

Dokumentation der 14. AKF-Jahrestagung vom 03. und 04. November 2007

AKF-Frauengesundheitsziele: Prävention und Gesundheitsförderung

„Nutzt Frauen Prävention? Nutzt das geplante Präventionsgesetz Frauen?“

von Petra Kolip..... S. 2

„Gesundheitliche Bedürfnisse von Frauen in der Lebensmitte – Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung“

von Monika Köster..... S. 6

„Frauen und Tabak – Konsequenzen für Prävention und Behandlung

von Sibylle Fleitmann..... S. 6

„Prävention: Erfolgreiche Modelle – Herz-Kreislauf und Diabetes“

von Elke Lehmkuhl,/ Alexandra Müller-Öffner..... S. 9

„Bündnisse gegen Depression – neue Perspektiven zur Behandlung von Depression von Frauen“

von Irene Willuweit/, Hannelore Voss..... S. 13

„Patientinnensouveränität“

von Bettina Berger/ Gabriele Klärs/ Angelika Zollmann..... S. 15

„Auseinandergefaltet, neu zusammengesetzt und aufgerichtet’ Erfolgskonzept Müttergenesungskuren – modern, innovativ und frauenspezifisch“

von Anne Schilling/ Antje Krause..... S. 15

„Eine Konferenz mit dem Körper“

von Heike Lahrmann/ Angelika Koppe..... S. 18

„Gesundheitsziele als politisches Steuerungselement: Geschlechtergerechte Gesundheitspolitik“

von Ulrike Maschewsky-Schneider..... S. 21

„Die mündige selbstbewusste Patient/in!“

von Judith Storf..... S. 21

Vortrag: „Nutzt Frauen Prävention? Nutzt das geplante Präventionsgesetz Frauen?“

von Petra Kolip

Die Antwort auf die Frage, ob Prävention Frauen nutzt, ist sehr komplex und hängt vom Blickwinkel ab. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Lebenserwartung von Frauen in Deutschland gut 5 Jahre höher ist als die der Männer (82,1 Jahre vs. 76,6 Jahre) und dieser Unterschied lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass sich Frauen gesundheitsförderlicher verhalten: Sie konsumieren weniger Alkohol, rauchen seltener (zumindest im mittleren Lebensalter, nicht aber in den jüngeren Altersgruppen), sie verhalten sich in Sport und Freizeit vorsichtiger und verursachen weniger Unfälle und sie nutzen häufiger Krebsfrüherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen und nehmen häufiger die Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch. So erstaunt es nicht, dass die vorzeitige Sterblichkeit (d.h. die Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr) von Frauen an Herzinfarkt, Leberzirrhose, Lungenkrebs und Unfällen nur halb so groß ist wie bei den Männern. Die längere Lebenserwartung von Frauen lässt sich also drauf zurückführen, dass sie pfleglicher mit ihrem Körper umgehen und präventiven Gedanken gegenüber aufgeschlossener sind als Männer. Soweit, so gut? Die Kehrseite der Medaille zeigt sich darin, dass Frauen damit auch häufiger ein schlechtes Gewissen gemacht wird, wenn sie sich eben nicht gesundheitsförderlich verhalten und damit dem Geschlechtsstereotyp widersprechen.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist die höhere Präventionsaffinität von Frauen durchaus kritisch zu beobachten. So fällt ins Auge, dass vor allem Frauen höherer sozialer Schichten durch die Präventionsangebote der Krankenkassen erreicht werden – nicht zuletzt deshalb, weil sie mit Kosten verbunden sind und auf die Lebensweisen und Motivationslagen von Frauen mit mittlerem oder höherem Bildungsniveau abgestimmt sind. Hierdurch wird die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit noch verstärkt: Teilt man die Bevölkerung nach ihrem Einkommen in vier gleich große Schichten, dann beträgt der Abstand in der Lebenserwartung zwischen dem obersten und dem untersten Viertel fünf Jahre (bei den Männern sind es sogar 10 Jahre). In den vergangenen Jahren hat sich dieser Unterschied vermutlich noch vergrößert: Die Möglichkeiten, Präventionsangebote mit Mitteln der GKV zu finanzieren, wurde – politisch durchaus gewollt – zu Marketingzwecken genutzt. Welche Kasse könnte daran interessiert sein, ein gutes Präventionsangebot für sozial Benachteiligte aufzulegen, wenn es dazu führt, dass diese Personengruppe dann der Kasse beiträgt und sich dann die so genannten "schlechten Risiken" bei dieser Kasse sammeln? So verwundert es

nicht, dass sozial Benachteiligte, z.B. Personen mit sehr niedriger Schulbildung, Personen mit sehr niedrigem Einkommen, (Langzeit-)Arbeitslose, BewohnerInnen in sozialen Brennpunkten (heute "Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf"), Alleinerziehende, MigrantInnen mit schlechten Deutschkenntnissen, AsylbewerberInnen und „Papierlose“, weibliche (und männliche) Prostituierte, Strafgefangene und Wohnungslose aus dem Präventions- und Gesundheitsförderungsfokus herausfallen. Sie gelten als schlecht erreichbar – aber ein Blick auf die Anbieter zeigt auch, dass kein wirkliches Interesse besteht, sich auf diese Personengruppen einzulassen.

Ein weiterer Grund nährt die Skepsis gegenüber dem Nutzen der Prävention für Frauen: Da Frauen gegenüber Präventionsangeboten aufgeschlossener sind, sind sie auch eher bereit, für unnütze Leistungen Geld auszugeben. Mit den so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) werden Angebote an den Mann oder an die Frau gebracht, deren wissenschaftlicher Nutzen (mit wenigen Ausnahmen, z.B. reisemedizinische Leistungen) nicht erwiesen ist und die aus diesem Grund nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurden. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK und der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, die eine Repräsentativbefragung von 3.000 Versicherten zugrunde liegt, zeigt, dass mit den individuellen Gesundheitsleistungen viel Geld verdient wird: 16 Mio. Versicherte haben im Jahr 2005 mindestens eine IGeL angeboten bekommen, der Umsatz wird auf etwa 1 Mrd. Euro geschätzt. Etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte glaubt nach einer Studie der Gesellschaft für Konsumforschung, dass sie die eigene Praxis ohne individuelle Gesundheitsleistungen nicht mehr wirtschaftlich betreiben können. Welche Leistungen werden erbracht und wer bietet diese an? Laut WidO/VZ NRW handelt es sich bei 10,5% der Fälle um ergänzende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, bei 21,8% um Ultraschalluntersuchungen, in der Regel im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft (vgl. Abbildung 1). So verwundert es nicht, dass ein Drittel aller Anbieter (32,8%) Gynäkologinnen und Gynäkologen sind (dicht gefolgt im Übrigen von Augenärztinnen und -ärzten, die Augeninnendruckmessungen anbieten). Nicht jedes Angebot führt allerdings auch zu einer Inanspruchnahme: Gut die Hälfte der ergänzenden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (55,4%) und etwa zwei Drittel der Ultraschalluntersuchungen (68,8%) wurden auch realisiert.

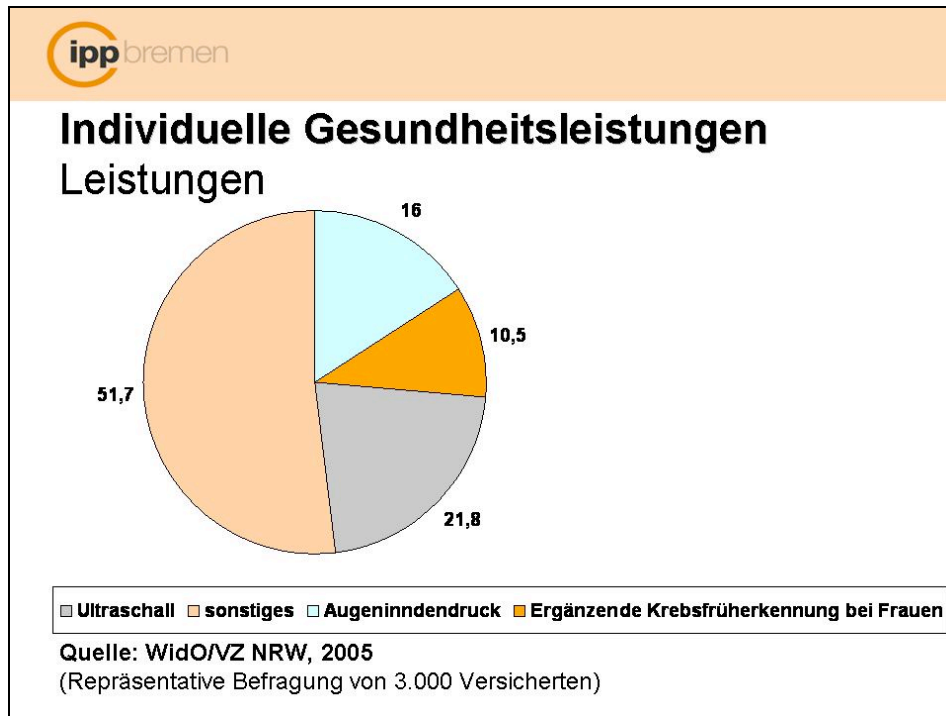


Abbildung 1: Individuelle Gesundheitsleistungen

Bemerkenswert ist auch, dass das Angebot vor allem einkommensstarken PatientInnen angeboten wird und dass diese das Angebot u.a. deshalb nicht ablehnen, weil sie eine Verschlechterung des Arzt/Ärztin-PatientInnenverhältnisses befürchten - ein Hinweis auf das in vielen Fällen noch immer bestehende Abhängigkeitsverhältnis in der ärztlichen Praxis.

Als letzter Punkt ist anzumerken, dass Frauen nicht nur unnütz Geld ausgeben, sondern dass sie mitunter auch ihre Gesundheit gefährden, weil Präventionsangebote mehr Schaden als Nutzen anrichten bzw. weil die Nutzen-Schadens-Bilanz nicht eindeutig geklärt ist. Beispiele gäbe es viele, vom Mammographie-Screening bis zur HPV-Impfung, erwähnt werden soll an dieser Stelle lediglich die Hormontherapie in den Wechseljahren. Als in den 1980er Jahren der positive Effekt auf Knochendichte und Lipidprofil entdeckt wurde, weitete sich die Zielgruppe rapide aus. Nicht mehr nur Frauen mit Wechseljahrsbeschwerden erhielten die Medikamente, sondern die Präparate wurden als "Präventionspille" vermarktet, weil alle Frauen aufgrund der Tatsache, dass sie älter wurden, als Risikogruppe identifiziert wurden. Zwar haben kritische Frauengesundheitsforscherinnen und -praktikerinnen bereits früh vor den Risiken gewarnt, dennoch nahmen die Verordnungen einen rasanten Aufstieg, der im Jahr 2000 in Deutschland seinen Höhepunkt erreichte (vgl. Abbildung 2). Mit den Ergebnissen der Women's Health Initiative im Jahr 2002 hat sich die wissenschaftliche Evidenz verändert. Nunmehr ist klar, dass die Risiken den Nutzen übersteigen, weil insbesondere das Risiko für eine Brustkrebserkrankung ansteigt. Die Hormonverordnungen sind drastisch zurück gegangen, von 1999 bis 2005 haben sie sich um 58% reduziert. Und doch: Noch immer

erhalten 1,5 Mio. Frauen postmenopausale Hormonpräparate, darunter viele Über-60-Jährige (vgl. Abbildung 3). Dies weist auf ein eklatantes Kommunikationsdefizit in vielen ärztlichen Praxen hin. Fast schon skandalös ist der Befund, dass die Hormonverordnungen fast ausschließlich in der Gruppe der gut gebildeten Frauen zurück gehen, während Frauen unterer sozialer Schichten nach wie vor ungebrochen die Präparate verordnet bekommen, wie das Robert Koch-Institut jüngst zeigte. Auch fällt auf, dass nach wie vor die Risiken der Hormontherapie heruntergespielt werden (so z.B. auf der Patientinnenseite des Berufsverbandes der Frauenärzte) – der Flyer des AKF "Hormone? Eine Entscheidungshilfe" hebt sich hier aufgrund seiner sachgerechten Information wohltuend vom Gros der (pharmafinanzierten) Broschüren ab, die in vielen Arztpraxen ausliegen.

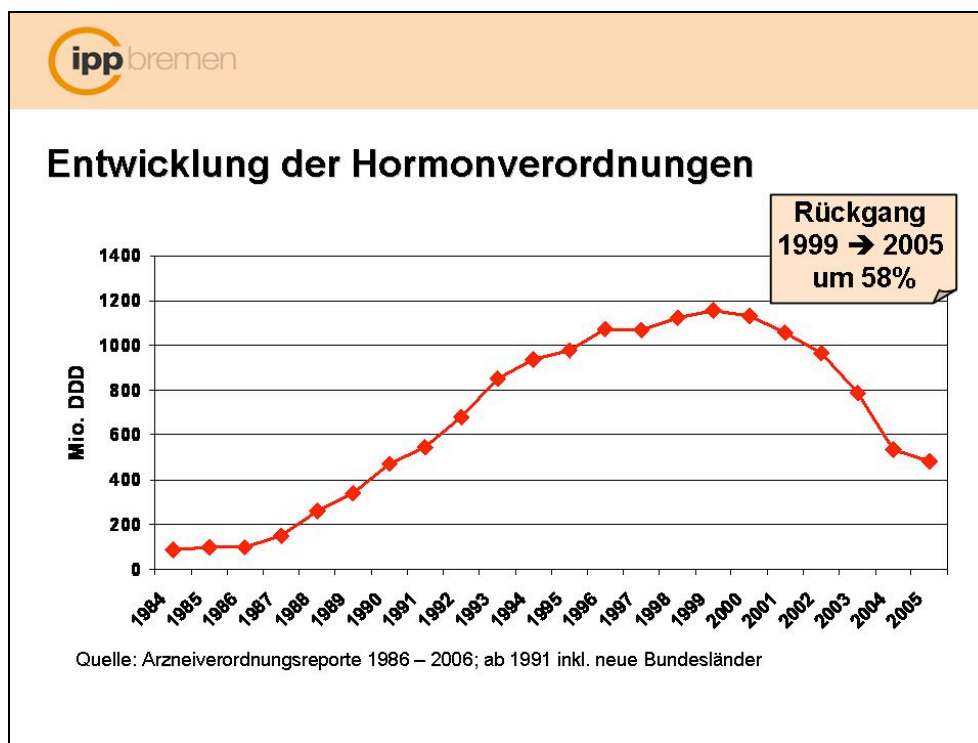


Abbildung 2: Entwicklung der Hormonverordnungen

Als Fazit lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass Prävention zwar sinnvoll ist, dass aber gesichert sein muss:

- dass Frauen vor unsinnigen Angeboten geschützt werden
- dass die Qualität der Angebote gesichert wird und
- dass auch und gerade sozial benachteiligte Frauen von Präventionsangeboten profitieren.

Vortrag: „Gesundheitliche Bedürfnisse von Frauen in der Lebensmitte – Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung“

von Monika Köster

→ Der Vortrag ist gesondert über die Power-Point-Präsentation einzusehen.

Vortrag: „Frauen und Tabak – Konsequenzen für Prävention und Behandlung“

von Sibylle Fleitmann

„Wenn Frauen rauchen wie Männer, werden sie auch sterben wie Männer.“ Dieses Zitat von Sir Richard Peto anlässlich der Welttabakkonferenz in Beijing im Jahre 1997 gilt auch noch heute für Deutschland.

In Deutschland rauchen 27% der Frauen und 36,5% der Männer zwischen 15 und 65 Jahren (Mikrozensus 2005). Höchste Raucherquoten wurden bei Frauen zwischen 18 und 25 Jahren festgestellt: 42% der jungen Frauen in den alten und 51% in den neuen Bundesländern rauchen. Die erste Zigarette wird mit 11,9 Jahren geraucht, die Aufhörbereitschaft ist niedriger bei Frauen als bei Männern (BZGA Drogenaffinitätsstudie 2005).

Das Rauchen verursacht bei Frauen zusätzliche Gesundheitsrisiken. Darunter sind Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, erhöhtes Lungenkrebsrisiko, erhöhtes Herzrisiko in Kombination mit der Pille, verzögerter Eisprung, erhöhtes Unfruchtbarkeitsrisiko, verfrühtes Eintreten der Wechseljahre und Schwangerschaftskomplikationen wie Fehlgeburt oder Frühgeburt, Wachstumsstörungen, Plötzlicher Kindstod, Mittelohrentzündung, Erkrankung der Atemwege, usw. Frauen, die rauchen, sind außerdem anfälliger für COPD und Blasenkrebs.

Vom Passivrauchen sind mehr Männer als Frauen betroffen, aber mehr Frauen als Männer sterben an den Folgen. 70% der 3300 Todesfälle durch Passivrauchen in Deutschland entfallen auf Frauen, davon 62% durch Koronare Herzkrankheit, 25,5% durch Schlaganfall und 9,2% durch Lungenkrebs.

Warum rauchen Frauen?

Frauen und Mädchen sind seit Anfang des XX. Jahrhunderts eine bevorzugte Zielgruppe der Tabakindustrie, die dadurch eine neue Konsumgruppe erschließen will. Durch Werbung, Markennamen, Verpackung, Promotion, Sponsoring und Product Placement werden Zigaretten symbolische Bedeutungen zugeordnet. Durch Themensymbolik wie Schlankeheit,

Erfolg, Berühmtheit, Emanzipation, Anziehungskraft, Attraktivität, Zugehörigkeit, Sportlichkeit, Freiheit und Unabhängigkeit wird Rauchen zur Norm gemacht.

Peergruppen sind ein stärkerer Bestimmungsfaktor für Intention, Einstieg und Beibehaltung des Rauchens von Mädchen als von Jungen. Mädchen werden vom Rauchverhalten der Eltern und vor allem der Mutter mehr beeinflusst als Jungen. Gewichtskontrolle spielt bei 40% der Raucherinnen und nur bei 12-25% der Raucher eine Rolle. Furcht vor Gewichtszunahme ist eine der wichtigsten Hürden für den Rauchstop von Frauen und Mädchen.

Eine Tabakentwöhnung bringt für Frauen (vor allem während der Menstruation) stärkere und häufigere Entzugserscheinungen mit sich als für Männer. Frauen haben niedrigere Erfolgsraten bei der Entwöhnung und ein erhöhtes Risiko für andauernde und schwere Depressionen. Nikotin beeinflusst das Rauchverhalten von Männern und Frauen unterschiedlich. Nikotinersatztherapie ist z.B. weniger wirksam bei Frauen als bei Männern.

Sozial benachteiligte Frauen sind besonders betroffen. Höchste Raucherraten wurden bei arbeitslosen Frauen im Alter von 18-29 Jahren festgestellt (74,1%) gefolgt von Alleinerziehenden (61,9%) (T. Lampert, 2005). Frauen, die in Gaststätten arbeiten, sind besonders gefährdet. Von den 1,2 Mio. Arbeitnehmern in diesem Sektor sind 700.000 Frauen dem Passivrauchen ausgesetzt, die meisten im gebärfähigen Alter. Sie gehören zu der am schlechtesten bezahlten Berufskategorie, haben die schlechtesten Arbeitsbedingungen und den niedrigsten Bildungsstand. Ein rauchfreier Arbeitsplatz würde den Konsum um 5-25% senken und einen Rückgang der Prävalenz um bis zu 20% zur Folge haben. Frauen aus sozial niedrigen Schichten haben auch niedrigere Entwöhnungsraten. So schaffen nur 17% der 30-44-Jährigen den Ausstieg verglichen mit 41% der Frauen aus der Allgemeinbevölkerung (Bundesgesundheitsurvey 2003).

Um den Tabakkonsum bei Frauen und Mädchen zu senken, fordert FACT eine wirksame Umsetzung der WHO Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle, ein umfassendes Werbeverbot, das Sponsoring und Product Placement in Film und Fernsehen einbezieht, eine effektive Regulierung der Herstellung, der Aufmachung und des Verkaufs von Tabakprodukten aller Art und eine gesetzliche Regelungen zur Schaffung rauchfreier öffentlicher Einrichtungen und Arbeitsplätze sowie rauchfreier Restaurants und Gaststätten.

Wir brauchen weiterhin eine längst überfällige Bestandsaufnahme zum Thema Frauen und Rauchen in Deutschland, mehr evidenzbasiertes Wissen über die bio-psycho-sozialen Aspekte der Tabakabhängigkeit von Frauen und Mädchen sowie über effektive Kommunikations- und Handlungsstrategien in diesem Bereich sowie Kampagnen und Maßnahmen zur Prävention,

Gesundheitsförderung und Behandlung (Entwöhnung), die den Bedürfnissen und Lebensumständen von Frauen und Mädchen gerecht werden.

Ein wichtiger Schritt zur Erreichung dieser Ziele ist die Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesrepublik zum Thema „Frauen und Rauchen“, die am 13.-14. Oktober 2008 in Berlin stattfindet und von FACT durchgeführt wird.

Ein wichtiger Beitrag könnte auch von Organisationen kommen, die im Bereich Frauengesundheit tätig sind, indem sie ein Tabu brechen und Rauchen in ihren Arbeitsbereichen thematisieren.

Forum: Prävention: Erfolgreiche Modelle

Impulsreferat „Prävention: Erfolgreiche Modelle – Herz-Kreislauf und Diabetes“

von Elke Lehmkuhl/ Alexandra Müller-Öffner

Trotz großer Fortschritte in der Behandlung bleiben Herz-Kreislaufkrankungen mit 35% aller Todesfälle mit Abstand die Todesursache Nummer Eins in den westlichen Industrienationen (häufiger als Todesursache durch bösartige Erkrankungen mit ca. 20%).

Während wir einige wichtige Risikofaktoren wie ungünstige Blutfette, Bluthochdruck und Rauchen schon lange kennen, gilt neuerdings als gesichert, dass das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen, wie zum Beispiel Herzinfarkt oder Schlaganfall, insbesondere durch ein „Zuviel“ an innerem „Bauchfett“, das heißt einer „abdominalen Adipositas“, ausgelöst wird. Das Risiko eines Herzinfarktes steigt, wie neue internationale Daten beweisen, bei diesen Menschen dramatisch an und ist um den Faktor 4,5 höher als bei Menschen ohne vermehrtes Bauchfett.

Das bedeutet – dick ist nicht gleich dick! Entscheidend ist, an welchen Stellen des Körpers sich das überschüssige Fett einlagert.

Äußerlich sichtbares und leicht messbares Kennzeichen der abdominalen Adipositas ist ein größerer Taillen- bzw. Bauchumfang:

Um Risikopatienten möglichst früh zu erkennen, sollte regelmäßig der Bauchumfang gemessen werden, der ab einem Wert von 88 cm bei Frauen und 102 cm bei Männern die Gefahr von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vor allem des Typ 2 Diabetes mellitus deutlich erhöht! Der Bauchumfang korreliert eng mit dem Gewicht und Body Mass Index (BMI), deutet jedoch noch besser auf die abdominale Adipositas hin und ist sehr einfach und schnell zu bestimmen.

Aber das bedeutet auch: Metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus: Der Bauch kommt selten allein! Fast immer geht ein erhöhter Bauchumfang einher mit weiteren Risikofaktoren wie Insulinresistenz (d.h. einer Unempfindlichkeit der Körperzellen gegenüber Insulin) und erhöhten Blutzuckerwerten, wie erhöhten Blutfetten, d.h. zu hohen Triglyzerid- und LDL-Cholesterin-Werten, zu niedrigen Konzentrationen des schützenden HDL-Cholesterin – sowie zu hohen Blutdruckwerten.

Ursache hierfür ist die hohe Stoffwechselaktivität des bei der abdominalen Fettsucht vermehrten inneren Bauchfettes. Dieses Fett produziert eine Vielzahl von Steuerungssubstanzen, die unter anderem Blutzucker, Blutfette und Blutdruck nachteilig beeinflussen

und damit die Entstehung von Typ 2 Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck fördern. Jeder dieser Faktoren für sich, aber insbesondere deren Kombination erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erheblich.

Bei betroffenen Personen sollten zusätzlich Blutzucker, HbA1c-Werte (Maß für den Blutzuckerspiegel der letzten 3 Monate), Blutfette (Cholesterin- und Triglyzerid-Werte) sowie der Blutdruck gemessen werden: Ergeben sich zusätzlich zum erhöhten Bauchumfang mindestens 2 weitere krankhaft veränderte Befunde, wie zum Beispiel ein zu hoher Blutdruck und ein zu niedriges HDL-Cholesterin und/oder ein erhöhter Blutzucker, so sprechen wir vom „Metabolischen Syndrom“, das durch die gefährliche Kombination der verschiedenen so genannten „kardio-metabolischen“, d.h. der Herz-Stoffwechsel-Risikofaktoren, ein extrem hohes Herz-Kreislauf-Risikoprofil bedingt.

Übergewicht und Fettsucht – vor allem die abdominale Adipositas, also das vermehrte Bauchfett – gelten als die entscheidenden Promoter, Schrittmacher des so genannten „Metabolischen Syndroms“ und sind damit unmittelbar verbunden mit der in der Folge entstehenden Zuckerkrankheit, dem Diabetes mellitus. Ein besonders enger Zusammenhang besteht zwischen Adipositas und Diabetesrisiko!

Die zunehmende Häufigkeit der Fettleibigkeit wird sich in den nächsten Jahrzehnten in einer Diabetespandemie niederschlagen! Aufgrund von Hochrechnungen der WHO wird die Diabeteshäufigkeit, bedingt durch die zunehmend häufige Fettsucht, bis zum Jahre 2030 weltweit um fast 40% zunehmen!

Da sich seit 1985 leider auch die Zahl der übergewichtigen und fettsüchtigen Kinder und Jugendlichen mehr als verdoppelt hat, ist nun bereits in diesem Alter gehäuft ein Typ 2 Diabetes behandlungsbedürftig, eine besonders alarmierende Situation vor allem im Hinblick auf das immens hohe Risikoprofil, bereits im jungen Erwachsenenalter kardiovaskuläre Komplikationen zu erleiden. Bitter ist, feststellen zu müssen, dass diese Kinder und Jugendlichen das Alter ihrer Eltern wahrscheinlich nicht erreichen werden!

Herz-Kreislauf und Diabetes: Sind Frauen mehr gefährdet?

In besonderer Weise alarmierend ist es, dass Frauen, und hier in den letzten Jahren insbesondere jüngere Frauen, nicht nur deutlich mehr gefährdet sind, eine Adipositas, ein Metabolisches Syndrom und einen Typ 2 Diabetes mellitus zu entwickeln, sondern dass Frauen insgesamt ein signifikant erhöhtes Risiko v.a. für Herz-Kreislauserkrankungen im Zusammenhang mit Adipositas, Metabolischem Syndrom und Typ 2 Diabetes mellitus haben.

Wie aktuell verfügbare Daten zeigen, haben Frauen mit Metabolischem Syndrom bzw. Typ 2 Diabetes mellitus

- unabhängig vom menopausalen Status ein 4- bis 6-fach erhöhtes Risiko, eine cardiovasculäre Erkrankung zu entwickeln (bei Männern ist dies nur 2- bis 3-fach gesteigert).
- eine schlechtere Prognose und ein höheres Mortalitätsrisiko nach durchgemachtem Myocardinfarkt, bzw. bei cardiovasculären Erkrankungen allgemein, und werden weniger aggressiv als Männer behandelt.
- ein höheres Risiko für die Entwicklung einer arteriellen Hypertonie.
- einen „gefährlicheren“ Typ der Fettstoffwechselstörung mit deutlich erniedrigtem HDL-Cholesterin, erhöhten Triglyceriden, sowie signifikant mehr schädlichen Komponenten des ungünstigen LDL-Cholesterins.
- ein im Hinblick auf die Entwicklung cardiovasculärer Komplikationen ungünstigeren Verlauf des inflammatorischen Prozesses, der zur endothelialen Dysfunktion und cardiovasculären Erkrankung führt.
- in Abhängigkeit von der reproduktiven Physiologie erhöhte Risikokonstellationen zur Entwicklung eines Metabolischen Syndroms bzw. eines Typ 2 Diabetes mellitus bei Gestationsdiabetes sowie polyzystischem Ovarsyndrom (PCOS).

Es ist von außerordentlich großer Bedeutung, in der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Frauen mit Übergewicht, Adipositas, metabolischem Syndrom und Typ 2 Diabetes mellitus die Geschlechterdifferenzen insbesondere für die gesamte Risikokonstellation und den Krankheitsverlauf zu beachten und eine frühzeitige, alle Risikofaktoren berücksichtigende Beratung und Behandlung einzuleiten.

Fazit

Zusammenfassend ist zu sagen, dass in Deutschland mehr Menschen mit überhöhtem Körpergewicht leben als in jedem anderen Land in Europa. Drei Viertel der Männer und mehr als die Hälfte der erwachsenen Frauen sind übergewichtig oder fettleibig

Jeder 2. Mann und jede 3. Frau im Alter zwischen 55 und 74 Jahren in Deutschland haben eine Störung des Zuckerstoffwechsels, entweder schon eine manifeste Diabetes-Erkrankung oder einen „Prädiabetes“, eine Vorstufe der Zuckerkrankheit.

Es besteht ein erheblicher Handlungsbedarf, das „kardio-metabolische“ Risiko vor allem frühzeitig zu erkennen und ein besseres Behandlungs- Management zu gewährleisten, wobei dabei unbedingt alle beteiligten Risikofaktoren geschlechtsspezifisch berücksichtigt werden müssen!

In Kenntnis der stetig steigenden Zahlen zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in Deutschland einerseits und der eindeutigen engen Verknüpfung von Adipositas, Diabetesrisiko und Herz-Kreislaufkrankungen andererseits sollten alle gesundheitspolitisch verantwortlichen Personen konsequent flächendeckende Programme umsetzen, um die Prävention, Früherkennung und Behandlung dieser extrem gefährlichen Situation vieler betroffener Menschen zu verbessern.

Forum: Bündnisse gegen Depression

Impulsreferat „Bündnisse gegen Depression – neue Perspektiven zur Behandlung von Depression von Frauen“

von Irene Willuweit/ Hannelore Voss

Nürnberger Bündnis gegen Depression – Modellprojekt zur Prävention von Depression und Suizid

Seit 2001 gibt es in Nürnberg dieses Aktionsprogramm.

Ausgesucht wurde die Stadt wegen der Größe (circa 500 000 Einwohner), der Infrastruktur von einem Großkrankenhaus und gut funktionierenden Praxisnetzen.

Die Projektleitung hatten Prof. Dr. Ulrich Hegerl und Dipl.-Psychologe David Althaus von der Psychiatrischen Klinik Ludwig-Maximilians-Universität München. Von dort wurden die Aktivitäten koordiniert.

Gefördert wurde die Aktion vom Bundesministerium Bildung und Forschung und vom Bundesministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz. Die Schirmherrschaft hatten Renate Schmidt und Günter Beckstein.

Zum „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ gehören Ärzte, Psychotherapeuten, Beratungsstellen, das Gesundheitsamt, das Klinikum Nord, die Stadt Nürnberg, Kirchen und viele weitere Einrichtungen.

Es wurde ein vierstufiges Aktionsprogramm entwickelt.

1. Schulung von Hausärzten mit Fortbildungsmaterial
2. Aufklärungskampagne zum Thema Depression in der Öffentlichkeit, mit Postern, Flyers, Videos, Kinospots
3. Kooperation mit Multiplikatoren, Lehrern, Priestern, in der Altenpflege und in lokalen Medien
4. Unterstützung der Betroffenen, Förderung der Selbsthilfe.

In den ersten 2 Jahren wurden 80 Fortbildungen angeboten zur Weiterqualifizierung.

1500 Lehrer, Berater, Pfarrer, Altenpflegekräfte, Polizisten und Apotheker haben daran teilgenommen.

Es fand der 5. Anti-Depressionstag statt, mit Referaten und Workshops und dem „Markt der Möglichkeiten“, an dem verschiedene Einrichtungen Informationen weitergaben.

In Nürnberg gibt es seit 3 Jahren eine Koordinatorin, die für die Planung verschiedener Aktionen zuständig ist. Sie ist die Ansprechfrau für alle Fragen und Informationen zum Thema Depression.

Der Arbeitskreis „Bündnis gegen Depression“ trifft sich regelmäßig, (etwa alle 2 Monate) zum Austausch von Informationen und zur Planung von Aktionen.

Die Vernetzungsarbeit in Nürnberg wird in diesem AK als Hauptanliegen gesehen.

Forum: Patientinnenkompetenz

Impulsreferat „Patientinnensouveränität“

von Bettina Berger/ Gabriele Klärs/ Angelika Zollmann

→ Der Vortrag ist gesondert über die Power-Point-Präsentation einzusehen.

Workshop: Mutter-Kind-Kuren: Modelle Guter Praxis

„Auseinandergefaltet, neu zusammengesetzt und aufgerichtet“

Erfolgskonzept Müttergenesungskuren – modern, innovativ und frauenspezifisch“

von Anne Schilling/ Antje Krause

Das Müttergenesungswerk – Grundlagen der Stiftung

Die Elly Heuss-Knapp-Stiftung - Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) wurde 1950 gegründet. Schirmherrin ist die Gattin des Bundespräsidenten, Eva Luise Köhler.

Das MGW ist ein Zusammenschluss der fünf Wohlfahrtsverbände

- Arbeiterwohlfahrt
- Der Paritätische
- Deutsches Rotes Kreuz
- Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.
- Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.

Das gemeinsame Ziel ist die Gesundheit und Gesunderhaltung von Müttern durch:

- Öffentlichkeitsarbeit,
- politische Arbeit für Rahmenbedingungen der Maßnahmen,
- Spendensammlungen.

Angebot

- Vorsorgemaßnahmen § 24 SGB V oder Rehabilitationsmaßnahmen § 41 SGB V
- Therapeutische Kette des MGW: 1.400 Beratungsstellen bei den Wohlfahrtsverbänden für wohnortnahe Kurberatung und Unterstützung beim

Antragsverfahren und 84 anerkannte Mütter- und Mutter-Kind-Einrichtungen für Vorsorge und Rehabilitation sowie Nachsorgeangebote nach der Maßnahme in den Beratungsstellen

- ganzheitliche und frauenspezifische Behandlungs- und Therapiekonzepte für unterschiedliche medizinische Indikationen: Medizinische, physiotherapeutische, psychosoziale sowie gesundheits- und verhaltensbezogene Therapiesegmente
- Schwerpunktmaßnahmen in den Kliniken, z.B. Krebserkrankungen, Migräne, Multiple Sklerose, Allergien, Trauer, Pflege von Angehörigen usw.

Zielgruppe Mütter

- Jährlich mehr als 40.000 Frauen mit über 60.000 Kindern in den Einrichtungen des MGW
- 88 % der Frauen in aktiver Erziehungsphase zw. 26 und 45 Jahren
- Erkrankungen der Frauen, v.a. psychosomatische und Muskel-Skelett-Erkrankungen, gynäkologische Beschwerden, Atemwege, Herz-Kreislauf usw.
- Wiss. Studien der MHH belegen hohen Kurerfolg: Nach der Maßnahme z.B. weniger Arztbesuche, weniger Medikamente, weniger Krankheitstage, Stärkung der Mutter-Kind-Interaktion.

Voraussetzungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen §§ 24 und 41 SGB V

- Mütter haben bei Vorliegen medizinischer Voraussetzungen Anspruch auf stationäre Maßnahme (ambulant vor stationär gilt nicht)
- Ärztliches Attest so ausführlich wie möglich

Effektivität der Maßnahmen

Die Medizinische Hochschule Hannover – Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder – hat die Therapieeffekte und die mittel- und langfristige Wirkung der Maßnahmen mehrfach wissenschaftlich untersucht und belegt. Die Ergebnisse sind veröffentlicht.

Unterstützung für ÄrztInnen

- Jahrbuch des MGW mit allen Einrichtungen
- Attestformulare unter www.muettergenesungswerk.de

- Beratungsstellensuche unter www.muettergenesungswerk.de
- Fachinformationen des BMG / MGW in Flyer unter www.muettergenesungswerk.de
- Informationsmaterialien für die Praxis zum Auslegen: Plakat, Prospekte für Frauen

Unterstützung für Mütter

- Informationsmaterial und Aufklärung
- Kurtelefon 030/330029-29 des MGW, um eine Beratungsstelle zu finden (oder über www.muettergenesungswerk.de)
- In den Beratungsstellen Unterstützung beim Antragsverfahren, evtl. Widerspruch und Klinikauswahl (Mütter- oder Mutter-Kind-Einrichtung)
- Bei Bedürftigkeit ggf. Spendenmittel des MGW über Beratungsstellen für gesetzliche Zuzahlung, Kurnebenkosten
- Nach der Maßnahme: Nacharbeitsangebote der Beratungsstellen, z.B. Beratung, Kursangebot für Frauen nach der Kur, Vermittlung in Selbsthilfegruppen oder andere Beratungsangebote

Kontaktieren Sie uns, wenn Sie weitere Informationen oder wenn Sie eine/n MGW-VertreterIn für ärztliche / therapeutische Fortbildungen oder Veranstaltungen benötigen (www.muettergenesungswerk.de).

Workshop: Konferenz mit dem Körper

„Eine Konferenz mit dem Körper“

von Heike Lahrmann/ Angelika Koppe

I.

Begrüßung und Einführung in den Workshop: Der Workshop „Konferenz mit dem Körper“ steht im Zusammenhang mit der Thematik „Gesundheitsprävention“, da ein guter Kontakt zum eigenen Körper die Voraussetzung für den eigenverantwortlichen Umgang mit Krankheit und Beschwerden ist.

II.

Die Teilnehmerinnen bestimmten eingangs ein persönliches Anliegen, zu dem die „Konferenz mit dem Körper“ in diesem Workshop praktiziert werden konnte. Die Wichtigkeit und Essenz dieses Anliegens wurde anschließend von den Teilnehmerinnen durch eine innere Besinnung / Visualisierung überprüft.

III.

In einem Impuls-Vortrag vermittelte Frau Koppe die theoretischen Grundlagen und Hintergründe der „Konferenz mit dem Körper“ als neuartiger Methode im individuellen Gesundheits-Selbstmanagement; es handelt sich dabei um neue Paradigmen sowohl aus den Erkenntnissen der Neurowissenschaften sowie aus den Erfahrungen der Selbstheilungsarbeit:

Paradigma 1:

Selbstheilungsprozesse beginnen oft mit einem Abschied von gewohnten Lebensweisen, z.B. verursacht durch die Krankheit, durch Verluste oder auch durch das „freiwillige“ Verabschieden ineffektiver Denk- und Handlungsmuster.

Paradigma 2:

Prävention und Selbstheilungsarbeit erfordern ein neues Körperverständnis, das über die ausschließliche Definition der Körpervorgänge durch die gewohnte Sichtweise der Medizin hinausgeht. Das neuartige Verständnis des Körpers basiert auf den Erkenntnissen der Neurowissenschaften, z.B. der Neurobiologie und der Psychoneuroimmunologie (PNI). Deren wissenschaftliche Erkenntnisse benennen erheblich mehr Wirkfaktoren, die sowohl für das Krankheitsgeschehen wie auch für ein selbstverantwortliches Gesundheitsmanagement der einzelnen Person maßgeblich sind. (z.B. psychosomatische Faktoren, gespeichertes Körperwissen, individuell vorhandene Ressourcen zur Gesundheitsförderung, etc.)

Paradigma 3:

Erfahrungen aus der PNI (u.a. von Dr. Carl Simonton) sowie aus der Selbstheilungsberatung nach der Methode Wildwuchs (nach Angelika Koppe) belegen, dass innere Bilder ein Kommunikationsmittel zwischen dem Bewusstsein und dem Körper sein können und somit bei der Erstellung von individuell passenden Gesundheitstrainingsprogrammen nützlich sind.

Exkurs: Die Methode Wildwuchs – entwickelt und praktiziert von Angelika Koppe und anderen Fachkräften aus dem medizinischen und Beratungsbereich – ist eine den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Anleitung und Begleitung von Selbstheilungsprozessen; diese Methode ermöglicht mit Hilfe von Visualisierungen einen neuartigen, informativen Kontakt zu Körper und Beschwerde, mit dem Ziel, Selbstheilungs- und Selbsthilfeschritte zu entwickeln.

Der Beratungsverlauf besteht aus 3 unterschiedlichen Schwerpunkten:

EIGENDIAGNOSE

Die KundInnen "besuchen" das Körperinnere durch eine Visualisierung und können sich so ein eigenes inneres Bild vom Körpergeschehen und seinen psycho-sozialen Dimensionen machen.

EIGENVERANTWORTLICHKEIT

Die Eigenverantwortlichkeit aufzuspüren, beinhaltet, die Verbundenheit von Körpersymptomen und Lebens-/Glaubensmustern zu erforschen. Die KundInnen können besser verstehen, wie und wieweit sie einen gesundheitsförderlichen Prozess mitbewirken können.

GESUNDHEITSTRAINING

Zum Schluss wird mit fachlicher Anleitung ein 4-wöchiges Gesundheitstrainings-Programm entwickelt, bestehend aus alltagstauglichen, gesundheitsförderlichen Handlungen.

Paradigma 4:

Selbstheilungsprozesse beinhalten oftmals das heilsame Erleben von Trauer, die als Reaktion auf belastende Verlusterfahrungen in einem Wechselzusammenhang mit den Krankheitsprozessen stehen kann.

Paradigma 5:

Die langjährigen Erfahrungen aus der Selbstheilungsarbeit sowie aus dem körperorientierten Coaching zeigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung auch konkrete Veränderungen in der psycho-sozialen Lebensweise beinhalten müssen, um langfristig wirksam zu sein.

Paradigma 6:

Heilungsprozesse haben immer auch eine spirituelle Dimension, die in der Begleitungsarbeit von erkrankten Menschen zur Stärkung von Gesundheit mit einbezogen werden kann.

IV

Die Teilnehmerinnen konnten dann durch eine Visualisierung die „Konferenz mit dem eigenen Körper“ erleben und entwickelten aus diesen Erfahrungen konkrete Handlungsschritte.

Vortrag: „Gesundheitsziele als politisches Steuerungselement: Geschlechtergerechte Gesundheitspolitik“

von Ulrike Maschewsky-Schneider

→ Der Vortrag ist gesondert über die Power-Point-Präsentation einzusehen.

Vortrag: „Die mündige selbstbewusste Patient/in!“

von Judith Storf

→ Der Vortrag ist gesondert über die Power-Point-Präsentation einzusehen.