

LAG Frauen

Treffen am 24. 09. 2004 in Stuttgart

Dr. Edith Wolber, Medizinethnologin

„Frauen sind anders krank“

Anregungen gegen die Zurichtung und Medikalisierung weiblichen Lebens

Inhalte

Gender Mainstreaming als Konzept der Gesundheitsförderung	2
Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland	2
Kurze Zusammenfassung ausgewählter Themen:.....	2
Arbeit und Gesundheit.....	3
Jede zehnte Frau ist von Brustkrebs betroffen.....	3
Frauen trinken und rauchen weniger als Männer.....	3
Seelische Erkrankungen sind Ursache von Essstörungen und Medikamentensucht.....	4
Gewalt gegen Frauen verletzt Körper und Seele.....	4
Herz-Kreislauf-Krankheiten von Frauen werden zu wenig beachtet.....	4
Frauen und Familienplanung: Kinder oder keine?.....	4
Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) und seine frauenspezifischen Auswirkungen 5	
Unverändert.....	5
Streichungen.....	5
Veränderungen.....	5
Nichtverschreibungspflichtige Medikamente.....	6
Gesundheitsförderung	7
Prävention	8
Die Medizin ist am männlichen Patienten orientiert!	9
Frauen sind anders krank als Männer:	11
Geschlechtsspezifische Aspekte spielen beim Herzinfarkt eine Rolle	11
Weiblichkeit ist (k)eine Krankheit: Vom Versuch der Medikalisierung weiblichen Lebens von der Menarche bis zur Menopause	13
Menarche.....	13
Von der Medikalisierung der Geburtshilfe.....	14
Die Wechseljahre der Frau: physiologische Prozesse werden zur Pathologie erklärt.....	17
Das salutogenetische Modell: von der Suche nach Kraftquellen statt Fehlersuche	19
Gefühl der Verstehbarkeit/Verständlichkeit.....	22
Gefühl von Handhabbarkeit/Machbarkeit/Beeinflussbarkeit.....	22
Gefühl von Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit.....	22
Literatur:	24

Gender Mainstreaming als Konzept der Gesundheitsförderung

Im September 2001 fand in Madrid eine Konferenz der WHO statt, die unter dem Thema stand „Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen“. Die Ergebnisse sind 2002 im „Madrid Statement“ festgehalten.

Ausgehend davon, dass alle Frauen und Männer in allen Lebensbereichen das Recht haben, ohne Diskriminierung zu leben und Zugang zu Gesundheitsversorgung, Erziehung und gleicher Bezahlung für gleiche Arbeit haben, formuliert das Madrid Statement **dass alle Frauen und Männer das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitsstandard haben sollen.**

Dabei geht die WHO davon aus, dass die Gesundheitspolitik berücksichtigen muss, dass Frauen und Männer aufgrund der bestehenden biologischen Differenzen und aufgrund der unterschiedlichen Geschlechterrollen unterschiedliche gesundheitliche Bedürfnisse haben. Dies fordert auch die Einsicht, dass auch die Hindernisse, die einer guten Gesundheit im Wege stehen, unterschiedlich sind.

„Gleiche Chancen für Frauen und Männer in der gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung ihrer biologischen und sozialen Unterschiede – das ist das Kernstück des Konzeptes.

Die geschlechtersensitive oder-sensible Perspektive fokussiert beide Geschlechter. Der Einfluss des Geschlechtlichen wird zum objektivierbaren Parameter von Gesundheit und Krankheit, er beeinflusst das Gesundheitserleben und Gesundheitsverhalten genau so wie die pharmakologische und medizinische Forschung.

Ganz klar muss bei diesem Ansatz sein, dass wenn wir Geschlechtersensitivität fordern, nicht Frauensensitivität meinen dürfen

Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland

Kurze Zusammenfassung ausgewählter Themen:

Im Mai 2001 wurde der „Bericht zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Deutschland“ vorgestellt. Die Familienministerin Christine Bergmann fordert darin „eine Neuorientierung im Gesundheitswesen, die den geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung trägt“ (FR 30. 5. 2001).

Ulla Schmid, die Gesundheitsministerin konkretisiert diese Forderung, indem sie dafür votiert, die traditionelle Gesundheitsdefinition, die Ursachen der Krankheitsentstehung und den Verlauf der Krankheit aus weiblicher Sicht - und das heißt neu - zu betrachten.

Beide Ministerinnen forderten eine gender-orientierte Gesundheitspolitik, das heißt, dass alle in der Gesundheitspolitik gefassten Entscheidungen der Lebensrealität *beider* Geschlechter entsprechen müssen (Ursula Hansen 2002).

Arbeit und Gesundheit

Die Verbindung von Beruf und Familie ist für Frauen die vorherrschende Lebensform. In den alten Bundesländern sind 56%, in den neuen sogar 74% der verheirateten Mütter mit minderjährigen Kinder erwerbstätig; bei den Alleinerziehenden sind es 65% bzw. 63%. Von nahezu allen Frauen, die Beruf und Familie vereinbaren, wird die Möglichkeit, in zwei Lebensbereichen handeln zu können, als besonderer Vorzug genannt, und zwar unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status oder Beruf.

Jede zehnte Frau ist von Brustkrebs betroffen

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung (26,4%) und -todesursache (17,9%) bei Frauen. Die Sterbefälle bei Brustkrebs sind bei Frauen unter 60 Jahren rückläufig; die Überlebenschancen für Frauen beträgt heute etwa 73%. Jährlich steigt jedoch - wie im europäischen Ausland - die Neuerkrankungsrate, insbesondere bei den unter 50-Jährigen. **Es besteht nach Auffassung der Expertinnen ein Zusammenhang zwischen dem Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, und der Dauer der Östrogeneinnahme und -produktion.** Es liegt bei Frauen höher, deren Regelblutung früh im Leben einsetzt, und bei Frauen, die die Pille einnehmen oder eingenommen haben. Die Früherkennung ist insbesondere für Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren für die Heilungs- und Überlebenschancen wesentlich.

Frauen trinken und rauchen weniger als Männer

In Deutschland rauchen mehr Männer als Frauen: bei den über 15-jährigen rauchten 1995 ein Drittel der Männer (35,3% West / 37,2 % Ost) und ein Fünftel der Frauen (22% West/ 19,4 % Ost). Der Anteil der rauchenden Frauen steigt allerdings kontinuierlich; zugleich sinkt das Einstiegsalter. Ob Frauen rauchen, hängt stark von sozialen Faktoren ab: höhere Raten weisen arbeitslose Frauen, Frauen unter der Armutsgrenze und Sozialhilfeempfängerinnen und Frauen mit niedriger Schulbildung auf. Beim

Alkoholkonsum sind Frauen zurückhaltender und kritischer als Männer und sind weniger an Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss beteiligt.

Seelische Erkrankungen sind Ursache von Essstörungen und Medikamentensucht

Frauen nehmen bis zu zweimal häufiger als Männer Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva und Neuroleptika, Schmerzmittel und Mittel zur Gewichtsreduktion. Ca 2,5 Millionen Frauen und Männer sind von Medikamenten abhängig. Der Gebrauch von Medikamenten variiert nach Alter und Geschlecht: mit zunehmendem Alter wächst der Anteil der Frauen in der jeweiligen Nutzergruppe. Da die Nutzerinnen sozial unauffällig bleiben, erfüllen sie die gängigen Kriterien für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit nicht - ihre Sucht bleibt unentdeckt. 95% der an Bulimie und Anorexie Erkrankten sind Frauen und Mädchen, und die Erkrankten werden immer jünger. Die Hälfte der 11- bis 13-jährigen Mädchen hat schon eine Diät gemacht.

Gewalt gegen Frauen verletzt Körper und Seele

Häusliche Gewalt kommt in allen sozialen Schichten und allen Altersgruppen vor. Im Gesundheitswesen werden Gewalterfahrungen und Misshandlungen als Ursache für Gesundheitsbeschwerden häufig nicht erkannt und nicht angemessen behandelt. Dabei erleben Umfragen zufolge 18% aller 16- bis 60-jährigen Frauen Übergriffe in der Familie; drei Mal mehr Mädchen als Jungen sind von sexueller Gewalt betroffen.

Herz-Kreislauf-Krankheiten von Frauen werden zu wenig beachtet

Zu über 50% sterben Frauen an Herz-Kreislauf-Krankheiten. Das hängt auch damit zusammen, dass Frauen in den hohen Altersgruppen stärker vertreten sind als Männer. Frauen versterben signifikant häufiger als Männer an einem Herzinfarkt. Oftmals werden die eher frauentypischen Beschwerden wie Übelkeit oder Erbrechen unterschätzt und nicht mit der als männertypisch geltenden Krankheit in Verbindung gebracht. Jede zweite Frau hat zum Zeitpunkt des Herzinfarkts niemanden, der ärztliche Hilfe holen kann, da viele ältere Frauen allein stehend sind.

Frauen und Familienplanung: Kinder oder keine?

Sexualaufklärung und der freie Zugang zu sicheren Empfängnisverhütungsmitteln sind wichtige Voraussetzungen für die individuelle Gestaltung des Lebens in Beziehungen mit und ohne Kinder. Die Hälfte bis zwei Drittel aller Frauen, die verhüten, nimmt heute die

Pille. Etwa ein Zehntel verhütet mit der Spirale, zwischen 16% und 35% mit Kondomen. Beim "ersten Mal" spielen heute Kondome die größte Rolle. Seit der Verbesserung der statistischen Erfassung 1995 beträgt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland fast gleich bleibend ca. 130.000 im Jahr. Es gibt vor allem zwei Gruppen von abbrechenden Frauen: junge, unverheiratete, kinderlose Frauen und (ältere) verheiratete Frauen, die bereits (mehrere) Kinder haben. Im europäischen Vergleich befindet sich Deutschland mit 77 Abbrüchen je 10.000 Frauen im unteren Bereich.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) und seine frauenspezifischen Auswirkungen

Unverändert

1. **Schwangerschaftsabbruch**, da bleibt sich die Finanzierung gleich. Nach der Indikation zahlt die Kasse die Beratung, die ärztliche Behandlung und die Krankenhausbehandlung, sowie die Heilmittel, nicht aber den Abbruch selbst.

Streichungen

1. Das **Entbindungsgeld** von 77 Euro, das bislang an jene Frauen ausbezahlt wurde die keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld hatten, wird ersatzlos gestrichen

Veränderungen

Sterilisation – sollte eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dienen, so muss die Sterilisation künftig von der Versicherten selbst gezahlt werden.

Ausnahme: Ist eine Sterilisation medizinisch notwendig, werden diese Kosten auch weiterhin von der Krankenkasse übernommen

Künstliche Befruchtung – Ab sofort zahlt die Kasse nur noch drei, statt bisher 4 Versuche, wobei die Versicherte einen Eigenanteil von 50 % zu tragen hat. Es gibt auch eine Altersbegrenzung: für Frauen liegt diese zwischen 25 und 40 Jahren (auf Gutachterantrag bis 45 Jahre), bei Männern liegt diese bei 50 Jahren.

Es muss eine hinreichende Erfolgsaussicht bestehen. Diese besteht nicht, wenn bei der In- Vitro-Fertilisation (bis zu viermal) keine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist. Maßnahmen werden nur alternativ, nicht additiv durchgeführt das heißt

IVF oder intratubarer im Eileiter) Gameten –Transfer (Transfer der Ei- und Samenzelle).

Beim Mutterschaftsgeld, der Empfängnisverhütung, dem Schwangerschaftsabbruch und beim Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes Schwangerschaftsabbruch ändert sich für die Versicherten nichts.

Diese Leistungen werden nicht mehr beitrags- sondern steuerfinanziert und über die Krankenkassen abgerechnet.

Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt und Zahnarzt

Ausnahme: Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen – **wird oft nicht eingehalten!**

Bei stationäre Behandlung wird eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr erhoben

Häusliche Krankenpflege verlangt eine Selbstbeteiligung von 10% der Kosten sowie 10 Euro pro Verordnung

Nichtverschreibungspflichtige Medikamente

Im ersten Entwurf, sollten alle jene Medikamente die nicht verschreibungspflichtig sind aus dem Katalog fallen. Also auch ein großer Teil der homöopathischen Präparate der anthroposophischen und der Phytomedizin (Pflanzenmedizin). Diese Regelung gilt jedoch NICHT für Kinder unter 12 Jahren und für Jugendliche bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen.

Da jedoch nicht von der Wirksamkeit abhängt, ob ein Arzneimittel verschreibungspflichtig ist oder nicht, sondern vom Nebenwirkungspotential, ist diese Regelung sehr umstritten. Diese Regelung wird zur Folge haben, dass sich arme Patienten eher „Hämmer“ verschreiben lassen (incl. Nebenwirkungen) als die „sanfte Medizin“ zu wählen, die selbst zu zahlen.

!! Auf Antrag und mit einer ärztlichen Begründung können auch heute noch chronisch Kranke nichtverschreibungspflichtige Medikamente von der Kasse erstattet bekommen!!

Drin sind Mistelpräparate, Weisdorn und Johanniskrautprodukte.

Artikel 28 des **Bundessozialhilfegesetzes**§36: Bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden

1. ärztliche Behandlung und Betreuung sowie Hebammenhilfe
2. Versorgung mit Arznei, Verband- und Heilmittel
3. Pflege in einer Anstalt oder einem Heim und
4. Häusliche Pflege nach §69 Abs. 1 gewährt

Gesundheitsförderung

Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa eine Charta verabschiedet, die heute als das zentrale Dokument der Gesundheitsförderung gilt. Auf den folgenden Seiten wird der deutsche Wortlaut in Auszügen wiedergegeben (aus: Forschung aktuell, 09/1994).

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern, bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont, wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden."

Prävention

versus

Gesundheitsförderung

Vermeiden von Krankheit
Gebrechen, Risikofaktoren

positive, fördernde Bedingungen für und
v. Gesundheit. Umfassendes Wohlbefinden

Berücksichtigt nicht die Lebens-
Weisen und -bedingungen d. Menschen

Bezieht das soziale Umfeld, d. Verhaltens-
u. Lebensbedingungen mit ein

Ist auf Risikogruppen gerichtet	Umfasst die gesamte Bevölkerung
Im Vordergrund steht die Medizin und Der Mediziner	Kompetenz des Einzelnen ist gleichberechtigt neben dem Expertentum der verschiedenen Berufsgruppen
Ist auf einzelne Themen begrenzt	Ist umfassender mit dem Ziel der Verbesserung d. Lebensqualität
Ist defizitorientiert	Ist ressourcenorientiert

Quelle: Frei nach Gisela Jenker 2004

Prävention

Kurz gefasst bedeutet Prävention Krankheitsvorbeugung bzw. Krankheitsverhütung. Bislang zeigte sich, dass Prävention nicht besonders effektiv ist (Beispiel Rauchen/Alkohol). Hängt das vielleicht damit zusammen, dass sie sich in ihrem traditionellen Verständnis NICHT um die Erhaltung und Förderung von Gesundheit bemüht???

In der neueren Diskussion um Prävention werden drei Stufen/Typen unterschieden:

Primärprävention hat zum Ziel, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten und die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Maßnahmen der Primärprävention können Individuen ebenso wie Personengruppen betreffen. Hierzu gehört auch die Vermeidung von Risikofaktoren, zum Beispiel durch Anti-Raucher-Kampagnen, Programme zur gesunden Ernährung oder zur körperlichen Aktivität.

Die Sekundärprävention soll das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie umfasst Maßnahmen zur frühzeitigen Entdeckung von Krankheiten. Solche Untersuchungen bei scheinbar Gesunden auf das Vorliegen bestimmter symptomloser Krankheitszeichen oder -vorzeichen nennt man "Screening". Screening oder Früherkennung zielt darauf ab, Krankheiten im Frühstadium zu erkennen und sie durch rechtzeitige Behandlung möglichst zur Ausheilung oder zum Stillstand zu bringen. Hierzu gehört das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm, das von allen gesetzlich Krankenversicherten wahrgenommen werden kann.

Als **Tertiärprävention** wird die Vermeidung der Verschlimmerung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen bezeichnet

Die Medizin ist am männlichen Patienten orientiert!

Beispiel: Arzneimittelforschung

In der medizinischen Fach- und Laienliteratur wird „der Patient“ - außer in den Disziplinen Gynäkologie und Andrologie (Männerheilkunde) - als scheinbar geschlechtsneutrales Wesen beschrieben.

Sehen wir dann genauer hin, so können wir erkennen, dass sich der vermeintlich geschlechtslose Patient am Mann orientiert. An dessen Wahrnehmung von Leid und Schmerz, an dessen Ausdrucksformen des Krank-Seins und an dessen Strategien des Gesund-Werdens (Irmgard Legato 1995:44f und Irmgard Vogt 1985:32ff).

Diese fehlende Sensibilität für geschlechtsspezifische Aspekte in den unterschiedlichen medizinischen Sektoren wie Forschung, Diagnostik, Therapie und Versorgung ist fatal.

Nehmen wir das Beispiel Arzneimittelforschung. Da werden Medikamentenforschungen nach wie vor ohne weibliche Probanden (Testpersonen) durchgeführt und das, obwohl hinlänglich bekannt ist, dass der weibliche Stoffwechsel anders arbeitet und Hormone bei allen metabolischen Prozessen (Stoffwechselprozessen) eine wichtige Rolle spielen. Diese andere Verträglichkeit und Wirksamkeit von Medikamenten bei Frauen hat verschiedene Ursachen. Annette Bolz hat dies in eindrucklicher Weise beschrieben:

- Bei Frauen ist der Fettanteil im Körpergewebe größer. Daher können fettlösliche Medikamente besser gespeichert werden. Durch Anreicherung dieser Medikamente kommt es eher zu einer Überdosierung, während wasserlösliche Substanzen bei Frauen schlechter wirken.
- Das weibliche Enzymsystem reagiert schneller, daher bauen Frauen Medikamente schneller ab als Männer. Das heißt aber auch, dass die Medikamentenwirkungszeit bei Frauen kürzer ist.
- Der Magen arbeitet bei Frauen langsamer und die Magensäure ist im Durchschnitt weniger sauer. Deswegen werden Medikamente langsamer angedaut und gelangen verzögert ins Blut.
- Insgesamt sind die Medikamentendosierungen bei Frauen zu hoch angesetzt, da die Dosierungsempfehlungen von einem 75kg schweren Mann ausgehen.

- Das weibliche Hormonsystem sorgt für Schwankungen des gesamten Stoffwechsels, daher wirken Medikamente nicht an allen Zyklustagen gleich.
- Hormonelle Antikonzeptiva verändern den gesamten Hormonhaushalt und somit die Abbaugeschwindigkeit von Medikamenten (Annette Bolz 2002).

All diese spezifisch weiblichen Aspekte wurden bislang von der Pharmaindustrie, aber auch von denjenigen die Medikamente verordnen und verabreichen, ungenügend beachtet.

Die Gründe dafür, dass neue Medikamente nicht an Frauen getestet werden, liegen 40 – 50 Jahre Jahre zurück.

Anfang der 60iger Jahre hatten zahlreiche Frauen in der Schwangerschaft **Contergan** (Thalidomid) genommen hatten und darauf hin Kinder mit Fehlbildungen der Extremitäten (Dysmelie) zur Welt gebracht.

Als dann noch **Diethylstilbestrol**, ein Mittel das zwischen 1950 und 1960 in den USA gegen vorzeitige Wehen und Frühgeburten dazu führte, dass die weiblichen Kinder zwölf Jahre später Vaginalkarzinome entwickelten, entschloss man sich neue Medikamente nur noch an Männern zu testen – mit dem Argument Frauen könnten während der Testphase schwanger sein oder werden und die Embryos Schaden nehmen.

(Diethylstilbestrol, DES wird zwischenzeitlich verdächtigt bei Frauen, deren Mütter DES genommen hatten, vermehrt Brustkrebs hervorzurufen – weitere Infos im Internet)

In den 80iger Jahren untersuchten Internistinnen in den USA an Bluthochdruck leidende Frauen und stellten dabei fest, dass die Medikamente weder das Schlaganfallrisiko noch die Herzinfarkt- rate senkten – weil die Medikamente bei Frauen wirkungslos waren (Robert Lücke 2004).

Die US-amerikanische Zulassungsbehörde sorgt in der Zwischenzeit dafür, dass künftig alle Medikamente an Männern und Frauen, Schwarzen und Weißen getestet werden.

Man stellte in diesem Zusammenhang fest, dass Frauen sehr viel häufiger die Präparate nicht vertrugen und die Nebenwirkungen viel intensiver sind als bei Männern.

In Deutschland schreckt die Pharmaindustrie vor neuen Testreihen zurück, denn das würde zusätzlich kosten. Aus diesem Grund wurden Frauen bei der Entwicklung eines neuen

Medikamentes gegen Aids ausgenommen. Niemand weist auch darauf hin, dass bei bestimmten Heuschnupfenmitteln tödliche Herzrhythmusstörungen bei Frauen doppelt so häufig auftreten wie bei Männer, oder das Herzmittel Digitalis (Fingerhut) bei älteren Männern lebensverlängernd wirkt, weibliche Digitalis-Patienten aber wesentlich früher und häufiger sterben (ebd).

Die Gesetzesnovelle von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt differenziert in dieser Frage mehr als bisher. Auch heute noch werden Medikamente in der ersten Testphase an Männern getestet, bei weiteren Tests werden aber auch Frauen mit einbezogen.

Da können wir nur neidisch nach USA blicken, dort wurde gerade ein Mittel gegen Herzrhythmusstörungen getrennt für Männer und Frauen entwickelt – ein anderes Mittel gegen das Reizdarmsyndrom ist dort beispielsweise nur für Frauen zugelassen.

Hierzulande ist die Aufklärung schlichtweg mies: Johanniskraut schätzen Viele als ein pflanzliches und mildes Beruhigungsmittel. Ab einer bestimmten Dosierung setzt Johanniskraut jedoch die Wirkung der Pille herab - die Frauen werden schwanger – und der Hersteller tut so, als wisse er dies nicht. Auch die Zulassungsbehörde - männerlastig - reagiert nicht (ebd).

Frauen sind anders krank als Männer: Geschlechtsspezifische Aspekte spielen beim Herzinfarkt eine Rolle

Noch vor wenigen Jahrzehnten galt der Herzinfarkt als männliche Krankheit. Das hat sich jedoch radikal geändert. Verschiedene Gründe sind hierfür zu nennen. Zum einen haben Frauen die ungünstigen Lebensgewohnheiten von Männern übernommen, wozu Rauchen und Bewegungsmangel gehören. Zum anderen begünstigen Antikonzeptiva (gemeint sind hormonelle Verhütungsmittel) in Verbindung mit Rauchen die Herzinfarktrate (40% erhöhte Infarktrate). Der dritte und ganz entscheidende Grund hängt damit zusammen, dass die weibliche Symptomatik eines drohenden Herzinfarktes oft nicht erkannt wird.

Während heute jeder Laie die “typischen Infarktsymptome“ eines Herzinfarktes benennen kann, nämlich linksseitiger Schulter- und Armschmerz und ein Engegefühl im Brustraum und Atemnot können selbst medizinisch Tätige bei Patientinnen oft nicht die richtige Diagnose stellen.

Die Symptomatik ist bei Frauen sehr viel unspezifischer. So berichten Frauen zwar auch über die klassischen Angina-Pectoris-Beschwerden, wie thorakales Engegefühl mit typischer Ausstrahlung, jedoch klagen Frauen auch sehr häufig über eher unspezifische Beschwerden, wie körperliches Unwohlsein, Übelkeit oder Magenbeschwerden verbunden mit Dyspnoe (Atemnot), sodass an eine Herzerkrankung seltener gedacht wird.

Meistens werden klimakterische Beschwerden oder eine arterielle Hypertonie - die ähnliche klinische Symptome hervorrufen können – verantwortlich gemacht. Auffallend ist auch, dass bei 31 % der Frauen mit Angina-pectoris-Beschwerden, bei denen eine Koronarangiographie durchgeführt wurde, unauffällige Koronargefäße nachgewiesen wurden (im Gegensatz zu 14% bei den Männern), sodass eben nicht an einen Infarkt sondern an eine andere Diagnose gedacht wird und eben auch kein Aspirin gegeben wurde (Annette Geibel 2002:13).

Weil die Symptome so unspezifisch sind - dies aber in der Ausbildung nicht gelehrt und in den medizinischen Lehrbüchern nicht beschrieben wird, lassen sich Ersthelfer und Angehörige durch falsche Verdachtsdiagnosen fehlleiten – ein für die Betroffenen oft tödlicher Irrtum. Die Mortalitätsrate (Todesrate) liegt bei Männern nach Herzinfarkt bei ca. 5%, bei Frauen beträgt sie etwa 11% (FrauenRat 4/2001, Annette Geibel 2002: 13, verdi.de-Interview 2003).

Es ist nicht nur ein großer Forschungsbedarf von Nöten, sondern auch eine größere Sensibilität, damit die weibliche Symptomsprache, als originäre Sprache weiblichen Missbefindens gelernt und verstanden werden kann.

Es muss Alltagswissen aller Frauen werden, dass die „typisch weiblichen Symptome“ die einen Herzinfarkt ankündigen eher unspezifisch sind und sich in Schmerzen im Oberbauch äußern, in Atemnot, Kreuz- und Rückenschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und einer allgemeinen Schwäche.

Frauen dürfen nicht zulassen, dass diese Empfindungen und Wahrnehmungen als „klimakterische Beschwerden“ abgetan werden, statt als geschlechterspezifische Ausdrucksweise einer kardiologischen Krankheit (Krankheit des Herzens) verstanden zu werden. (Ingeborg Siegfried und Antje Müller-Schubert 2002).

Wenn es zukünftig ein geschlechtersensibles und somit ein geschlechtergerechtes Gesundheits- und Krankheitsverständnis geben soll, dann kann dieser Ansatz zwar politisch

verordnet werden - die Umsetzung kann jedoch nur durch ein Höchstmaß an weiblicher Solidarität erreicht werden.

Diese *Umsetzungskompetenz* müssen alle Frauen entwickeln, die im Gesundheits- und Erziehungsbereich tätig sind. Als Professionelle werden sie die opinion leader mit entscheidender Multiplikatorinnenfunktion sein. Dazu sollten sich alle im Gesundheits- und Erziehungswesen Tätigen zunächst mit ihren eigenen Vorannahmen und mit ihren eigenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen - denn ihre eigene Haltung, ihre eigene Wertschätzung des „weiblichen Aspekts“ wird maßgeblich das eigene Tun beeinflussen.

Um ein frauensensibles Gesundheits- und Krankheitsverständnis als kollektives Wissen in der Gesellschaft zu verankern, bedarf es einer Avantgarde: Sie muss aus den Akteurinnen der unterschiedlichsten Gesundheitsberufe bestehen. Aber auch Jene, die in der gesundheitspolitischen Arbeit stehen, nehmen einen wichtigen Platz ein.

Weiblichkeit ist (k)eine Krankheit: Vom Versuch der Medikalisierung weiblichen Lebens von der Menarche bis zur Menopause

Menarche

Die Zeit der Pubertät ist für Jungen und für Mädchen eine schwierige Zeit: sie haben sich mit den eigenen körperlichen Veränderungen auseinander zu setzen, mit dem anderen Geschlecht, mit ihren eigenen Lebensideen etc.

Nur für Mädchen aber gibt es eine spezielle Teeny-Sprechstunde bei FrauenärztInnen.

Die meisten von uns fänden die Vorstellung komisch, mit unseren Söhnen zum Arzt zu gehen, sobald seine Schamhaare zu sprießen beginnen und er seinen ersten nächtlichen unbemerkten Samenerguss hat.

Nicht so bei unseren Töchtern: Mit der Menarche werden sie aufgefordert zu „ihrem Frauenarzt des Vertrauens zu gehen“: um sich untersuchen und beraten zu lassen, ob alles bei ihnen normal verläuft. Aber wer sagt was „normal“ ist? Die Medizin, die Doctores, die Kundschaft brauchen um sich ihren Arbeitsplatz zu erhalten?

Ich weiß, dass ich mit meiner kritischen Haltung oft auf Unverständnis stoße, aber ich glaube, dass wir Frauen das Angebot der Frauenheilkunde viel kritischer betrachten müssen als wir es bislang tun. Eine medizinische Betreuung eines gesunden menstruierenden Mädchens führt nicht nur zu einer normierenden Medikalisierung, sondern signalisiert von

Anfang an: Frau-Sein birgt das Risiko in sich Krank-zu-sein – und verlangt deshalb eine lebenslängliche Begleitung durch den Arzt.

Dadurch geben die Frauen etwas Elementares ab: die achtsame Wahrnehmung der eigenen Empfindungen.

Menstruation ist keine Krankheit, sondern ein normaler, physiologischer weiblicher Prozess.

Wenn wir unsere Töchter in ihrer Entwicklung als Frau stärken wollen, dann sollten wir ihnen keinen Arztbesuch empfehlen sondern sie Achtsamkeit lehren!

Gewiss wir können ihnen heute am Rande der Dörfer und Städte keine Menstruationshütten mehr bauen, wohl aber können wir ihnen die Idee solcher „Schutzhütten“ mitgeben.

In Zusammenhang mit dem Menstruationsbeginn könnte das heißen, dass jedes Mädchen für sich spüren lernt, was ihr am besten tut. Spazieren gehen? Abhängen auf der Couch mit Wärmflasche und Buch? Ein Treffen mit Freundinnen? Oder irgendein anderes „Verwöhnerle“.

Wenn wir es schaffen unseren Töchtern zu vermitteln, dass die Fähigkeit zu menstruieren nicht Last und Bürde ist - sondern Mädchen und Frauen sich in diesen Tagen „einfach so“ mal eine Aus-Zeit nehmen dürfen, dann können sie das Thema auch positiv besetzen, weil es „irgendwie normal“ ist.

Von der Medikalisierung der Geburtshilfe

Wenn wir uns die Geschichte der Geburtshilfe des 18./19. Jahrhunderts ansehen, dann fällt folgendes auf: Es waren vor allem „ledige Frauen, die zur Entbindung“ ihres Kindes eine „Gebäranstalt“ aufsuchten. Das heißt außerhäusliche Entbindungen waren bis zum Ende des 19. Jahrhunderts das Schicksal armer und unverheirateter Frauen.

Hans-Christoph Seidel spricht in diesem Zusammenhang von „einem Gewaltverhältnis“ dem die Gebärenden ausgesetzt waren (1998).

Diese Gewalt gegenüber den gebärenden Frauen hing mit dem Wandel der europäischen Gebärkultur zusammen. Eingeleitet wurde dieser Prozess durch die geburtsmedizinische Ausbildung der Studenten am Krankenbett in sogenannten Accouchieranstalten (franz: accouchee = Wöchnerin, accoucheur = Geburtshelfer).

In der damaligen Accouchieranstalt in Göttingen verfügten die ausschließlich männlichen Mediziner über 135 verschiedene Geburtszangen.

Fast jede zweite Frau wurde mit der Zange entbunden, ungeachtet der negativen Folgen, wie Blutungen und Verletzungen.

Die „Erfinder der Gynäkologie“ rissen die Föten aus den Körpern der Hochschwangeren, denn die gerade entstehende Geburtsmedizin musste sich täglich aufs Neue legitimieren. Deshalb konnten die von der Technik faszinierten Geburtsmediziner nicht warten, bis die einsetzenden Wehen – zwar etwas später, dafür aber unzerstückelt – das Neugeborene ins Leben beförderten (Marita Metz-Becker 1997).

Die Beschreibungen machen deutlich, dass im 18./19. Jahrhundert innerhalb von wenigen Jahrzehnten aus dem weiblichen Beistand während der Geburt ein männliches Eingreifen wurde (Claudia Schuhmann). Dieser Zustand hält bis heute an.

Heute sind es nicht mehr soziale Gründe, die Frauen veranlassen ihre Kinder in Gebäranstalten „entbinden zu lassen“. Gemäß dem Zeitgeist, der „Gesundheit für alle“ verspricht, wurde ausgangs des 20. Jahrhunderts das Ideal vom perfekten, durchgestylten, und ewig jugendlichen Menschen zum obligatorischen Gesundheitsentwurf.

Aber Gesundheit wird heute nicht mehr nur als individuelles Glück verstanden, sondern Gesundheit scheint heute auch dem „Allgemeinwohl“ zu dienen – das zeigt sich am präventiven Zwang bezüglich pränataldiagnostischer Untersuchungen. Diese Verpflichtung zur Gesundheit, die sich auch im Zwang nach einem fehlerfreien Kind äußert, gilt ebenfalls als gesellschaftlicher Konsens.

Anders als noch vor 60 Jahren sind heute in Sachen Eugenik keinerlei staatliche Zurichtungen mehr nötig, denn alle scheinen in der Zwischenzeit die Vorstellung vom gesunden Körper und von fehlerfreier Nachkommenschaft internalisiert, das heißt verinnerlicht zu haben. Dadurch ist der Blick verstellt für die wahre Funktion pränataler Diagnostik, die sich im scheinbar ideologiefreien Gewand der „medizinischen Sicherheit für das Ungeborene“ anbietet: Sie dient der Aussonderung von Regelwidrigem, der vorgeburtlichen Eliminierung von „unproduktiven“ Kranken und Behinderten (Edith Wolber 1996:18f).

Auch heute wird im Namen des „Fortschritts“ und einer überzogenen Technikgläubigkeit den Schwangeren und Gebärenden Gewalt angetan. Überhöhte Invasionsraten unter der Geburt und die „freiwilligen Angebote“ zum Schwangerschaftsabbruch nach PND belegen dies.

Die Gewalt gegen Schwangere und Gebärende kommt heute subtiler daher als vor 200 Jahren, tarnt sich mit dem Slogan „weniger Risiko – mehr Sicherheit“ und hat dadurch

weitgehende gesellschaftliche Akzeptanz erfahren. Die Nachtseite dieses Sicherheitsversprechens ist für Laien kaum durchschaubar (Kurt Langbein u.a.2002).

Mit der politischen Strategie des Gender Mainstreaming besteht nun erstmals die Möglichkeit, diesen für Frauen destruktiven Zustand zu unterbinden.

Der Gender-Ansatz zwingt nämlich nun auch die Gesundheitspolitik nachzuprüfen - welche Auswirkungen ihre Politik auf die Lebenssituation der Frauen hat und in welcher Weise die geplanten Maßnahmen die Lebenssituationen der Frauen verbessern. Das zwingt die Politik und die Krankenkassen dazu, sich nicht länger von Lobbygruppen diktieren zu lassen. Vielmehr müssen sie selbst untersuchen, welche Auswirkungen zum Beispiel der so genannte Wunschkaiserschnitt (den sich wohl vor allem Ärzte und Krankenhäuser wünschen) auf das Wohlergehen von Frauen hat.

Das heißt aber auch, dass sich die in der Gesundheitsarbeit engagierten Akteurinnen die Definitionsmacht zurückholen und müssen neu, das heißt aus weiblicher Perspektive buchstabieren was für Frauen Wohlbefinden, bzw. Missbefinden bedeutet.

Ein Anfang ist bereits gemacht. Diverse Studien belegen zwischenzeitlich, dass emotionales und körperliches Befinden während Schwangerschaft und Geburt eng an eine Sicherheit gebende, kontinuierliche vorgeburtliche Begleitung geknüpft sind und an einen partnerschaftlichen Beistand während der Geburt (WHO 1996 und „Plädoyer für eine normale Geburt“ 2002).

Angelica Ensel beschreibt in ihrem neuen Buch Schwangerschaft und Geburt als Situationen des Übergangs in eine neue Lebensphase. Solche existentiellen Veränderungen sind immer mit Unsicherheit und Verletzbarkeit verbunden. Deshalb besteht in diesen Situationen ein großes Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und Geführt - Werden. Auch der Wunsch nach Regression ist bei Schwangeren groß. Angelica Ensel besetzt den Begriff der Regression positiv, beschreibt ihn als „ein Element des bewegenden Geschehens: Zulassen, Wachsenlassen, Loslassen, Geschehenlassen, was geschieht“ (2002:60). Das meint mit innerer Gelassenheit einen Teil der Körperkontrolle abgeben können im Vertrauen darauf, dass das, was da in mir wächst, was da in mir geschieht, richtig ist (ebd.).

Um in diesem Zustand nicht die innere Balance zu verlieren, brauchen Frauen während der Phase der Regression Orientierung und Gehalten-Sein.

Auch die Geburtsmedizin macht den Frauen ihre Angebote – diese liegen vor allem im diagnostisch-technischen Bereich.

Claudia Schumann kritisiert die Technisierung der ärztlichen Schwangerenvorsorge, die neue Risiken schafft und nicht selten einer Überversorgung gleichkommt. Darüber hinaus verhindert die auf Technik fixierte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung die Entwicklung einer sensiblen Körperwahrnehmung und die Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit, sowie eine Vorbereitung auf die neue Lebensphase als Frau und Mutter.

Claudia Schumanns Plädoyer: Schwangere und Gebärende brauchen von Anfang an einen kontinuierlichen Hebammenbeistand, denn nur Hebammenbegleitung ist am inneren Wachstum und an der Ermächtigung der Frauen interessiert.

Wenn der Gender-Mainstreaming-Gedanke auf die zukünftige Geburtshilfe angewandt werden soll, dann müssen folgende Veränderungen geschehen:

1. Es müssen die ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie und der Geburtsmedizin am weiblichen Körper dechiffriert werden.
2. Die Verantwortung der Reproduktionsmedizin muss sichtbar werden – denn von dort ausgehende „Erkenntnisse und Wahrheiten“ wirken in die Gesellschaft hinein und wecken eigentlich unerfüllbare Bedürfnisse und Erwartungen.
3. Hebammen müssen sich, deutlicher als bislang geschehen, berufspolitisch positionieren.

Die Wechseljahre der Frau: physiologische Prozesse werden zur Pathologie erklärt

Die Pharmaindustrie hat während der vergangenen Jahrzehnte ein lukratives Krankheitsbild konstruiert: Die Wechseljahre der Frauen. In Deutschland nehmen ca. 5 Millionen Frauen Hormone gegen die Beschwerden der Wechseljahre ein – Beschwerden die anderswo unbekannt sind. Beispielsweise ist in Japan das Symptom der „fliegenden Hitze“ nahezu unbekannt.

Die Hormonersatztherapie ist ein Milliardengeschäft: Allein in Deutschland betrug der Umsatz im Jahr 2000 1,2 Milliarden DM.

Im Frühsommer dieses Jahres wurde in den USA eine Studie abgebrochen an der mehr als 16 000 Frauen teilgenommen hatten, denn die Teilnehmerinnen, die alle eine Kombination aus Östrogenen und Gestagenen erhalten hatten, wiesen eine signifikant erhöhte Rate an Brustkrebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Thrombose auf (AKF 2002, Jörg Blech 2003).

Aus Angst vor möglicher Osteoporose wurden auch in Deutschland subjektiv gesunden Frauen eine HET (HormonErsatzTherapie) empfohlen. Noch vor 10 Jahren war das

Krankheitsbild Osteoporose nahezu unbekannt, denn nur ein schwindend kleiner Teil an alten Menschen hat tatsächlich Frakturen (wie zum Beispiel ein Oberschenkelhalsbruch) der eindeutig auf ein Nachlassen der Knochendichte zurückzuführen ist.

Aber auch da hat sich ein Markt etabliert: findige Unternehmer bieten die Knochendichtemessung (träumen gar von einem screening aller Frauen = Reihenuntersuchung jenseits der 40) um dann nachweisen zu können, dass es Normabweichungen gibt. Nur: wer hat die Norm definiert? An welchen Probanden wurde die Norm gemessen? An 25 jährigen, wohl ernährten sportlich aktiven Frauen?

Die Angst nicht der Norm zu entsprechen, vielleicht dann doch eines fernen Tages in 20- oder 30 Jahren mit einem Schenkelhalsbruch im Krankenhaus zu liegen, hat viele Frauen von der Einnahme von Hormonen überzeugt. Mit der Angst als Ratgeber macht die Medizin ihre größten Geschäfte. Diese gewollte Angstmache führt dazu, dass sich eigentlich gesunde Frauen krank fühlen, sich in die Abhängigkeit von Medizin und Medizinerinnen geben – sie glauben dafür Sicherheit zu erhalten, in Wahrheit verlieren sie ihre Autonomie und die sensible Wahrnehmung eigener Empfindungen. Sie delegieren die Achtsamkeit für eigenes Wohlbefinden oder Missbefinden an Andere. Sie verlieren dadurch auch den Kontakt zur eigenen inneren Heilerin und das Vertrauen in die Selbstheilungskompetenz.

Angst als Ratgeber sollten Frauen zurückweisen. Angst verengt den Blick und verstellt die Wahrnehmung. Frauen brauchen Information und Aufklärung, sollten achtsamer in der eigenen Wahrnehmung werden – nur das schafft Unabhängigkeit vom Moloch Medizin, der kranke Menschen nur als Geschäft begreift.

Nicht anders verhält es sich mit dem derzeit neu konstruierten Krankheitsbild der „**Andropause**“ der Männer – auch da wird der natürliche Alterungsprozess zur therapiebedürftigen Pathologie erklärt.

Auch bei diesem „Krankheitsbild“ wird der Testosteronspiegel eines 50 jährigen mit dem eines 20 jährigen verglichen: Etwaige altersbedingte Abweichungen werden zur Krankheit erklärt. Anti-Aging heißt das Zauberwort einer Lifestylegesellschaft die nicht in „Würde alt und impotent werden“ darf, wie ein Kollege kürzlich bemerkte.

Eine Vielzahl von Nebenwirkungen wird auch hier bagatellisiert: Fettstoffwechselveränderung, Herzinfarkt, Thrombosen, Leberleiden. Es hat sich gezeigt,

dass Testosteron einen schlummernden (bei 60jährigen 30%, bei 70 jährigen 50%) Prostatakrebs zum Leben erwecken kann (Jörg Blech 2003).

Allein der Pharmariese GlaxoSmithKline beschäftigt in Europa und USA 17 000 Pharmareferenten und im Durchschnitt gibt die Pharmaindustrie 8000-13 000Euro pro Doktor für Marketingmaßnahmen aus, damit er die Pillen und Produkte der jeweiligen Firma verschreibt – niedergelassene MedizinerInnen werden geradezu überschwemmt und geraten in den Sog der Giganten. Kaum ein Artikel der in Ärztezeitungen erscheint, der nicht in irgendeiner Weise in Abhängigkeit zur Pharmaindustrie entstanden ist: es ist ein dichtes Netz von konstruiertem Wissen entstanden das ausschließlich der Pharmaindustrie dient (ebd.)

Das salutogenetische Modell: von der Suche nach Kraftquellen statt Fehlersuche

Das Wort Salutogenese setzt sich aus den griechischen Begriffen „Salus, Salutis = Gesundheit /Wohlergehen und Genese = Ursprung, Herkunft zusammen.

Begründer der salutogenetischen Idee ist Aaron Antonovsky. Antonovsky wurde 1923 in USA geboren, emigrierte 1960 nach Israel und ist dort 1994 gestorben.

Antonovsky vertrat ein Stresskonzept, in dem die Stressoren nicht mehr grundsätzlich als krankmachen betrachtet wurden, sondern als Stimuli, die einen Zustand der Anspannung auslösen, ohne dass dies unbedingt zu Stress führen muss. Das heißt, er arbeitete nicht mehr rein epidemiologisch sondern war von einer psychologischen Fragestellung geleitet, indem er nach individuellen Verarbeitungsmustern angesichts von Anspannungszuständen fragte. Er vertrat die Auffassung, dass die Art der Erkrankung von einer individuellen, dispositionellen Vulnerabilität (überdauerende Verletzbarkeit) und nicht vom Profil der belastenden Einflüsse beeinflusst ist.

Ausschlaggebend für seine weitere Forschung in diese Richtung war eine Untersuchung an Frauen verschiedener ethnischer Gruppen über die Auswirkungen der Wechseljahre.

Die untersuchten Frauen der Geburtsjahrgänge 1914 -1923 waren alle in Zentraleuropa geboren und teilweise in einem Konzentrationslager inhaftiert gewesen.

Wie erwartet war die Gruppe der ehemals Inhaftierten signifikant stärker gesundheitlich belastet als andere Frauen. Aber immerhin 29% der inhaftierten Frauen berichteten trotz

dieser traumatischen Erlebnisse über eine relativ gute psychische Gesundheit. Antonovsky fragte sich, wie es diese Frauen geschafft hatten, trotz der extremen Belastungen gesund zu bleiben.

Das heißt bei dieser Betrachtung stellte Antonovsky die Gesundheit in den Mittelpunkt. Er fragt nach den Bedingungen und nach den Faktoren die die Gesundheit eines Menschen schützen. Im Falle einer Infektionskrankheit/Sommergrippe steht dann nicht mehr die Frage nach dem Erreger und dem Infektionsherd im Vordergrund sondern die Frage: warum habe ich gerade jetzt eine Infektion bekommen und alle Menschen um mich herum sind gesund geblieben?

Antonovsky hat für seine salutogenetische Idee ein schönes Bild gefunden das er folgendermaßen beschreibt:

„Ich gehe davon aus, dass wir alle, bildlich gesprochen, während unseres Lebens in einem Fluss voller Gefahren schwimmen. Oder um eine ... Metapher zu wählen, dass wir alle eine lange Skipiste herunterfahren, anderen Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist. Die pathogenetische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren, einen Baum oder mit einem Skifahrer zusammengestoßen sind oder in ein Gletscherspalte fielen. Weiterhin versucht sie uns davon zu überzeugen, dass es das Beste ist überhaupt nicht Ski zu fahren.

Der salutogenetische Ansatz beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern oder Schwimmern macht“ (A. Antonovsky 1993:11).

Nach Auffassung von Antonovsky befindet sich der Mensch in einem ständigen Ungleichgewicht von Stabilität und Instabilität, Leid und Normalität. Er bewegt sich immer zwischen den beiden extremen Polen Gesundheit und Krankheit.

Entscheidend für die Gesundheitserhaltung eines Menschen sei seine Grundhaltung zu sich selbst und zum Leben. Wichtig sind auch Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, soziale Beziehungen und die Überzeugung über geeignete Fähigkeiten zur Problemlösung zu verfügen.

Da wir belastende Momente nicht ausschalten können gehört es zur Lebensleistung eines Menschen sich aktiv mit den Anforderungen und Konflikten auseinander zu setzen, die eigene Belastbarkeit zu kennen und sie schrittweise auszudehnen.

Das salutogenetische Konzept stellt folgende Fragen

-Wie kommt es, dass ein Mensch, obwohl er unter krankmachenden Bedingungen lebt gesund bleibt?

-Wie entsteht oder erhält sich Gesundheit?

-Welche Faktoren fördern die Gesundheit?

-Wie verarbeitet ein Mensch Spannungszustände und bleibt dabei gesund?

Wie lassen sich die Mechanismen einer gesunden Verarbeitung (coping) stärken?

Wer unter Belastungen oder Anforderungen gesund bleibt, die andere Menschen krank machen, muss über bestimmte Kräfte, Fähigkeiten oder Ressourcen verfügen, die anderen Menschen fehlen. Antonovsky macht als solche Ressourcen die „**allgemeinen generalisierten Widerstandsressourcen**“ aus. Generalisiert meint, dass sich die Ressourcen in den unterschiedlichsten Situationen auswirken, Widerstand meint, dass sich die **Widerstandsfähigkeit** eines Menschen erhöhen

Dazu gehören

- die körperlichen Ressourcen das sind beispielsweise ein intaktes Immunsystem oder eine allgemeine stabile Konstitution,
- materielle Ressourcen, das heißt Verfügbarkeit von Geld, Gütern und Dienstleistungen
- kognitive Ressourcen., das beinhaltet, Wissen, Intelligenz, Wahrnehmung und Flexibilität und ein präventive Gesundheitseinstellung
- emotionale Ressourcen, dazu gehören ein stabiles Selbstwertgefühl, Ich-Identität, Selbstvertrauen, emotionale Stabilität und Sensibilität
- -soziale Ressourcen, zwischenmenschliche Beziehungen, Verfügbarkeit von sozialen Bindungen und soziale Unterstützung, Eingebundensein in ein stabiles Netzwerk
- -kulturelle/religiöse Ressourcen, Eingebundenheit in ein Glaubenssystem, durch Zuweisung einer gesellschaftlichen Rolle (aus G. Jenker 2004:280).

Diese Widerstandsressourcen sind durch unsere Biographie geprägt und lassen sich bei der Bewältigung von Spannungs- oder Konfliktzuständen aktivieren. Die Widerstandsressourcen sind nicht bei allen Menschen gleich ausgeprägt.

Ein zentraler Begriff in Antonivskys Modell ist das **Kohärenzgefühl** (sense of coherence; „sense“ kann auch Sinn, Verständnis und Bedeutung meinen). Dieses Kohärenzgefühl - das er als universelles Konstrukt betrachtet - ist als Einstellung zu verstehen, als eine spezifische Art

und Weise die Welt zu betrachten. Antonovsky geht davon aus, dass es bestimmte Einstellungen gibt, die für die körperliche und psychische Gesundheit von Menschen verantwortlich sind. Als entscheidend betrachtet er das Gefühl der „Verstehbarkeit“, der „Handhabbarkeit“ und der Sinnhaftigkeit. Sind diese drei Gefühle vorhanden, so haben wir ein hohes Kohärenzgefühl, das als „innere Stimmigkeit“ bezeichnet werden kann.

Gefühl der Verstehbarkeit/Verständlichkeit

-Dieses Gefühl, diese Erwartung schließt die Fähigkeit ein auch unbekannte Signale, Stimuli, Reize nicht als chaotisch, zufällig, unerklärbar und willkürlich zu begreifen, sondern sie einordnen und verarbeiten zu können. Das setzt vorausschauende kognitive Fähigkeiten voraus.

Gefühl von Handhabbarkeit/Machbarkeit/Beeinflussbarkeit

-Damit ist das Gefühl gemeint Anforderungen bewältigen zu können. Im Zentrum steht das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, sowie die Überzeugungen wichtige Ereignisse im Leben mitbestimmen zu können. Dazu gehört auch das Vertrauen, dass Hilfe von außen kommt, beispielsweise durch eine „höhere Macht“ oder durch andere Menschen.

Gefühl von Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit

-Herausforderungen werden nicht als Last verstanden, sondern können als wichtig und sinnvoll angenommen werden. Ohne das Erfahren von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben sind unsere Handlungen zum Scheitern verurteilt und das Leben wird als Qual empfunden.

Es geht aber auch immer darum die Bedeutsamkeit von Ereignissen zu erkennen, sie möglichst realistisch einzuschätzen und die daraus gewonnenen Erfahrungen zu verarbeiten.

Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl schätzen fordernde Situationen und Stressoren weniger als Belastung ein, sie nehmen Probleme klarer und differenzierter wahr und ihre Emotionen wirken sich weniger lähmend aus.

Alexa Franke schreibt, dass es signifikante Unterschiede in der Ausprägung des Kohärenzgefühls zwischen Männern und Frauen gibt. Das könnte drei Gründe haben

-Das Kohärenzgefühl von Männern ist höher

-Männliches und weibliches K. sind unterschiedlich. Das aktuelle Konzept des K. ist männlich geprägt und erfasst die frauenspezifischen Anteile unzureichend

-Das verwendete Mess-Instrument – der Fragebogen zur Lebensorientierung ist für Frauen weniger valid als für Männer (in E. Göpel Hrsg.: Gesundheit bewegt)

Literatur:

Bengel, Jürgen, Regine Strittmatter & Hildegard Willmann: Was erhält Menschen gesund? Antonovkys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Im Auftrag der BZgA, Köln 1998

Blech, Jörg : Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden, S. Fischer-Verlag, Frankfurt 2003

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Hrsg. : Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Kohlhammer Verlag, Meckenheim 2002

BZgA: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Gender Mainstreaming, Köln 2001

Bund Deutscher Hebammen, BDH: Plädoyer für eine normale Geburt, 2002

Bothfeld, Silke u.a. Hrsg.: Gender Mainstreaming – eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis, Frankfurt 2002

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Meckenheim 2001

Bolz, Annette: Ein kleiner Unterschied hat große Wirkung. Frauen vertragen Medikamente oft anders als Männer. Dennoch werden Arzneien meist nur an Männern getestet. FR 6.8.2002, S. 19 (dem Artikel ist eine kleine Liste über Medikamentenbeispiele beigelegt, die bei Frauen anders wirken)

Diesfeld; H. J. u. a.: Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive, Berlin 1997

Dogs, Christian Peter & Wolf-Jürgen Maurer: Naturheilverfahren und Psychosomatik. Lösungsorientierte Praxis, Hippokrates-Verlag, Stuttgart 2003

Duden, Barbara: Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper, Offizin-Verlag, Hannover 2002

Ensel, Angelika: Hebammen im Konflikt der Pränatalen Diagnostik. Zwischen Abgrenzen und Mitleiden, Karlsruhe 2002

Frauenrat: Gesundheitspolitik für Frauen. Stellungnahme des deutschen Frauenrates, 4/2001

Geibel, Annette: Geschlechtsspezifische Aspekte spielen beim Herzinfarkt eine Rolle. Ein Myocardinfarkt ist bei Frauen häufiger schwieriger zu erkennen als bei Männer, In: Marburger Bund Zeitung nr. 15, Oktober 2002

Görgen, Regine: Frauen und Gesundheit, In: Diesfeld 1997: 148ff

Hansen, Ursula: Die Medizin kennt (k) ein Geschlecht – Anforderungen an eine frauengerechte Gesundheitsversorgung. Pressegespräch am 27.6.2002 des Deutschen Frauenrates

Hauser-Schäublin, Brigitta Hrsg.: Ethnologische Frauenforschung. Ansätze, Methoden, Resultate, Berlin 1991

Ivan, Illich, Paul Watzlawick u.a. Hrsg.: Was macht den Menschen krank. 18 kritische Analysen, Birkhäuser-Verlag, Basel/Boston 1991

Jenker, Gisela: Gesundheitsförderung und Salutogenese. Stärkung der Lebenskompetenzen. In: Pflegezeitschrift 4/2004:279-282

De Jong, Theresia Marie: Babys aus dem Labor. Segen oder Fluch? Beltz Verlag, Weinheim 2002

Jork, Klaus & Nossrat Peseschkian Hrsg.: Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben, Verlag hans Huber , Bern/Göttingen 2003

Kossek Brigitte u.a. Hrsg.: Verkehren der Geschlechter. Reflexionen und Analysen von Ethnologinnen, Wien 1989

Legato; Marianne: Die Medizin muss begreifen: Frauenkörper funktionieren anders, In: Psychologie Heute 1995:44

dies. : Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin, Köln 2002

Lücke, Robert: Der kleine Unterschied. Frauen haben andere Symptome als Männer und benötigen spezielle Medikament und Therapien. In: FR 10.8.2004

Metz-Becker, Marita : Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebärdhäusern des frühen 19. Jahrhunderts, Frankfurt 1997

Meyer, Gabriele und Ingrid Mühlhauser: Der Hormon-Trugschluss – Sexualhormone (Östrogene/Gestagene) in der Meno-/Postmenopause zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung. In: Beate Schücking Hrsg. Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe, Uni Press, Göttingen 2003

Miers, Margret: Sexus und Pflege. Geschlechterfragen und Pflegepraxis, Bern/Göttingen, 2001

Mungeßner, Karin: Guter Hoffnung – schlecht betreut? Wie aus der Schwangerenvorsorge ein TÜV wird. In: Information für die Frau, Informationsdienst des Deutschen Frauenrates. Thema: Frauengesundheit. Vernachlässigt und pathologisiert, 3/2002

Northrup, Christiane: Frauen Körper Frauen Weisheit. Wie Frauen ihre ursprüngliche Fähigkeit zur Selbstheilung wieder entdecken können, München 2000

Schiffer, Eckard: Wie Gesundheit entsteht. Schatzsuche statt Fehlerfahndung, Belz Verlag, Weinheim 2001

Olbricht, Ingrid: Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau, Kösel-Verlag, München repr. 2002

Schneider, Ingrid: Gesundheit und Selbstbestimmung aus frauenpolitischer Perspektive. In: Beate Schücking Hrsg. Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe, Uni Press, Göttingen 2003

Schücking, Beate Hrsg.: Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe, Göttingen 2003

Schumann, Claudia: Weiblichkeit ist keine Krankheit – Was ist für Frauen gesund?: Zu finden unter:

www.geburtskanal.de/Wissen/W/WeiblichkeitKeineKrankheit.shtml

Seidel, Hans-Christoph : Eine neue „Kultur des Gebärens. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998

Stiegler, Barbara : Wie Gender in den Mainstream kommt. Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming, In: Silke Bothfeld u.a. Gender-Mainstreaming - eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis, Frankfurt 2002

Siegfried, Ingeborg und Antje Müller- Schubert: Frauenherzen schlagen anders ???

Stahr, Ingeborg, Sabine Jungh, Elke Schulz (Hrsg.): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München 1991

Verdi.de: Interview mit Vera Regitz-Zagrosek, Lehrstuhlinhaberin für geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in Berlin : Herzinfarkt, Bei Frauen oft zu spät erkannt, www.verdi.de, Mai 2003

Vogt, Irmgard und Monika Bohrmann: Frauen-Körper. Lust und Last. Tübingen 1985

Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Praxis. Stuttgart/Berlin 1996

Wegner, Annette: Der kleine Unterschied und seine fatalen Folgen. Geschlechterdiskriminierung in der Arzneimittelforschung. In: Information für die Frau, Informationsdienst des Deutschen Frauenrates. Thema des *Heftes: Frauengesundheit. Vernachlässigt und pathologisiert 3/2002*

WHO: Sichere Mutterschaft. Betreuung der normalen Geburt. Ein praktischer Leitfaden, 1996

www.geburtskanal.de/Wissen/W/WeiblichkeitKeineKrankheit.shtml