

Geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung

Frauen und Männer unterscheiden sich im Gesundheitsverhalten, in der Häufigkeit von Krankheiten, im Umgang mit den Erkrankungen sowie in der Nutzung des Gesundheitssystems. Das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW setzt sich für eine Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in NRW ein. Ziel ist dabei vordergründig, Praxis und Wissenschaft miteinander zu verzahnen und bestehendes Wissen synergetisch zu nutzen. Als Leistungen bietet das Kompetenzzentrum von der Fachberatung über Fachvorträge und Themenhefte die Unterstützung bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen. Die Arbeitsschwerpunkte des Zentrums sind hierbei die Themenfelder Psychische Gesundheit, Geburtshilfliche Versorgung und Intervention bei häuslicher Gewalt (siehe auch Internetseite [Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW](http://www.kompetenzzentrum-frauen-und-gesundheit-nrw.de)).

Zu den Themenschwerpunkten

Die hohe Prävalenz **psychischer Erkrankungen** zeigt beispielsweise die Bedeutung geschlechtssensibler Versorgungsstrukturen und vernetzter Versorgungsangebote. In Deutschland ist etwa ein Zehntel der Bevölkerung von psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen betroffen. Frauen und Männer erkranken dabei an unterschiedlichen Psychischen Störungen. So werden in der Gruppe der Frauen besonders häufig Essstörungen sowie Depressionen oder Angststörungen diagnostiziert (vgl. Abb. 1).

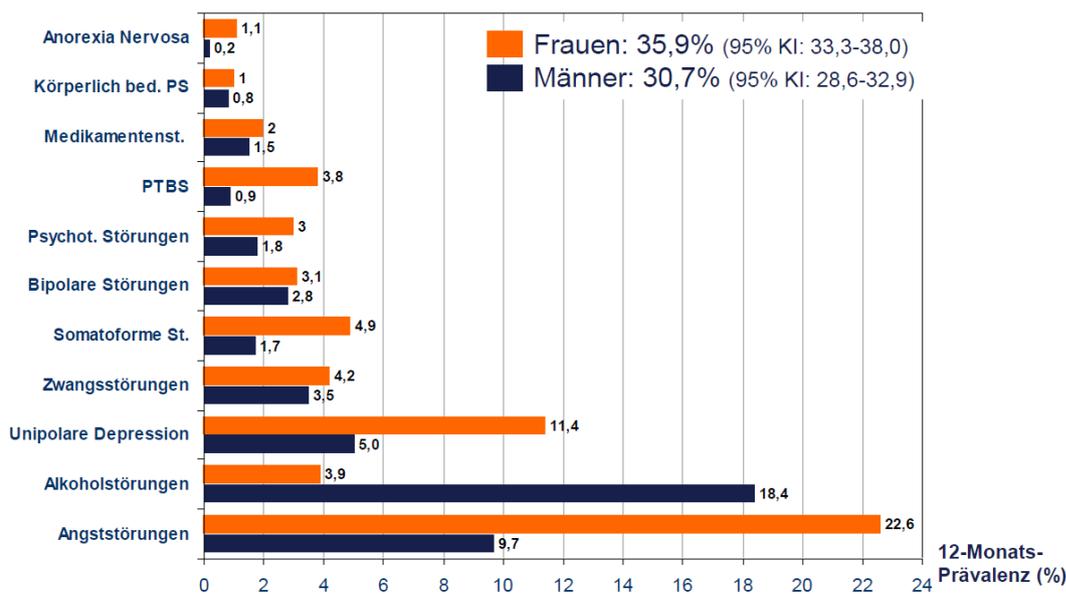


Abbildung 1: Ergebnisse zu den Häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen, RKI Studie DEGS, 2012

Nach einer Erhebung des [Robert Koch-Instituts](#) aus dem Jahr 2010 berichten rund 9% der Frauen aus Nordrhein-Westfalen ärztlich bzw. psychotherapeutisch diagnostizierte Depressionen oder depressive Verstimmungen. Bezogen auf die Bevölkerung in NRW wären das mehr als 750.000 betroffene Frauen. Weiterhin zeigen sich Unterschiede nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch innerhalb der Gruppe der Frauen, z.B. bei Alleinerziehenden, Frauen mit Migrationshintergrund oder Frauen im höheren Lebensalter. So ist die Zahl der psychisch Erkrankten bei Menschen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Migrationshintergrund – und Frauen sind scheinbar häufiger betroffen als Männer.

Die Ursachen für die besondere Vulnerabilität (Verletzlichkeit) von Frauen hinsichtlich bestimmter psychischer Störungsbilder sind vielfältig. Insbesondere Frauen mit Kindern sind oft mit widersprüchlichen und unvereinbaren Rollenanforderungen, wie beispielsweise Haushalt, Erziehung und Berufstätigkeit, befasst. Frauen mit Migrationshintergrund müssen oft sprachliche bzw. kulturelle Hürden im Gesundheitssystem überwinden. Darüber hinaus führt die Vielfalt an Trägern und Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitssystem zu langen Wartezeiten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung.

Ein weiteres Thema ist die **frauzentrierte geburtshilfliche Versorgung**. Zwar sind die Säuglings- und Müttersterblichkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich gesunken, doch ist der Nutzen vieler Untersuchungen („Interventionskaskade“) nicht immer nachgewiesen und die Ausweitung der Kontrollen bringt vielfach keinen weiteren Gewinn für die Gesundheit von Mutter und Kind. Eine frauengerechte geburtshilfliche Versorgung sollte Schwangere und Gebärende als aktive Partnerin im Entscheidungs- und Versorgungsprozess ernst nehmen und sie bei einer informierten Entscheidung (z.B. in Bezug auf einzelne Vorsorgeuntersuchungen, aber auch in Bezug auf die Wahl von Geburtsort und -modus) unterstützen. Besonders deutlich wird diese Notwendigkeit beim Thema Kaiserschnitt. Die Kaiserschnittraten sind in den vergangenen Jahren stark gestiegen und NRW weist im Vergleich der Bundesländer hohe Raten auf wie eine kürzlich veröffentlichte [Studie der Bertelsmann Stiftung](#) belegt. Mehr als jedes dritte Kind kommt per Kaiserschnitt auf die Welt, häufigster Grund ist eine vorherige Schnittentbindung. Bei 90% der Kaiserschnitte gibt es einen Handlungsspielraum, der nicht zuletzt aus haftungsrechtlichen Gründen immer häufiger zugunsten einer Schnittentbindung ausgelegt wird.

Die derzeitige geburtshilfliche Versorgung ist durch gegenläufige Beobachtungen gekennzeichnet: Einerseits ist eine Überversorgung bei risikoarmen Schwangerschaften zu beobachten, andererseits zeigt sich, dass nicht alle Frauen gleichermaßen von den guten Versorgungsangeboten profitieren. Frauen mit erhöhtem Risiko und Betreuungsbedarf werden nur unzureichend erreicht und gelten als unterversorgt. Beispielsweise finden minderjährige Schwangere, Schwangere mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Schwangere, psychisch kranke Schwangere und von Gewalt Betroffene erst spät den Zugang zu Versorgungsangeboten und werden oft aufgrund mangelnder Sensibilität für diese Problemlagen nur unzureichend versorgt.

Nicht zuletzt stellt das **Thema Gewalt und insbesondere Häusliche Gewalt** laut WHO (Weltgesundheitsorganisation) weltweit ein großes Gesundheitsrisiko für Frauen dar. Im Bericht der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheit in NRW“ aus dem Jahr 2003 wird darauf hingewiesen, dass Gewalt als relevante Vorgeschichte für keinen Bereich von Gesundheitsproblemen auszuschließen ist. Doch immer noch wird dem Thema Gewalt in der medizinischen Theorie und Praxis oftmals nur eine geringe Aufmerksamkeit zuteil. Dies führt bei

vielen Frauen zu einer dramatischen Fehl- und Unterversorgung. Die Folgen von Gewalt sind jedoch vielfältig und erschreckend: chronische Schmerzzustände, Herzerkrankungen, Depressionen, ein erhöhtes Risiko für Fehl- und Frühgeburten und unnötige Operationen. Und dies sind nur einige der medizinischen Folgen, die aus fortgesetztem Gewalterleben resultieren können.

Der Weg zu Hilfsangeboten ist für gewaltbelastete Patientinnen oft unnötig lang. Arztpraxen und Krankenhäuser haben selten gewaltbezogene Interventionsprogramme installiert und sind oft unzureichend über regionale Unterstützungsangebote informiert. Dies führt letztendlich dazu, dass von Gewalt betroffene Frauen nur selten effektiv weitervermittelt werden.

Medizinische Intervention gegen Häusliche Gewalt – Umsetzung in Regionen

Zu dieser Thematik wird das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW ganz konkret neue Impulse im Land NRW setzen. Die medizinische Intervention gegen Häusliche Gewalt soll hierzu in bis zu fünf Regionen deutlich verbessert werden. Insbesondere sollen Kooperationsstrukturen aufgebaut werden, die eine verbesserte Weiterverweisungspraxis vom medizinischen in den psychosozialen Bereich (und umgekehrt) gewährleisten. Darüber hinaus sollen „Gelingensindikatoren“ für eine weitere Verbreitung des Implementierungsvorhabens identifiziert werden, um deren Übertragbarkeit auch auf andere Regionen/Orte zu ermöglichen. Das MGEPA hat im Februar 2013 einen Förderaufruf für regionale Projekte zur „Medizinischen Intervention gegen Häusliche Gewalt“ herausgegeben. Für beteiligte Regionen besteht die Möglichkeit für ein Jahr durch das Ministerium eine Förderung zu erhalten. Das Projekt startet im April 2013.

Quellen:

[Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde \(DGPPN\)](#)

[Robert Koch-Institut: Schwerpunktbericht Migration und Gesundheit](#)

[„Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“](#)

Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N. & Pauli, A. (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Themenheft 42 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (60 Seiten). ISBN: 978-3-89606-190-4, ISSN: 1437-5478.