht nur Problem und Kostenfaktor, sondern auch Leistung ist und immer die Möglichkeit besteht, Gesundheitspotenziale zu entwickeln.«

FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001

SEITE 504

Als sie Teenager war, wurde bei Katrin A., 42, entzündliches Gelenkrheuma diagnostiziert. Seitdem ist sie zwölfmal an verschiedenen Gelenken operiert worden. In Deutschland leiden über eine Million Menschen an Rheumatoider Arthritis, Frauen dreimal häufiger als Männer.

»Ich habe gelernt, mit der Krankheit zu leben. Bestimmt auch, weil ich sie schon so lange habe. Mittlerweile sind einige meiner Gelenke eingesteift und ich habe ein künstliches Kniegelenk. Dadurch bin ich in meiner Bewegungsfreiheit schon sehr eingeschränkt. Hinter einer Straßenbahn herlaufen, in die Hocke gehen, auf dem Boden sitzen, Haare fönen, Staub saugen – all das ist nicht mehr möglich. Auch wenn ich meine Grenzen kenne, manchmal packt mich die Wut darüber, dass ich nicht kann, wie ich will und auf die Hilfe anderer angewiesen bin.

Und an manchen Tagen belastet mich die Ungewissheit, wie stark und ob sich meine Krankheit verändern und damit noch mehr auf mein Leben auswirken wird. So eine Krankheit verlangt sehr viel Disziplin. Seit 25 Jahren mache ich täglich eine halbe Stunde Gymnastik zu Hause und ich gehe einmal in der Woche zur Krankengymnastin. Ich achte auf mein Gewicht und ernähre mich ausgewogen. Alkohol, Fleisch, Süßigkeiten, aber auch Bewegungs- und Schlafmangel rächen sich gleich am nächsten Tag in Form von Schmerzen. Ich arbeite nur noch halbtags, weil die Erholungsphase bis zum nächsten Tag sonst zu kurz wäre. Energie tanke ich in der Natur, so oft wie möglich gehe ich im Wald oder am Fluss spazieren, und einmal in der Woche treffe ich mich mit Freunden im Theater, im Kino oder in der Kneipe. Ganz viel Kraft schöpfe ich aus meiner Ehe. Mein Mann unterstützt mich, wo er kann. Und wir reden viel. Durch meine Krankheit habe ich gelernt, sehr viel mehr die kleinen Dinge zu genießen. Manche Regeln der »Gesunden« haben für mich keine Gültigkeit mehr, zum Beispiel ewige Zeiten mit Geplänkel zu verbringen, empfinde ich als Zeitverschwendung. Mich interessiert viel mehr, was Menschen wirklich bewegt.«



Behinderungen

Selbstbestimmt leben

Svenja (43) ist querschnittsgelähmt. Vor 20 Jahren hatte sie einen Unfall, seitdem sitzt sie im Rollstuhl. Ein Jahr lag sie im Krankenhaus. Während der Therapie lernte sie andere Behinderte kennen und begriff: Auch wer im Rollstuhl sitzt, kann einen Freund haben, Auto fahren, verreisen, studieren, allein wohnen. Sie entscheidet sich, Behindertenpädagogik zu studieren und beginnt, sich im Vorstand eines Selbsthilfevereins zu engagieren. Carpe diem, nutze den Tag, wird zu ihrem Lebensmotto. Ihr Lebensziel: selbstständig bleiben so lange wie möglich. Heute betreut die 43-Jährige in einer kirchlichen Einrichtung körperlich behinderte Jugendliche, 30 Stunden in der Woche. Als gefragte Referentin hält sie regelmäßig Vorträge auf politischen Veranstaltungen und Tagungen.

Svenja, wie geht's Ihnen zurzeit?

Gut. Aber ich glaube, ich übertreibe etwas. Ein Termin jagt den nächsten, und zwischendurch muss ich noch mein Leben regeln. Da stoße ich mal wieder an meine Grenzen.

Welche sind das?

Erst mal die offensichtlichen: Treppen, Bordsteine, nicht zugängliche Verkehrsmittel. Zum Beispiel komme ich in einige Kinos mit meinem Rollstuhl nicht rein, bestimmte Filme gibt es deswegen für mich nicht. Und dann die Grenzen, die durch meine körperliche Behinderung entstehen. Ich brauche immer eine Toilette in der Nähe, denn durch die Querschnittslähmung sind auch Darm und Blase gelähmt.

Wie arrangieren Sie sich damit?

Indem ich mich gut organisiere. Ich habe mir meine Wege erarbeitet, ich weiß, in welche Läden, Kinos und Kneipen ich mit dem Rolli reinkomme und wo es Behindertentoiletten gibt. Wenn ich die bekannten Pfade verlasse, wird's schwierig. Dann bin ich auf Hilfe angewiesen.

Das klingt nach einem anstrengenden Leben.

Das stimmt. Ich bringe viel Zeit mit Dingen zu, über die sich nicht behinderte Frauen keine Gedanken machen müssen. Zum Beispiel kann ich nicht zwei Mülltüten auf einmal runter bringen, sondern muss dafür zweimal fahren. Oder meine Abfuhrtage – im Schnitt verbringe ich zehn Stunden in der Woche auf der Toilette. Aber ich versuche, es positiv zu nehmen – ich lese viele Bücher.

Was tun Sie für Ihre Gesundheit?

Bewegung ist absolut wichtig. Je länger man Knochen nicht belastet, desto stärker entkalken sie, brechen schnell und heilen schlecht. Ich schwimme und bin im Behindertensportverein, wo ich Tischtennis spiele. Und ich gehe regelmäßig zur Krankengymnastik und Lymphdrainage.

Haben Sie Angst vorm Älterwerden?

Jein. Denn ich weiß um die Probleme, die auf mich zukommen können: Gelenkverschleiß in den Armen, auch die Wirbelsäule wird stark belastet, und die Thrombosegefahr ist groß. Deswegen mache ich Sport und achte auf mein Gewicht – auch wenn's manchmal schwer fällt.

Behindert und benachteiligt

Fünf Prozent der Gesamtbevölkerung sind Frauen mit körperlichen, psychischen und geistigen Behinderungen. Überall im Leben treffen sie auf behindernde Gegebenheiten: auf Straßen, in Gebäuden, in Ausbildungsstätten und Arztpraxen, sogar in der Gesetzgebung. Die gesellschaftlichen Bedingungen erschweren es behinderten Frauen, ein selbstständiges Leben zu führen. Oft beklagen sie, dass traditionelle Rollenmuster, leistungsorientiertes Konkurrenzdenken, Klischee- und Moralvorstellungen sie zweifach treffen: als behinderte Menschen und als Frauen. Zu Recht, wie die Ergebnisse der Studie »Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung – LIVE« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 1999 zeigen. Danach haben Frauen im Vergleich zu Männern mit Behinderungen seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung, sind häufiger arbeitslos, werden bei der beruflichen Rehabilitation seltener berücksichtigt und verfügen über sehr viel weniger Geld als der Durchschnitt der Bevölkerung.



Frau sein mit Behinderung

Unattraktiv, abhängig, geschlechtslos – gesellschaftliche Vorurteile mit weitreichenden Folgen: Behinderten Frauen fällt es im Vergleich zu nicht behinderten Frauen viel schwerer ein positives Selbstbild zu entwickeln, sie schließen Sexualität, Liebe und Partnerschaft häufiger für sich aus und sie sind schlechter über ihren Körper, über Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft und Wechseljahre informiert. Besonders Frauenärztinnen und -ärzte gehen selten auf die

Beratungsbedürfnisse und Informationswünsche behinderter Mädchen und Frauen ein. Auch wenn eine Behinderung oder Krankheit nicht vererbbar ist, raten viele Ärztinnen und Ärzte davon ab, Kinder zu bekommen. Frauen mit Körper-, Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, die selbstständig in einer eigenen Wohnung leben, sind fast zehnmal häufiger sterilisiert als andere Frauen in Deutschland. Von den Frauen mit geistiger Behinderung, die in Heimen

leben, sind nahezu zwei Drittel sterilisiert. Immer mehr behinderte Frauen und Mädchen wehren sich jedoch gegen die doppelte Benachteiligung und sind in eigenen Selbsthilfegruppen und -organisationen aktiv. Die Broschüre »Mit uns ist zu rechnen«, kostenlos erhältlich im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, beschreibt 44 Selbsthilfe-Initiativen sowie Projekte und Angebote von und für Frauen mit Behinderung.



MIT DEM SOZIALGESETZBUCH IX (SGB IX) – REHABILITATION UND TEILHABE BEHINDERTER MENSCHEN, DAS AM 1. JULI 2001 IN KRAFT GETRETEN IST, HAT DER GESETZGEBER EINE RECHTLICHE GRUNDLAGE GESCHAFFEN, DIE DEN BEDÜRFNISSEN BETROFFENER FRAUEN MEHR RECHNUNG TRÄGT. MIT DIESEM GESETZ WURDEN REGELUNGEN GESCHAFFEN, DIE DIE TEILNAHMEMÖGLICHKEITEN DER FRAUEN IN MASSNAHMEN DER BERUFLICHEN REHABILITATION VERBESSERN, UM BEHINDERTEN FRAUEN IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION UND IM ERWERBSLEBEN GLEICHE CHANCEN ZU SICHERN, UNTER ANDEREM DURCH DIE ERMÖGLICHUNG VON TEILZEITMASSNAHMEN UND DURCH ANGEBOTE ENTSPRECHEND DEN BERUFSVORSTELLUNGEN VON MÄDCHEN UND FRAUEN. IHRE SITUATION SOLL NICHT NUR DURCH NACHTEILSAUSGLEICHE VERBESSERT WERDEN, SONDERN ES GEHT UM EINE GLEICHBERECHTIGTE TEILHABE AM LEBEN IN DER GESELLSCHAFT UND IM ERWERBSLEBEN.

Aus der Broschüre
Frauen in Deutschland, BMFSFJ 2002, S. 161

Nachfragen lohnt sich

Um krankheitsbedingte Nachteile auszugleichen, können Behinderte beim Versorgungsamt einen **Schwerbehindertenausweis** beantragen. Der Grad der Behinderung wird in Zehnergraden bis 100 festgestellt. Ab einem Grad von 50 liegt eine Schwerbehinderung vor. Vorteile des Ausweises sind unter anderem Kündigungsschutz, Zusatzurlaub, Steuerfreibeträge, ermäßigte Kfz-Steuer und vorgezogene Altersrente. Derzeit besitzen rund drei Millionen deutsche Frauen einen Schwerbehindertenausweis.

Eine behindertengerechte Küche, ein behindertengerechtes Auto oder ein Badewannenlifter sind **wertvolle Hilfen im Alltag**. Je nach Zuständigkeit übernehmen die Krankenkasse, die Pflegekasse, das Integrationsamt oder das Sozialamt teilweise oder komplett die Anschaffungskosten.

Mit dem SGB IX haben die Rehabilitationsträger gemeinsame Servicestellen eingerichtet. Dort können sich Menschen mit Behinderungen umfassend beraten lassen.

Zu allen in dieser Broschüre behandelten Themen gibt es eine Vielzahl von Institutionen, die Angebote für Frauen bereit halten. Wir möchten Ihnen hier bundesweite Organisationen vorstellen, über die Sie grundsätzliche Informationen erhalten und die Ihnen Ansprechpartnerinnen oder -partner vor Ort vermitteln können.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat das Ziel, verantwortungsbewusstes, gesundheitsgerechtes Verhalten zu fördern. Sie stellt dazu umfangreiches Material zur Verfügung, z.B. zu den Themen Essstörungen, Familienplanung, Drogen und Sucht, Frauen und AIDS. Über die verschiedenen Datenbanken der BZgA im Internet können Adressen von Beratungsstellen, Infotelefone und Websites zu Gesundheitsthemen abgefragt werden. Ab 2004 wird es außerdem eine Internet-Datenbank zum Thema »Frauengesundheit« geben.

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostheimer Str. 220
51109 Köln
Tel: 0221-8 99 20
Fax: 0221-8 99 23 00
E-Mail: poststelle@bzga.de
www.bzga.de

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) ist die bundesweite Aufklärungs-, Service- und Netzwerkeinrichtung im Bereich Selbsthilfe. Die Angebote sind kostenlos und stehen allen Interessierten offen. Zentrale Aufgabe der NAKOS ist es, Selbsthilfegruppen und an Selbsthilfe interessierte Bürgerinnen und Bürger aufzuklären, zu informieren und Kontakte zu vermitteln.

NAKOS
Wilmerdorfer Str. 39
10627 Berlin
Tel: 030-31 01 89 60
Fax: 030-31 01 89 70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Der Dachverband der Frauengesundheitszentren ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Frauengesundheitszentren, Frauengesundheitsgruppen und -initiativen. Die Einrichtungen bieten Frauen und Mädchen Information, Beratung, Bildung und Begleitung zu frauenspezifischen und gynäkologischen Erkrankungen, zu Fragen gesunder Lebensführung und Prävention und zu Sexualität, Frauenkörper und Verhütung. Über den Dachverband können Sie die Adresse des nächstgelegenen Frauengesundheitszentrums erfahren.

Bundesverband der Frauengesundheitszentren in Deutschland
Goetheallee 9
37073 Göttingen
Tel: 0551-48 70 25
Fax: 0551-521 78 36
E-Mail: FGZ@FGZ-Goettingen.de
www.frauengesundheitszentren.de

Im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) engagieren sich Fachfrauen aus verschiedenen Berufen und Arbeitsfeldern, um die gesundheitlichen Interessen von Frauen öffentlich zu vertreten. Der bundesweite Verein ist in Regional- und Fachgruppen gegliedert, die sich mit speziellen Themen der Frauengesundheit beschäftigen und dazu Veranstaltungen anbieten oder Infomaterialien erarbeiten.

Arbeitskreis Frauengesundheit
Knochenhauer Str. 20-25
28195 Bremen
Tel: 0421-4 34 93 40
Fax: 0421-1 60 49 60
E-Mail: AKF-mail@t-online.de
www.AKF-info.de



BKF

Bundeskoordination
Frauengesundheit

In Trägerschaft des AKF®

Knochenhauerstr. 20-25
28195 Bremen
Tel. 0421 - 165 23 98
Fax 0421 - 165 31 16
www.bkfrauengesundheit.de
info@bkfrauengesundheit.de

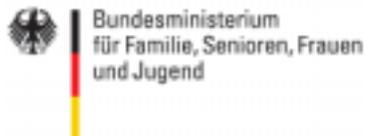
Projektleitung:

Mareike Koch, Ärztin
koch@bkfrauengesundheit.de
Regina Jürgens, Dipl. Soziologin
juergens@bkfrauengesundheit.de

Projektassistenz:

Cornelia Trittin
trittin@bkfrauengesundheit.de

gefördert durch:



in Trägerschaft:



Arbeitskreis Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

AKF Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.
Tel. 0421 – 43 49 340
Fax 0421 – 160 49 60
www.AKF-info.de
AKF-mail@t-online.de