

FRAUENGESUNDHEITSBERICHT BREMEN 2001

Freie Hansestadt Bremen

Der Senator für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und Soziales

Abteilung Gesundheitswesen
Referat Gesundheitsberichterstattung

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bremer Senats herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Impressum

Frauengesundheitsbericht Bremen 2001
Bremen, im August 2001

Herausgeber/Bezug:

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Abteilung Gesundheitswesen
Referat Gesundheitsberichterstattung
Birkenstraße 34
28195 Bremen

Tel.: 0421 / 361 9169

Fax: 0421 / 361 9321

email: ssroth@gesundheit.bremen.de

Der Bericht ist im Internet unter folgender Adresse zu erhalten:
<http://www.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht>

Konzept, Text und Redaktion:

Dr. Ingeborg Jahn
Janine Pfuhl
Antje Post
Silke Stroth
Anne Starker

mit Beiträgen von:

- Birgit Babitsch, Karin Bammann, Dr. Klaus Giersiepen, Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, der Psychologischen Beratungsstelle des "Notrufs für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V." (Kapitel 1)
- der Psychosozialen Beratungsstelle für Pflegende Angehörige und ältere Menschen (Kapitel 2)
- Dr. Ursula Auerswald, Carola Bury, Ute Görzel, Dr. Margrit Gotzmann, Dr. Uta Hermann, Helga Loest, Dr. Malgorzata Lutoslawska, Dr. Christa Meyer, Dr. Hubertus von Schwarzkopf (Kapitel 3)

Satz & Layout der Druck- und Online-Version:

Media Meter GmbH, <http://www.media-meter.de>
Marie-Therese Weser

Druck:

1. Auflage
350



Liebe Leserinnen und Leser,

Frauen haben andere subjektive Vorstellungen und Bewertungen von Gesundheit, ein anderes Gesundheitshandeln als Männer und auch ihre Anforderungen an gesundheitsfördernde Lebensumstände sowie ihre Bedürfnisse an Versorgung bei Krankheit sind unterschiedlich. Männer und Frauen unterscheiden sich in der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen. Die gesundheitsbezogenen Angebote von Krankenkassen, Volkshochschulen und Bildungsträgern sind immens und werden überproportional von Frauen genutzt.

Diese Unterschiede sind nur zum Teil auf die biologische Verschiedenheit von Mann und Frau zurückzuführen. Die unterschiedliche Sozialisation sowie unterschiedliche Erwerbs- und Lebensbedingungen von Männern und Frauen beeinflussen in spezifischer Weise die Entstehung von und den Umgang mit Erkrankungen. Während in den Disziplinen Soziologie oder Psychologie die Auseinandersetzung mit dieser Geschlechterdifferenz ganze Bibliotheken füllt, ist die Medizin in Bezug auf Forschung, Diagnostik und Therapie von dieser Fragestellung bislang weitgehend unberührt.

Die Debatte um Gender Mainstreaming als Politikstrategie stellt einen wichtigen Ansatzpunkt zur systematischen Einbeziehung der Geschlechterperspektive in der Gesundheitspolitik dar. Ziel muss es dabei sein, diese konsequent bei der Konzeption, Durchführung und Umsetzung von Gesundheitsprojekten einzubeziehen. Darüber hinaus - so ist deutlich geworden - muss frauengerechte Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung auch in die Regelversorgung und den gesundheitspolitischen "Mainstream" Eingang finden.

Gesundheitspolitik braucht eine valide Gesundheitsberichterstattung und solide Informationen als Basis für strategische Entscheidungen. Mit dem jetzt vorgelegten Frauengesundheitsbericht wird eine wesentliche Grundlage hierfür geschaffen, mit der Bremen Neuland betritt, denn noch immer ist die Bearbeitung frauenspezifischer Fragestellungen keine Selbstverständlichkeit in Deutschland.

Ich danke allen, die zum Entstehen und Gelingen des Frauengesundheitsberichtes beigetragen haben und hoffe, dass dem Bericht nicht nur angeregte und konstruktive Diskussionen, sondern auch Taten folgen.

Hilke de Boer

Einleitung	10
1 Gesundheit und Krankheit von Frauen	14
1.1 Gesundheit von Frauen im Alltag	14
1.1.1 Einführung	15
1.1.2 Welche Vorstellungen verbinden Frauen mit dem Begriff Gesundheit?	16
1.1.3 Wie gesund fühlen sich Frauen in Bremen?	17
1.1.4 Wie schätzen Bremer Frauen ihre Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit ein?	18
1.1.5 Was tun Frauen zum Erhalt, zur Wiederherstellung und Förderung ihrer eigenen Gesundheit?	19
1.1.6 Gesundheitliche Belastungen im Alltag	22
1.1.7 Wie viele Raucherinnen, Ex-Raucherinnen und Nie-Raucherinnen gibt es in Bremen?	23
1.1.8 Wie zufrieden sind Frauen in Bremen mit ihrem Leben?	25
1.1.9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	26
1.2 Lesben als Patientinnen	27
1.2.1 Lesben - die unsichtbaren Patientinnen	27
1.2.2 Nehmen lesbische Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen weniger an gynäkologischen Früherkennungsuntersuchungen teil?	27
1.2.3 Haben Lesben andere Krankheiten als heterosexuelle Frauen?	28
1.3 Erwerbstätigkeit und die Gesundheit von Frauen	29
1.3.1 Einleitung	29
1.3.2 Erwerbsstatus der Bremerinnen im Alter von 30 bis 59 Jahren	29
1.3.3 Erwerbsstatus und soziale Lage	29
1.3.4 Erwerbsstatus und gesundheitliche Lage	30
1.3.5 Erwerbsstatusgruppen und Aspekte des Gesundheitsverhaltens	31
1.3.6 Zusammenfassung und Ausblick	32
1.4 Gewalt und Gesundheit von Frauen	33
1.4.1 Sexuelle und körperliche Gewalt bei Frauen in Bremen - Ergebnisse der BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit"	33
1.4.2 Auswirkung von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit von Frauen	35
1.4.3 Auswirkungen von sexueller Gewalt - ein Bericht aus dem professionellen Hilfesystem (Psychologische Beratungsstelle des "Notrufs für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.")	36
1.4.4 Die Akutversorgung von Opfern sexueller Gewalt in Bremen (Bremer Modell) als Beispiel für eine gelungene Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen und Institutionen	39
1.4.5 Zusammenfassung und Bewertung	40
1.5 Gynäkologische Unterleibserkrankungen und ihre Behandlung	42
1.5.1 Einführung	42
1.5.2 Häufigkeit von Unterleibserkrankungen und gynäkologischen Behandlungen bei Frauen in Bremen - Ergebnisse einer Befragung des BIPS	44
1.5.3 Die Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie)	57
1.5.4 Häufigkeit und Gründe für eine Hysterektomie bei Frauen in Bremen - Ergebnisse einer BIPS-Befragung aus dem Jahr 2000	60
1.5.5 Zusammenfassung der Problemlagen und gesundheitspolitische Vorstellungen für eine Verbesserung der Versorgungssituation von Frauen in Bremen	64

INHALT

2	Frauen als pflegende Angehörige	66
2.1	Einleitung	66
2.2	Daten, Fakten, Hintergründe	67
2.2.1	Bevölkerungsentwicklung	67
2.2.2	Leistungen der Pflegekassen	68
2.3	Pflege-Infrastruktur im Land Bremen	69
2.3.1	Stationäre Pflegeeinrichtungen	69
2.3.2	Ambulante Pflege	69
2.4	Pflegende Angehörige	70
2.4.1	Verwandtschaftsbezug	70
2.4.2	Alter der Pflegenden	70
2.4.3	Dauer der Angehörigenpflege	70
2.4.4	Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger	70
2.4.5	Einkommenssituation Pflegender	72
2.4.6	Pflegeaufwand	72
2.4.7	Tägliche Dauer der Pflegetätigkeit	73
2.5	Beispiele für Pflegebedürftige mit besonderem Pflegebedarf	73
2.5.1	Demenz-krankte Pflegebedürftige	73
2.5.2	Pflegebedürftige Migrant/innen	74
2.5.3	Pflegebedürftige Kinder	75
2.6	Pflegekosten	75
2.7	Motive zur Pflege eines Angehörigen	78
2.8	Belastungen durch Pflege	78
2.8.1	Körperliche Belastungen pflegender Angehöriger	78
2.8.2	Psychosoziale Belastungsfaktoren	78
2.9	Entlastungswünsche von Pflegenden	82
2.10	Strukturelle Möglichkeiten zur Förderung der Angehörigenpflege	82
2.10.1	Sozialdienst und Überleitstellen der Krankenhäuser	82
2.10.2	Kurzzeitpflege	83
2.10.3	Hausärztinnen und -ärzte	83
2.10.4	Ambulante Pflegedienste	84
2.11	Fazit und Handlungsempfehlungen	85
2.12	Konkrete Projekte	85
2.12.1	Modellprojekt ‚Erweiterte Pflegeberatungsbesuche‘	85
2.12.2	Projekt ‚Angehörigenqualifizierung zur Sicherung des stationären Rehabilitationserfolgs beim Übergang in häusliche Pflege‘	87
2.12.3	Konzeptentwurf für die strukturierte Einbindung von Angehörigen in der Kurzzeitpflege	88
2.12.4	Forschungsprojekt ‚Häusliche Nachtpflege‘	89

3	Frauen in Gesundheitsberufen	90
3.1	Gesundheitsberufe sind weiblich und nichtakademisch	90
3.1.1	Zahlen und Fakten	90
3.1.2	Die Entwicklung der Gesundheitsberufe	98
3.1.3	Frauen in Gesundheitsberufen fördern	100
3.2	Arzthelferin - ein Traumberuf?	102
3.3	Ärztinnen in Bremen	104
3.3.1	Der Arbeitsmarkt für Ärztinnen in Bremen	104
3.3.2	Teilzeit	105
3.3.3	Qualifikationsspektrum - Hürden und Hindernisse	106
3.4	Schwangerschaft und Mutterschutz im Krankenhaus	112
3.5	Gesundheitliche Belastungen in Gesundheitsberufen	114
3.5.1	Arbeitsunfähigkeit	116
3.5.2	Berufskrankheiten	119
3.6	Belastungen in Gesundheitsberufen aus der Sicht von Bremer Expertinnen und Experten	120
3.6.1	Die Rahmenbedingungen in Krankenhäusern verändern sich	120
3.6.2	Ein integrierter Ansatz des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	120
3.6.3	Hilfe und Unterstützung bei psychischen Belastungen im Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Strasse	123
3.6.4	Betriebliche Gesundheitsförderung im Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Strasse	123
3.6.5	Rückenschulprojekt im Zentralkrankenhaus Bremen Ost	124
3.6.6	Gesundheitsförderung im Reinigungsdienst im Zentralkrankenhaus Links der Weser	125
3.6.7	Frauen in den ambulanten Diensten der Haus- und Krankenpflege im Land Bremen	126
3.7	Ansätze für Verbesserungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ambulanten Pflegediensten	130
	Anhang	133
	Literatur	133
	Verzeichnis der Abbildungen	139
	Verzeichnis der Tabellen	140
	Danksagung	143

DER FRAUENGESUNDHEITS- POLITISCHE DISKURS DER VERGANGENEN 30 JAHRE IN KÜRZE

Die Diskussion um eine den frauenspezifischen Belangen gerecht werdende Gesundheitsversorgung und Krankheitsvorbeugung begann in Deutschland mit der Frauengesundheitsbewegung Anfang der siebziger Jahre. Im Zentrum der Diskussion stand die reproduktive Selbstbestimmung von Frauen – ausgelöst durch die Debatte um das strafrechtliche Verbot des Schwangerschaftsabbruchs. Bald erweiterte sich diese Debatte um Fragen der reproduktiven Gesundheit von Frauen, einhergehend mit der Forderung nach selbstverantworteter Lebensplanung in Bezug auf Sexualität, Schwangerschaft und Geburt. Die Kritik wendete sich damals und wendet sich auch heute noch gegen die Definitionsmacht der männlich dominierten Medizin, die bestimmt was „gesund“ und was „krank“ ist. Gleichzeitig rief die Frauengesundheitsbewegung das durch die Medizin im Laufe der zurückliegenden Jahrhunderte enteignete Frauenheilwissen wieder ins Bewusstsein.

Die Wiederentdeckung der Hilfsmöglichkeiten von Frauen für Frauen war deshalb eine Rückeroberung weiblicher Kompetenzen im Gesundheitsbereich – so zum Beispiel durch die Gründung von Frauengesundheitszentren. Die Entwicklung ganzheitlicher Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie das Aufzeigen von Alternativen zur schulmedizinischen Diagnostik und Therapie wurden wesentliche Schwerpunktthemen in der Auseinandersetzung um Frauengesundheit.

Die zeitgleich stärker werdende Selbsthilfebewegung bildete einen guten Boden für neue Konzepte der Gesundheitsförderung und neue Sichtweisen von Krankheitsentstehung und Behandlung, die die unterschiedliche Lebens- und Alltagsrealität von Frauen und Männern berücksichtigten.

Im Vordergrund der frauengesundheitspolitischen Diskussionen der neunziger Jahre stand die Forderung der Entpathologisierung und De-Medikalisierung weiblicher Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahre. Die „Teenie-Sprechstunde“ gynäkologischer Praxen für junge Mädchen, die von medizinischer Kontrolle dominierte Schwangerschaftsbetreuung mit den mittlerweile selbstverständlich gewordenen „Check-ups“ der Föten durch pränatale Diagnostik, die intensiven Bemühungen der Reproduktionsmedizin, ungewollt kinderlosen Paaren doch noch zu einem Kind zu verhelfen,

die medikamentöse Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden einhergehend mit dem Versprechen „länger jung und fit“ zu bleiben, sind nur einige Beispiele dafür, dass auch diese Fragen heute noch brandaktuell sind.

DIE FRAUENGESUNDHEITSPOLITISCHE TRADITION BREMENS

Bremen verfügt seit vielen Jahrzehnten über eine lebendige Frauengesundheitsszene, die sich engagiert zu unterschiedlichen Themen und aktuellen Problemen zu Wort meldet. Seit Anfang der 90er Jahre werden unterschiedliche Frauengesundheitsprojekte in Bremen konsequent gefördert.

Da die Arbeit der Frauengesundheitsprojekte nicht durchgängig Gegenstand des Frauengesundheitsberichtes ist, sie aber einen wesentlichen Anteil an der Versorgung von Frauen außerhalb des Regelversorgungssystems sowie an der öffentlichen Diskussion frauengesundheitspolitischer Themen haben, seien sie in aller Kürze an dieser Stelle erwähnt.

Cara e.V. – Beratungsstelle für vorgeburtliche Diagnostik
Die Gründung des Vereins erfolgte 1990 mit dem Ziel, durch Beratung und Öffentlichkeitsarbeit zu einem reflektierteren und bewussteren Umgang mit vorgeburtlichen Untersuchungen beizutragen. Mittlerweile ist Cara zu einer bundesweit anerkannten Beratungsstelle geworden.

Psychologische Beratungsstelle des Notrufs für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.

Der Verein wurde bereits 1983 gegründet, seit 1980 existierte eine „Notrufgruppe“, die aus der autonomen Frauenbewegung entstanden war. Das Projekt versteht sich als Anlaufstelle für Frauen, aber auch Männer, die durch sexuelle Gewalt Traumatisierungen erfahren haben. Eine enge Zusammenarbeit mit den gynäkologischen Abteilungen der Bremer Krankenhäuser, Polizei und Staatsanwaltschaft, deren Kooperation durch das „Bremer Modell“ gewährleistet wird, sichert die Versorgungsqualität für betroffene Frauen.

Frauengesundheitstreffpunkt in Tenever e.V.

Der im Jahr 1989 gegründete Verein entstand aus dem vom damaligen Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit geförderten Forschungsprojekt „Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen“. Ziel des Vereins ist es, die Kompetenz für eigenverantwortliches Gesundheitshandeln in einem sozial benachteiligten Stadtteil nachhaltig zu fördern.

Frauengesundheitszentrum e.V.

Die Idee für ein Bremer Frauengesundheitszentrum wurde 1979 von einer Initiative der Frauen- und Selbsthilfebewegung von Frauen aus medizinischen und psychosozialen Berufen ins Leben gerufen. Inzwischen ist es zu einem wichtigen frauenspezifischen Beratungs- und Versorgungsort für Bremer Frauen geworden. Der "Verein zur Förderung der Gesundheit von Frauen und Kindern e.V. - Frauengesundheitszentrum" wurde 1983 gegründet. Die dort tätigen Mitarbeiterinnen arbeiten parteilich für Frauen und Mädchen, was eine kritische Betrachtung bestimmter Aspekte der Schulmedizin und der Psychotherapie sowie eine Auseinandersetzung mit alternativen Behandlungsmethoden unter Einbeziehung eines ganzheitlichen Ansatzes beinhaltet.

Neben diesen Frauengesundheitsprojekten besteht eine Vielzahl weiterer frauen- und Mädchenspezifisch arbeitender Einrichtungen, Institutionen und Selbsthilfegruppen, die zwar eher im Bildungs-, Jugend- oder Sozialbereich angesiedelt sind, aber mit ihrer Arbeit auch zum Wohlergehen und zur Gesundheit beitragen.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern bestehen in Bremen enge Kooperationen und Vernetzungen, die ein effektives Handeln ermöglichen. So wurde beispielsweise von der Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau 1994 das Forum Frauengesundheit als eine regionale Handlungsbühne für die Vernetzung von Fachfrauen aus dem Gesundheitswesen in Bremen für eine frauengerechtere Gesundheitspolitik vor Ort gegründet.

Das Forum ist ein Plenum für fachübergreifende Diskussionen zu Frauengesundheitsfragen mit Vertreterinnen aus Frauenprojekten, Beratungsstellen, Bildungseinrichtungen, Hebammenverbänden, Kliniken, Betrieben, Arbeitnehmerkammern und Behörden – alle aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Wissenschaft. Die Interdisziplinarität der Zusammensetzung des Gremiums hat sich als neue Qualität in der Diskussion komplexer Problemzusammenhänge bewährt. Das Forum Frauengesundheit wird vom Deutschen Städtetag als Organisationsmodell Guter Praxis empfohlen.

Der Diskurs über (frauen)gesundheitspolitische Themen wird nicht nur aus den bereits erwähnten Gruppen und Gremien heraus initiiert und gefördert. Viele Bildungsinstitutionen – die Arbeitnehmerkammer, die Volkshochschule, um nur zwei zu nennen – und auch die Universität Bremen – hier insbesondere die Zentren für Sozialpolitik

und Public Health sowie das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin – greifen in ihren Veranstaltungsreihen und Veröffentlichungen immer wieder aktuelle Themen auf.

DER ERSTE BREMER FRAUENGESUNDHEITSBERICHT

Der nunmehr vorliegende erste Frauengesundheitsbericht für das Land Bremen stellt eine Ergänzung des im Jahr 1998 erschienenen Landesgesundheitsberichtes dar. In diesem Bericht waren anhand der Todesursachenstatistik sowie der Krankenhausdiagnosestatistik geschlechts- und schichtspezifische Unterschiede der Sterberisiken sowie der Ursachen für eine Krankenhausbehandlung analysiert und bewertet worden. Zudem wurden Aspekte der reproduktiven Gesundheit von Frauen – Schwangerschaft, Geburt, Schwangerschaftsabbruch und ungewollte Kinderlosigkeit – sowie das Thema Brustkrebs beleuchtet.

Es wurde auch gezeigt, dass weibliche Lebensverläufe deutlich stärker als bei Männern von Phasen bestimmt sind, die gesellschaftlich bedingt oft mit biographischen Brüchen verbunden sind. Frauen richten ihr Leben stärker nach den Bedürfnissen ihrer Partner, Kinder sowie hilfe- bzw. pflegebedürftiger Angehöriger aus. Frauen leisten auch in Partnerschaften, in denen beide erwerbstätig sind, den Hauptteil an sozial wenig anerkannter und unbezahlter Haus- und Familienarbeit.

Die Übernahme der Kindererziehung oder einer Angehörigenpflege ist jedoch nicht nur im Hinblick auf gesundheitliche Belastungen zu sehen. Die mit der Mehrfachbelastung einhergehende Reduzierung, Unterbrechung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit führt dazu, dass Frauen oft niedrigere Erwerbseinkommen und Altersrenten aufweisen und häufiger als Männer Sozialhilfe beziehen müssen.

Einiges Wissen um die unterschiedlichen Wirkungen medizinischer Maßnahmen und Interventionen bei Männern und Frauen wurde durch diverse Studien untermauert, jedoch fehlen nach wie vor geschlechtersensible Daten in Routineerhebungen. In der Konsequenz sind daher Identifizierung und Interpretation geschlechtsspezifischer Risiken, Belastungen und Ressourcen noch immer nur auf der Grundlage einzelner Studien möglich. Auch dem jetzt vorgelegten Frauengesundheitsbericht liegen überwiegend aus Studien, Erhebungen, Befragungen, Literaturrecherchen und aus Expertinneninterviews und

-beitragen gewonnene Erkenntnisse zugrunde. Der Bericht orientiert sich in seiner Struktur an einem auf die Lebens- und Arbeitswelt von Frauen bezogenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

Inhaltlich besteht der Bericht aus folgenden drei Teilen: Im ersten Teil werden unter dem Stichwort „Gesundheit und Krankheit von Frauen“ anhand ausgewählter frauenspezifischer Themen Frauen als Patientinnen im medizinischen Versorgungssystem beschrieben. Welches Verständnis haben Frauen von Gesundheit und Krankheit, was tun sie, um sich gesund zu erhalten, wie gehen Frauen mit den unterschiedlichen Stufen des Kontinuums von Gesundheit bis Krankheit um, dies sind zentrale Fragen der „Gesundheit von Frauen im Alltag“.

Seit einigen Jahren haben sich die Fragestellungen zum Zusammenhang zwischen Erwerbsarbeit und Gesundheit bzw. Krankheit modifiziert: die nach wie vor wichtigen Fragen nach Belastungen durch Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen werden heute vorrangig um Fragen der Auswirkungen von Doppel- und Mehrfachbelastung auf den Erhalt oder die Beeinträchtigung der Gesundheit erweitert. Anhand von Bremer Daten wird die „Erwerbstätigkeit und die Gesundheit von Frauen“ analysiert und bewertet.

Das Thema „Gewalt gegen Frauen“ ist ein weiteres Kernstück des Berichtes. Die epidemiologische Datenlage wird für Bremen ebenso wie die körperlichen, seelischen und sozialen Folgen der Gewalterfahrung dargestellt und aus der Versorgungsperspektive Vorschläge für eine weiter verbesserte Versorgung innerhalb und außerhalb des Regelversorgungssystems diskutiert. Gegenstand des Kapitels „Gynäkologische Unterleibserkrankungen und ihre Behandlung“ ist neben einer Darstellung der Bedeutung von gynäkologischen Erkrankungen und Beschwerden bei Frauen in Bremen insbesondere die Auseinandersetzung mit einem schweren und seit vielen Jahren in der Kritik stehenden Eingriff, der Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie). Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Gesundheitsversorgung erfordert eine engere Verknüpfung von medizinischer Versorgung und psychosozialer Beratung und Betreuung.

Eine höhere Versorgungsqualität muss sich auch mit Fragen der Unter-, Über- und Fehlversorgung auseinandersetzen. Der vorgelegte Bericht hat hierzu Ansätze am Beispiel der Versorgung von Gewaltopfern, aber auch anhand der Hysterektomie deutlich gemacht. Berührt sind hierbei auch Fragen des Patientinnenschutzes und

der Unterstützung bei einer kompetenten Entscheidung für oder gegen eine medizinische Intervention einschließlich ihrer Alternativen.

Eine Gruppe von Frauen, die auch in der frauenorientierten Gesundheitsberichterstattung selten mit ihren spezifischen Belangen berücksichtigt wird, sind lesbische Frauen. Dies war ein Grund, am Beispiel des Kapitels „Lesben als Patientinnen“ exemplarisch zu zeigen, dass für eine möglichst zielgerichtete Prävention und Gesundheitsversorgung neben Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Alter und ethnischer Zugehörigkeit weitere Faktoren zu berücksichtigen sind.

Im zweiten Teil wird ein bislang öffentlich wenig beachtetes Thema aufgegriffen, nämlich die Leistungen, die Frauen als Pflegerinnen älterer Angehöriger im privaten Bereich erbringen. Unbeachtet ist nach wie vor die Tatsache, dass etwa drei Viertel der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im familiären Umfeld durch Frauen betreut und gepflegt werden. Unbeachtet bleibt ebenso oft die Tatsache, dass die Übernahme einer häuslichen Pflege für die pflegenden Frauen mit enormen Einschränkungen der eigenen Lebensführung und -gestaltung einhergeht und sie besonderen physischen, psychischen und sozialen Belastungen ausgesetzt sind. Die aus dieser Leistung resultierende Entlastung des institutionellen Pflegesektors ist gesellschaftlich und wirtschaftlich von erheblicher Bedeutung.

Angesichts des demographischen Wandels verdient dieses Thema zukünftig mehr Beachtung. Im vorliegenden Bericht erfolgt eine Analyse der Belastungen und Ressourcen pflegender Frauen, und es werden Vorschläge zur Entlastung von Frauen und zur strukturellen Stärkung der häuslichen Pflege durch Angehörige entwickelt. Das Sorgesystem für pflegebedürftige Menschen ist vor allem von zwei Faktoren beeinflusst: der demographische Wandel führt zu einer Zunahme des Anteils Versorgungsbedürftiger, während veränderte Familienstrukturen und zunehmende Singularisierung dazu führen, dass Hilfebedürftige nicht mehr selbstverständlich in der Familie versorgt, betreut und gepflegt werden. Gleichzeitig ist die Finanzierung des institutionellen Hilfesystems bei sinkenden Erwerbsquoten und einer wachsenden Zahl Pflegebedürftiger gefährdet. Trotz dieser Trends wird der weit überwiegende Anteil Pflegebedürftiger im familiären Umfeld betreut. Hauptmotive hierfür sind Zuneigung und die Ablehnung der Heimpflege. Frauen, die pflegebedürftige Angehörige versorgen, tun dies unter Inkaufnahme von persönlichen

Einschränkungen. Die Anerkennung und Wertschätzung dieser Leistungen für die Gesellschaft und die notwendige Stärkung häuslicher Pflege durch technische und personelle Hilfen muss verbessert und intensiviert sowie in ein Gesamtkonzept humaner bedürfnis- und bedarfsgerechter Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger integriert werden.

Im dritten Teil wird die Bedeutung von Frauen als Professionelle im Gesundheitswesen Bremens dargestellt. Der Gesundheitssektor hat – auch im Land Bremen – beschäftigungspolitisch und wirtschaftlich große Bedeutung. Ein Grossteil der professionellen Gesundheitsversorgung wird von Frauen übernommen. Dies ist ein Grund, in einem Frauengesundheitsbericht diese Berufsgruppe nicht nur im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu betrachten, sondern auch einmal den Fokus auf die Beschäftigten selbst zu richten. Gesundheitsberufe sind Frauenberufe. Dass die Ungleichheit der Geschlechter nicht ohne Wirkung in der Struktur der Gesundheitsdienste bleibt, zeigt sich auch daran, dass Frauen zwar die größte Gruppe der im Gesundheitswesen Tätigen darstellen, sie im Verhältnis dazu aber einen geringen Einfluss auf die Gestaltung der Gesundheitsdienste haben. Die Mehrheit der Frauen arbeitet in untergeordneten Positionen in Pflege-, Therapie- und Service-diensten, während die Männer den ärztlichen Bereich dominieren und Macht- und Einflusspositionen besetzen. Diese Tatsache hat auch Auswirkungen darauf, ob und wie Frauen mit ihren Versorgungsbedürfnissen im Gesundheitswesen wahrgenommen werden.

Die Qualifikation und Weiterbildung von Frauen ist zu fördern – im akademischen wie im nicht-akademischen Bereich ebenso wie in den Gremien der Selbstverwaltung. Dies ist unmöglich ohne die Berücksichtigung der Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit. Voraussetzung dafür ist jedoch unter anderem ein Umdenken, erwerbstätige Frauen, die infolge von Erziehungszeiten zeitweise aus der Erwerbstätigkeit aussteigen, nicht allein unter der Defizit-Perspektive zu betrachten, sondern ihr neues Erfahrungswissen als Ressource zu begreifen. Gerade in pflegenden und therapeutischen Berufen ist Erfahrung und die Entwicklung persönlicher und sozialer Kompetenzen ebenso wichtig wie Fachwissen. Angesichts der soziodemographischen Entwicklung und begrenzter finanzieller Möglichkeiten steigen die Anforderungen an Qualität, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung. Die daraus für die Beschäftigten entstehenden Erfordernisse bieten einen weiteren Anlass zur Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungskonzepten, aber

auch des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Mit der Auswahl dieser Themenkomplexe liegt dem Bericht eine umfassende Konzeption zugrunde. Zentrale Perspektiven von Frauen im Gesundheitswesen finden Berücksichtigung: der Blick der Frauen auf die eigene Gesundheit wie auch – als sorgende Familienangehörige und als Professionelle – auf die Gesundheit anderer. Damit ist auch verbunden, dass der Frauengesundheitsbericht in Bezug auf Interesse und umsetzungsorientierte Fragestellungen unterschiedliche Zielgruppen anspricht. Während die eher an Gesundheit und Krankheit von Frauen orientierten Kapitel des ersten Teils vorrangig in der Ärzteschaft zu diskutieren sind, ist die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe vorrangig Aufgabe der Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens sowie der beschäftigenden Institutionen. Für diese ist es eine große Herausforderung, den Erwartungen hilfebedürftiger Menschen, den Ansprüchen der Kostenträger und den eigenen berufspolitischen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Die zukünftige Gestaltung eines Sorgesystems für pflegebedürftige Menschen hingegen ist vorrangig eine Aufgabe kommunaler Gesundheitspolitik.

Der Frauengesundheitsbericht kann trotz des umfassenden Blicks nicht alle wichtigen Fragen der Eingebundenheit von Frauen im Themenbereich Gesundheit und Krankheit behandeln. So werden zahlreiche Themen, auch aufgrund der vorliegenden Daten, nur für bestimmte Altersgruppen dargestellt. Die Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen musste zum Beispiel in diesem Bericht unberücksichtigt bleiben, ebenso wie die spezifischen Lebenssituationen, Bedürfnisse und Bedarfe alter Frauen oder von Migrantinnen. Für einzelne Themen liegen bereits Spezialberichte vor (z.B. Ess-Störungen), für andere sollten solche erstellt werden (z.B. Sucht, psychiatrische und psychische Erkrankungen).

Die aufgegriffenen Themen sind jedoch exemplarisch für eine geschlechtersensible Analyse von Prävention und Versorgung bei Krankheit sowie für die Entwicklung von Strategien für eine frauenfreundlichere Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung zu verstehen.

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

1.1. GESUNDHEIT VON FRAUEN IM ALLTAG

Ziel dieses Kapitels ist es, einen Eindruck über die Vorstellungen und den gesundheitsbezogenen Alltag von Bremer Frauen zu vermitteln und damit das Verständnis von gesundheitsrelevanten Einstellungen, Verhalten und Lebensweisen zu verbessern.

Auf Grundlage von Befragungsdaten von Bremer Frauen wird über folgende Themen berichtet:

- Welche Vorstellungen verbinden Bremer Frauen mit dem Begriff Gesundheit?
- Wie gesund fühlen sich Bremer Frauen?
- Wie schätzen Bremer Frauen ihre Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit ein?
- Was tun Frauen zum Erhalt, zur Wiederherstellung und Förderung ihrer eigenen Gesundheit?
- Welche gesundheitlichen Belastungen erleben Bremer Frauen im Alltag?
- Wie viele Raucherinnen, Ex-Raucherinnen und Nie-Raucherinnen gibt es in Bremen?
- Wie zufrieden sind die Frauen in Bremen mit ihrem Leben?

Die wichtigsten Ergebnisse können zusammengefasst werden:

- Frauen haben ein sehr vielfältiges Verständnis von Gesundheit, wobei "Wohlbefinden", "keine Schmerzen und Behinderungen haben" sowie "geistige und körperliche Fitness" einen besonderen Stellenwert einnehmen.
- Die überwiegende Mehrzahl der Frauen beschreibt ihre eigene Gesundheit als sehr gut bis zufriedenstellend. Immerhin jede 10. Frau zwischen 20 und 44 Jahren und jede 5. Frau zwischen 60 und 74 Jahren gibt einen weniger guten bzw. schlechten Gesundheitszustand an.
- Die Überzeugung, persönlich viel bzw. sehr viel für die eigene Gesundheit tun zu können, ist sehr weit verbreitet.
- Das alltägliche Gesundheitshandeln ist gekennzeichnet durch häusliche Entspannung, Ruhe zu finden und von der Alltagshektik wegzukommen. Allerdings berichten viele Frauen davon, zu wenig Zeit für sich selbst zu haben.
- Wenn Frauen krank sind oder sich missbehaglich fühlen, holen sie sich ärztlichen Rat und Hilfe und wenden ebenso selbstverständlich Methoden der Selbstmedikation an. Ein sensibles Verständnis für ihren Körper zeigen Frauen, wenn sie eine Erkältung oder andere alltägliche Erkrankungen auch als Signal zum Innehalten werten.
- Die Mehrzahl der Bremer Frauen zeigt ein positives Gesundheitsverhalten, verschiedene Formen der Vorsorge, Sport, Auf-Ernährung-Achten und Stressvermeidung stehen im Vordergrund, während Kurse und Bücher nur von wenigen genutzt werden.
- Ihr eigenes Wohlbefinden finden Frauen überwiegend durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt, was mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt. An zweiter Stelle stehen Belastungen der Erwerbsarbeit und/oder durch die Vereinbarung von Familie und Beruf.
- Auch in Bremen zeigt sich eine Zunahme des Rauchens bei Frauen: Bei den 60 bis 74 Jährigen hat nur jede Dritte jemals geraucht, bei den 30 bis 44 Jährigen sind es demgegenüber 60%.

Es werden drei Bereiche für gesundheitspolitisches Handeln hervorgehoben:

- Eine konsequente Politik zur besseren Vereinbarung von Familie, Kindern und Beruf vor allem für Frauen mit kleinen Kindern.
- Eine stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer und alter Frauen und eine Entwicklung von Modellen einer frauengerechten Versorgung, die z.B. einbezieht, dass viele Frauen im Alter alleine leben.
- Aktivitäten zur Prävention des Rauchens, die vor allem auch berücksichtigen, dass Mädchen/Frauen unterer Sozialschichten häufiger mit dem Rauchen beginnen.

1.1.1 EINFÜHRUNG

Wie in vielen Gesundheitsberichten wird auch in diesem "Krankheit(en)" eine große Aufmerksamkeit zuteil. Ein Widerspruch? Nur scheinbar, denn es ist eine wichtige Funktion dieses Berichtes, Situationen und Bevölkerungsgruppen zu benennen, für die besondere Unterstützung notwendig ist.

Gesundheitsbezogene Hilfe- und Versorgungssysteme des Sozialstaates werden vor allem von den Frauen und Mädchen, Männern und Jungen benötigt, deren Gesundheit eingeschränkt oder infrage gestellt ist, die z.B. akut oder chronisch krank und auf medizinische und soziale Hilfe angewiesen sind.

Gesundheit (und Krankheit) haben zugleich eine alltägliche Seite: Gesundheit wird im Alltag hergestellt, erhalten, gefördert, ignoriert, aufs Spiel gesetzt etc.; auf gesellschaftlicher Ebene, z.B. durch politische Entscheidungen, wie auch von jedem und jeder Einzelnen persönlich, sei dies bewusst oder unbewusst.

In diesem Kapitel sollen Leben und Handeln von Frauen in gesundheitsbezogener Perspektive betrachtet werden. Es soll darum gehen, wie die Frauen ganz allgemein über Gesundheit denken, wie sie ihre eigene Gesundheit einschätzen, wie sie gesundheitliche Probleme bewältigen, was sie für (oder gegen) ihre Gesundheit tun; kurz: um Gesundheit (und Krankheit)¹ im Alltag.

In der wissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahre werden im wesentlichen zwei Konzepte unterschieden. Mit dem Konzept des Gesundheitsverhaltens wird das individuelle Verhalten bezüglich Gesundheit und Prävention im engeren Sinne angesprochen. Es wird zum Beispiel nach der Inanspruchnahme von Früherkennungs- bzw. Vorsorgeuntersuchungen oder nach der Vermeidung von sogenannten Risikofaktoren (Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel etc.) gefragt. Das neuere Konzept des Gesundheitshandelns erweitert die Perspektive und sieht die gesundheitsbezogene Lebensweise stärker als Teil des alltäglichen Handelns bzw. der alltäglichen Lebensführung. Es wird nicht in erster Linie gefragt, was für die Gesundheit bzw. zur Vermeidung von Krankheit getan wird, sondern danach, was Menschen in ihrem Alltag tun und welche Bezüge sich darin zu Gesundheit herstellen lassen.

Ziel dieses Abschnitts ist es, ein Gefühl über die Vorstellungen und den gesundheitsbezogenen Alltag von Bremer Frauen zu vermitteln und damit das Verständnis von

gesundheitsrelevanten Einstellungen und Lebensbedingungen zu verbessern. Grundlage sind ausgewählte Daten der Befragung "Frauen Leben Gesundheit" des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). Wo dies möglich ist, werden die Ergebnisse mit weiteren Daten verglichen².

Die BIPS-Befragung

Zahlreiche Abschnitte im ersten Teil des Frauengesundheitsberichts beziehen sich auf Daten der Befragung "Frauen Leben Gesundheit", die das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) im Jahr 1996 bei Bremer Frauen im Alter zwischen 30 und 74 Jahren durchgeführt hat. Mit dieser Befragung wurde ein für die Bremer Frauen dieser Altersgruppe repräsentativer Datensatz aufgebaut, der für Gesundheitsberichterstattung sehr gut geeignet ist.



Die Befragung "Frauen Leben Gesundheit" war Teil der Studie "Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland", die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Norddeutschen Forschungsverbundes "Public Health" finanziert wurde. Projektleiterin war Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider. Als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen waren u.a. Ingeborg Jahn, Karin Bammann und Birgit Babitsch beteiligt.

Zentrales Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen sich in Unterschieden bezüglich Gesundheit und Krankheit sowie Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln beschreiben lassen. Einzelfragestellungen, die bisher bearbeitet wurden, waren zum Beispiel:

- Sind Frauen, die Erwerbsarbeit und "Kinderhaben" verbinden oder verbunden haben (z.B. im Rahmen von Phasenmodellen), kränker oder gesünder als Frauen, die mit der Geburt von Kindern aus dem Erwerbsleben ausgestiegen sind (sog. Familien-/Haus-Frauen)? [Stichwort: Doppelbelastung]
- Sind erwerbstätige Frauen gesünder oder kränker als nicht erwerbstätige Frauen?

In dieser Studie wurde davon ausgegangen, dass jede Lebenssituation sowohl positive Potentiale (Ressourcen) wie auch negative Aspekte (Belastungen) hat. Klassische positive Aspekte der Erwerbsarbeit sind z.B. Handlungs-, Entscheidungs- und Interaktionsspielräume, Sicherheit des Arbeitsplatzes, gutes Arbeitsklima, eigenes Geld ver-

¹ Begreift man mit Antonovsky Gesundheit und Krankheit als veränderliche Positionen auf einem Kontinuum mit den Endpunkten "Gesundheit" und "Krankheit", müssen beide Begriffe immer zusammengedacht werden, denn "die Frage ist dann nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. nahe er (bzw. sie) den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist" (Bengel et al. 1999 S. 32).

² Eine kurze Darstellung von Theorien und Konzepten sowie eine Zusammenfassung des Forschungsstandes findet sich im "Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland".

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

dienen etc. Als Belastungen gelten monotone Arbeitsbedingungen, Zeitdruck, einseitige körperliche Belastungen, schlechtes Arbeitsumfeld etc. Zahlreiche Forschungen konnten zeigen, dass in Bezug auf mögliche gesundheitliche Auswirkungen Belastungen und Ressourcen im Zusammenhang gesehen werden müssen, zum Beispiel als Belastungs-Ressourcen-Bilanz. In dieser Problemsicht wird davon ausgegangen, dass Belastungen sich nicht per se negativ auswirken, sondern nur dann, wenn nicht genügend Bewältigungsmöglichkeiten vorhanden sind. Gleichzeitig war ein Ansatzpunkt, dass verschiedene Frauen verschiedene Belastungen ganz unterschiedlich wahrnehmen und bewerten.

Für die Studie wurde ein Fragebogen entwickelt und eingesetzt, der die Vielfältigkeit von Frauenleben abbilden sowie nach Fakten wie auch nach Bewertungen fragen soll.

Die Befragung war im wesentlichen postalisch-schriftlich, da die vorhandenen Projektmittel nicht ausreichten, persönlich-mündliche Interviews durchzuführen. Um eine gute Beteiligung und gute Ausfüllqualität zu erhalten, wurden der Fragebogen und das Erhebungskonzept umfassend erprobt. In der Haupterhebung wurde, soweit möglich, mit den Frauen vor Verschicken des Fragebogens persönlich telefonisch Kontakt aufgenommen. Hierbei war es möglich, auf Besonderheiten einzugehen (einige Frauen wollten lieber ein persönlich-mündliches Interview), Fragen zu beantworten, Rückfragen nach Eingang der Fragebögen zu stellen. Durch diese umfassende Erhebung konnte sowohl eine hohe Beteiligung als auch eine gute Vollständigkeit und Datenqualität erreicht werden.

Es wurden 1.231 Frauen angeschrieben bzw. angesprochen, die im Jahr 1990/91 an der Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie (Befragung "Leben und Gesundheit in Deutschland") teilgenommen und ihr Einverständnis gegeben hatten, für weitere Studien angeschrieben zu werden. Mit insgesamt 1.091 Frauen konnte Kontakt aufgenommen werden. 16 Frauen waren verstorben und 124 unbekannt verzogen oder aus sonstigen Gründen nicht erreichbar. Von diesen 1.091 Frauen haben 769 Frauen (71%) an der Befragung teilgenommen, 322 Frauen (30%) haben sich nicht beteiligt. Da der Fragebogen nach der Testphase noch etwas verändert worden war, wurden die Interviews aus dem Pretest (N=37) nicht in die Analyse einbezogen. Da in den bisher durchgeführten Analysen Erwerbstätigkeit eine große Rolle spielte, wurden zusätzlich 14 Fragebögen ausgeschlossen, in denen die Erwerbsbiographie nicht vollständig war. Alle in diesem Gesund-

heitsbericht vorgestellten Analysen basieren auf der Auswertung von 718 Fragebögen.

1.1.2 WELCHE VORSTELLUNGEN VERBINDEN FRAUEN MIT DEM BEGRIFF GESUNDHEIT?

Mit der Frage "Was bedeutet für Sie persönlich 'Gesundheit'?" wurden die individuellen Vorstellungen der Frauen erhoben. Wissenschaftlich werden diese Vorstellungen häufig "subjektive Gesundheitskonzepte" genannt. Die vorhandenen Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit

- komplex sind und mehrere Dimensionen umfassen,
- auf ein positives Verständnis von Gesundheit hindeuten und
- sich hinsichtlich Alter, Geschlecht, Kultur und sozialer Lage sowie nach aktuell erlebtem Gesundheitszustand unterscheiden.

Das vorliegende Wissen basiert überwiegend auf qualitativen Studien, vergleichbare bevölkerungsbezogene Daten liegen nicht vor.

In der Befragung "Frauen Leben Gesundheit" hat die überwiegende Mehrheit der Frauen (89%) die o.g. Frage beantwortet. Die Frauen waren gebeten worden, drei Faktoren zu nennen, die für sie persönlich zu Gesundheit gehören. Die Antworten wurden im Nachhinein in Kategorien zusammengefasst. Es wurden verschiedene Antwortgruppen, d.h. Gesundheitskonzepte, gefunden, die so oder ähnlich auch in der Literatur beschrieben wurden:

- Wohlbefinden;
- positive Lebenseinstellung (Glück, Zufriedenheit, Ausgeglichenheit, Lebensfreude);
- Energie, Tatendrang, geistige und körperliche Fitness, gutes Körpergefühl, psychische Stabilität;
- Anforderungen erfüllen können; alles machen können, was man möchte;
- keine Schmerzen, keine Krankheit und Behinderungen haben;
- gesunde Lebensweise haben können (genügend Schlaf, gute Ernährung, ausreichend Bewegung, normales Gewicht);
- positives Lebensumfeld haben, soziale Netzwerke, soziale Unterstützung haben;
- für eine bessere Welt beitragen können;
- Gesundheit ist höchstes Gut.

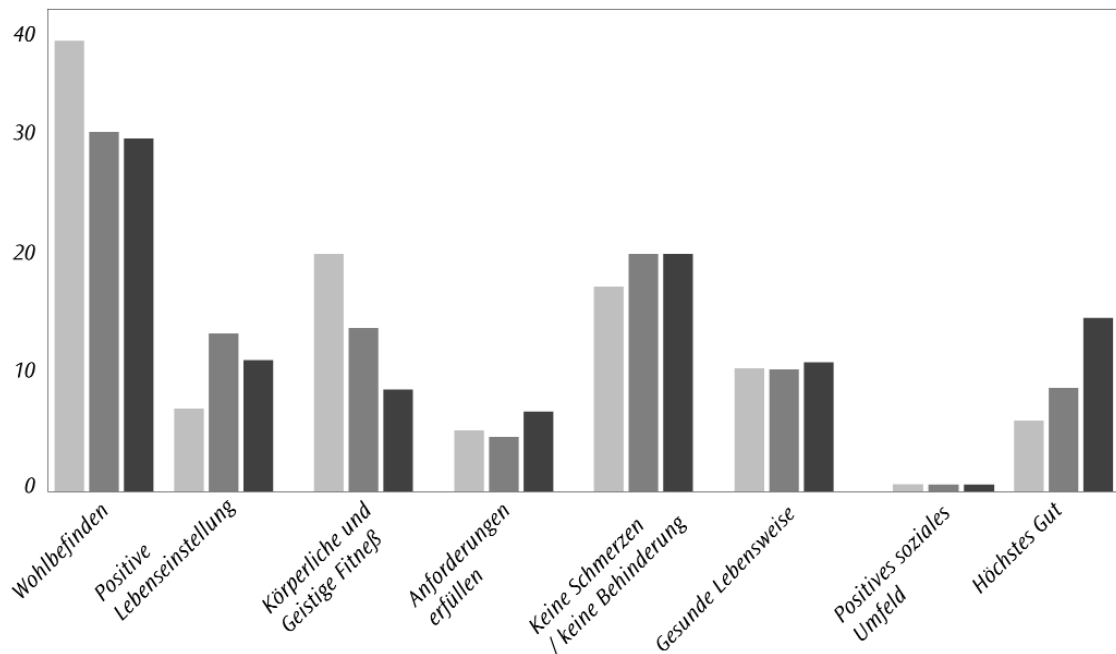
Abbildung 1.1:

Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Frauen in Bremen nach Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996 (Frage: Was bedeutet für Sie persönlich "Gesundheit"?)

Altersgruppen (N) (84 Frauen haben diese Frage nicht beantwortet.)

■ 30 - 44 Jahre (262) ■ 45 - 59 Jahre (272) ■ 60 - 74 Jahre (184)



Das Verständnis von Frauen über Gesundheit ist sehr vielfältig. Mehr als die Hälfte der Frauen gab mehrere Antworten, die mindestens zwei der oben genannten Definitionen von Gesundheit zuzuordnen waren.

Den größten Stellenwert für das eigene Verständnis von Gesundheit hat das Wohlbefinden: insgesamt rund 29% der Frauen nannten dies. Die zweitgrößte Bedeutung hat die Kategorie "keine Schmerzen und Behinderungen zu haben" (16%) und an dritter Stelle steht die "körperliche und geistige Fitness" (13%). Wie die Abbildung 1.1 zeigt, gibt es Unterschiede in den einzelnen Altersgruppen. Bei den Frauen zwischen 30 und 59 Jahren sind die Plätze 1 bis 3 belegt durch "Wohlbefinden", "körperliche und geistige Fitness" sowie "keine Schmerzen/ keine Behinderung". Die Frauen im Alter zwischen 60 und 74 Jahren nennen insbesondere "körperliche und geistige Fitness" deutlich seltener als die jüngeren Frauen. Im Vergleich zu den jüngeren Frauen wird demgegenüber auffällig häufiger die Antwort "Gesundheit ist höchstes Gut" gegeben.

1.1.3 WIE GESUND FÜHLEN SICH FRAUEN IN BREMEN?

Als ein wichtiger Indikator für die Beschreibung von Gesundheit in Bevölkerungsgruppen hat sich in der Forschung die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes herausgestellt. Dieser Indikator ist ein wichtiges Maß für das Wohlbefinden von Individuen. Forschungen haben auch einen Zusammenhang dieses Indikators mit Mortalität und Morbidität gezeigt, weshalb mit diesem globalen subjektiven Maß die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen insgesamt sehr gut beschrieben werden kann.

Die Frage nach der subjektiven Einschätzung der Gesundheit lautete in der Bremer Befragung: "Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?" Die Antworten auf diese Frage sind in Abbildung 1.2 nach Altersgruppen aufgeschlüsselt dargestellt.

Abbildung 1.2:

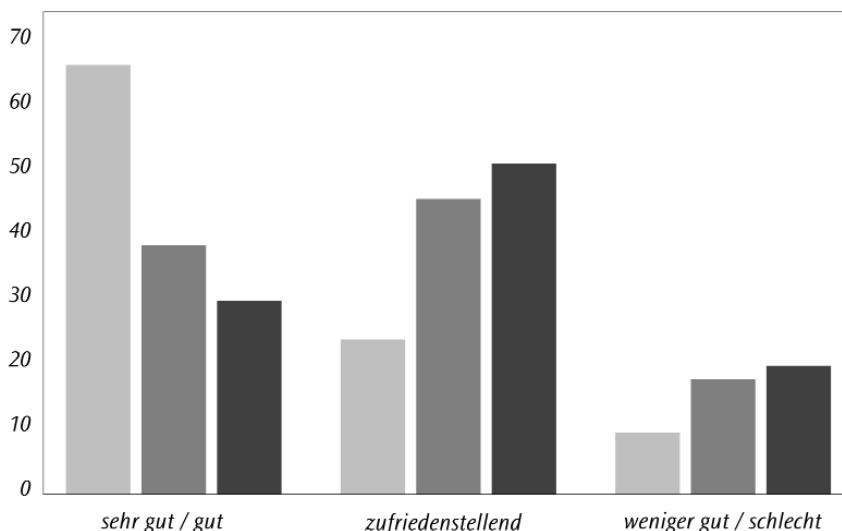
Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes von Frauen in Bremen nach Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

(Frage: "Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?")

Altersgruppen (N) (10 Frauen haben diese Frage nicht beantwortet.)

■ 30 - 44 Jahre (262) ■ 45 - 59 Jahre (272) ■ 60 - 74 Jahre (184)



Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ist in den Altersgruppen unterschiedlich. Während bei den jungen Frauen fast zwei Drittel ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bezeichnen, sind dies bei den älteren Frauen weniger als 30%. Je älter die Frauen sind, desto häufiger beschreiben sie ihren Gesundheitszustand als zufriedenstellend bzw. weniger gut/schlecht.

Diese Ergebnisse für Bremen sind vergleichbar mit vorliegenden Bundesdaten, z.B. aus dem Nationalen Untersuchungssurvey 1990/91 in den sogenannten "alten Bundesländern" und auch mit den Daten aus Berlin-Hohenschönhausen³.

Eine für Gesundheitspolitik interessante und wichtige Gruppe sind vielleicht besonders die jungen Frauen, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen. Was veranlasst diese Frauen zu dieser Einschätzung? Gibt es gesundheitspolitische Ansatzpunkte, mit denen darauf hingewirkt werden kann, dass die Gesundheit und Lebensqualität dieser Frauen sich nicht verschlechtert sondern verbessert? Diese detaillierten Fragen können auf Grundlage der vorhandenen Daten zwar nicht beantwortet

werden, es gibt jedoch Hinweise, dass Frauen mit kleinen Kindern und Frauen, die Beruf, Kinder und Familie gleichzeitig leben, ihren Gesundheitszustand tendenziell schlechter einschätzen als gleichaltrige berufstätige Frauen ohne Kinder. Hier sind entlastende Maßnahmen zur besseren Vereinbarung von Familie, Kindern und Beruf wirkungsvolle Gesundheitspolitik. Eine weitere interessante Gruppe sind die Frauen der älteren Altersgruppe, die ihre Gesundheit als sehr gut bzw. gut einschätzen. Was unterscheidet diese Frauen von den Frauen mit einem eher schlechten Empfinden ihrer eigenen Gesundheit? Kann Gesundheitspolitik von den sich gesund fühlenden älteren Frauen lernen?

1.1.4 WIE SCHÄTZEN BREMER FRAUEN IHRE HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN IN BEZUG AUF GESUNDHEIT EIN?

Eine dritte wichtige Perspektive auf Gesundheit ist die Einschätzung der Frauen über ihre Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit. Es wurde gefragt: "Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich zum Erhalt Ihrer

³ Eine Frage gleichen Wortlauts wurde auch im Bundesgesundheitsurvey 1998 gestellt, allerdings war die Kategorienbezeichnung unterschiedlich (ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht), deshalb weichen die Ergebnisse der Auswertung dieser Frage sehr von den vorhandenen Ergebnissen ab, so dass eine Vergleichbarkeit nicht gegeben ist.

Abbildung 1.3:

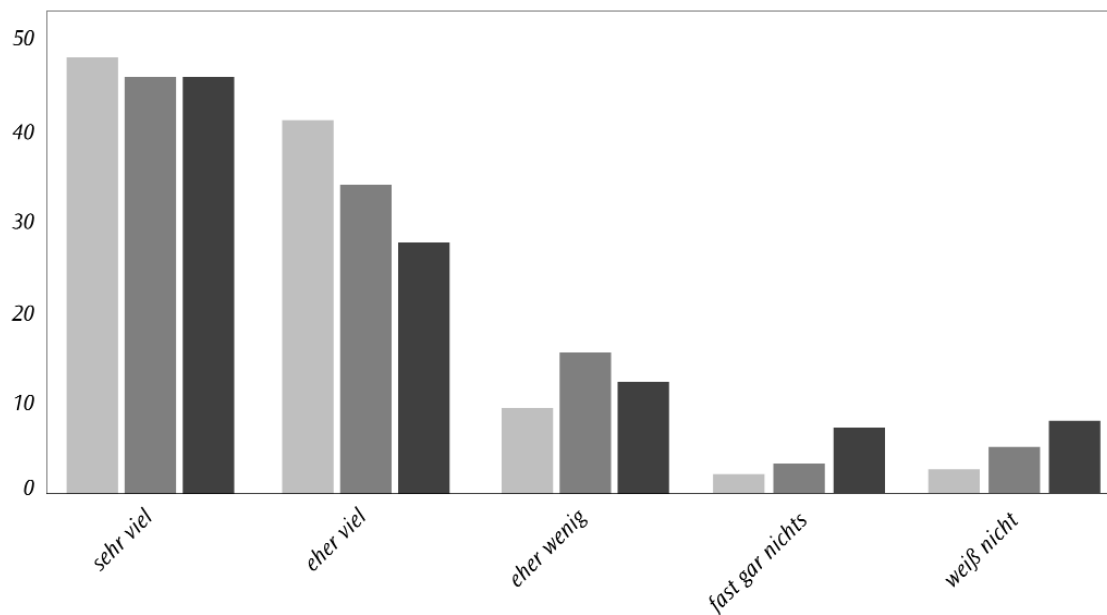
Subjektive Einschätzung der persönlichen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit von Frauen in Bremen nach Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

(Frage: "Was glauben Sie, wieviel Sie persönlich zum Erhalt Ihrer Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes tun könnten?")

Altersgruppen (N) (7 Frauen haben diese Frage nicht beantwortet.)

■ 30 - 44 Jahre (262) ■ 45 - 59 Jahre (272) ■ 60 - 74 Jahre (184)



Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und gegen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes tun können?" (Antwort: sehr viel, eher viel, eher wenig, fast gar nichts, weiß nicht). Mit der Art der Fragestellung sollte gewährleistet werden, dass alle Frauen – gesunde und kranke – sich angesprochen fühlen.

Fast die Hälfte der Frauen in allen Altersgruppen findet, dass sie sehr viel für ihre eigene Gesundheit tun können. Betrachtet man die weiteren Antworten, zeigen sich deutliche Unterschiede in den verschiedenen Altersgruppen. Mit höherem Alter nimmt die positive Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten tendenziell ab und eine eher resignative bzw. realistische (eher wenig, fast gar nichts tun zu können) oder auch unsichere (weiß nicht) Einstellung nimmt zu. Dennoch: in allen Altersgruppen sind resignativ/realistische wie auch unsichere Einschätzungen der eigenen Handlungsmöglichkeiten klar in der Minderheit. Selbst bei den älteren Frauen zwischen 60

und 74 Jahren ist nur jede dritte Frau in dieser Gruppe, während zwei von drei Frauen denken, sehr viel/ eher viel für ihre Gesundheit tun zu können. Die hier dargestellte Überzeugung von der Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit findet sich auch in anderen Studien.

1.1.5 WAS TUN FRAUEN ZUM ERHALT, ZUR WIEDERHERSTELLUNG UND FÖRDERUNG IHRER EIGENEN GESUNDHEIT?

In diesem Abschnitt geht es um Ressourcen und Aktivitäten von Frauen zur Förderung des eigenen Wohlbefindens und der Gesundheit.

- Was tun Frauen, um ihr Wohlbefinden im Alltag zu steigern? (Abschnitt "Ich genieße mich").
- Was tun Frauen, wenn sie sich gesundheitlich einmal

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

- nicht so wohl fühlen? (Krankheitsverhalten im Alltag).
- Was tun Frauen zur Vermeidung von Krankheiten bzw. zur Früherkennung von Krankheitsrisiken ? (Gesundheitsverhalten im Alltag / präventives Verhalten).

“Ich genieße mich” ...

... antwortete eine Frau auf unsere Frage “Was tun Sie, wenn Sie sich etwas Gutes tun” - und dies zu können bzw. zu lernen ist sicherlich der Gesundheit förderlich - und wahrscheinlich hilft ein solch positiver Bezug auf sich selbst auch im Krankheitsfall weiter.

Um die Frage “Was tun Sie, wenn Sie sich was Gutes tun” auswerten zu können, wurden die Antworten in Katego-

rien zusammengefasst und folgende verschiedene Aktivitäten gefunden:

- Ruhige Entspannung (eher zu Hause, lesen, Musik hören, Handarbeiten etc.)
- Sich pflegen (Körperpflege, Sauna, Massage, Friseur, Kosmetik etc.)
- Schlafen
- Körperliche, sportliche Aktivitäten (Spaziergehen, Gartenarbeit, Sport etc.)
- Sich was gönnen (was Schönes kaufen, Stadtbummel etc.)
- Ausgehen (Kino, Theater, Essen gehen, Kaffeesieren, Freunde und Freundinnen besuchen)

Tabelle 1.1: Alltägliches Gesundheitshandeln von Frauen in Bremen nach Altersgruppen in Prozent; Frage: Was tun Sie, wenn Sie sich etwas Gutes tun?

	30-44 Jahre	35-59 Jahre	60-74 Jahre	Alle
Ruhige Entspannung	25 %	22 %	20 %	23 %
Ausgehen	13 %	16 %	11 %	14 %
Körperliche / sportliche Aktivitäten	12 %	12 %	15 %	13 %
Körperpflege	16 %	11 %	6 %	13 %
Sich was gönnen	13 %	13 %	9 %	13 %
Gemeinsame Aktivitäten mit Partner /Familie/ Freunden	9 %	10 %	15 %	11 %
Wegfahren	3 %	5 %	6 %	4 %
Schlafen	5 %	2 %	1 %	3 %
Tue mir nichts Gutes	0,1 %	-	0,3 %	0,1 %
Sonstiges	2 %	2 %	6 %	2 %
Anzahl der Antworten	674 (100%)	596 (100%)	302 (100%)	1572 (100)
Anzahl der befragten Frauen	262	272	184	718*

BIPS-Befragung „Frauen Leben Gesundheit“ (1996)

*83 Frauen machten zu dieser Frage keine Angabe

- Wegfahren (Kurzurlaube etc.)
- Gemeinsame Aktivitäten mit Partner, Freunden und Freundinnen und Familie
- Ich tue mir nichts Gutes, keine Zeit dafür etc.

Die Aktivitäten sind vielfältig, die Antworten der meisten Frauen ließen sich zwei und mehr der o.g. Kategorien zuordnen. Die wichtigste Art, sich etwas Gutes zu tun, ist für Frauen jeden Alters die häusliche Entspannung, Ruhe zu finden, weg von der Alltagshektik zu kommen. Sich pflegen, körperliche und sportliche Aktivitäten, Ausgehen, "sich was gönnen" sowie gemeinsame Aktivitäten sind ebenfalls recht wichtig, wenn Frauen sich etwas Gutes tun, während "Schlafen" und Kurzurlaube eher seltener genannt wurden.

Fast alle Frauen haben somit sehr klare und sozusagen alltägliche Vorstellungen davon, was ihnen im Alltag gut tut und ihr Wohlbefinden steigert. Es stellt sich die Frage, ob die Frauen auch genügend Zeit haben, für sich selbst etwas Gutes zu tun. Mit den Antworten auf die ebenfalls gestellte Frage nach der Eigenzeit (Frage: Haben Sie genügend Zeit, um für sich selbst etwas zu tun?) lässt sich ein differenziertes Bild zeichnen.

Während die 60 bis 74-jährigen Frauen diese Frage überwiegend bejahen, gibt es in den jüngeren Altersgruppen große Anteile der Frauen, die angeben, nur teils-teils oder fast nie genügend Zeit für sich selbst zu haben. Die Einschätzung über die notwendige Eigenzeit ist abhängig insbesondere vom Vorhandensein von Kindern und der Einbindung in Beruf und Familie.

Bei den 30 bis 44-jährigen Frauen berichteten Frauen mit Kindern, die stärker in Familie und Kindererziehung eingebunden sind, bei den 40 bis 59-jährigen Frauen eher die mehr in Berufstätigkeit eingebundenen Frauen von Defiziten an Zeit für sich selbst. Neben der Lebensphasenspezifität von Eigenzeit wird sowohl die bekannte Abgrenzungsproblematik von Familienfrauen deutlich (diese haben subjektiv weniger Möglichkeiten, Zeit für sich selbst zu finden) wie auch Belastungen durch Berufstätigkeit und die in der Regel damit verbundene Doppel- und Mehrfachbelastung.

Krankheitsverhalten im Alltag

Gesundheit und Krankheit müssen im Alltag gleichzeitig gedacht werden. In diesem Verständnis steht auch die Frage nach dem Umgang mit alltäglichen gesundheitlichen Missempfindungen: "Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen dazu, was man tun kann, wenn man

sich gesundheitlich einmal nicht so wohl fühlt. Denken Sie bitte an eine Erkältung bzw. einen grippalen Infekt oder andere kurze Erkrankungen. Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, was auf Sie (eher) zutrifft bzw. (eher) nicht zutrifft."

Es waren folgende Aussagen vorgegeben:

- Ich gehe eigentlich immer gleich zum Arzt/zur Ärztin
- Nur ein Arzt kann mir sagen, was ich wirklich habe
- Ich versuche einen Arztbesuch so lange wie möglich zu vermeiden
- Ich gehe zu einer Heilpraktikerin/zum einem Heilpraktiker
- Wenn man keine Krankschreibung bräuchte, würde ich gar nicht zum Arzt gehen
- Ich gehe in eine Apotheke und kaufe mir ein nicht verschreibungspflichtiges Medikament
- Ich suche mir ein Medikament in der Hausapotheke
- Ich behandle mein Unwohlsein mit traditionellen Hausmitteln
- Ich wende Naturheilmittel wie z.B. Tees, Chinaöl, Kräuterextrakte etc.
- Ich versuche, mich selbst über die Ursachen zu informieren
- Ich ruhe mich aus und verbringe einen Tag im Bett
- Ich tue eigentlich gar nichts und warte, dass die Beschwerden von selbst abklingen

Im Durchschnitt gaben die befragten Frauen 3 bis 4 Antworten als für sie zutreffend an, sie holen sich ärztlichen Rat und ärztliche Hilfe und wenden ebenso selbstverständlich Methoden der Selbstmedikation an. Rund zwei Drittel der Frauen versuchen einen Arztbesuch so lange wie möglich zu vermeiden, während ca. jede 10. Frau angibt, gleich zum Arzt zu gehen. Körperliche Missempfindungen, leichte Erkältungskrankheiten werden von vielen Frauen auch als Signal zum Innehalten verstanden, die man nicht unbedingt mit medizinischer Hilfe und Medikamenten bekämpfen muss: rund 43% verbringen deshalb einen Tag im Bett und rund 28% warten einfach ab.

Gesundheitsverhalten im Alltag

Eine weitere Facette von Gesundheit im Alltag kann als gesundheitsförderndes oder präventives Verhalten beschrieben werden. Dafür sollen hier die Antworten auf die Frage "Was tun Sie heute für den Erhalt Ihrer Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten bzw. gegen die Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes?" berichtet werden. Bei dieser Frage wurden eine Reihe von Tätigkeiten angegeben, und die Befragten sollten die

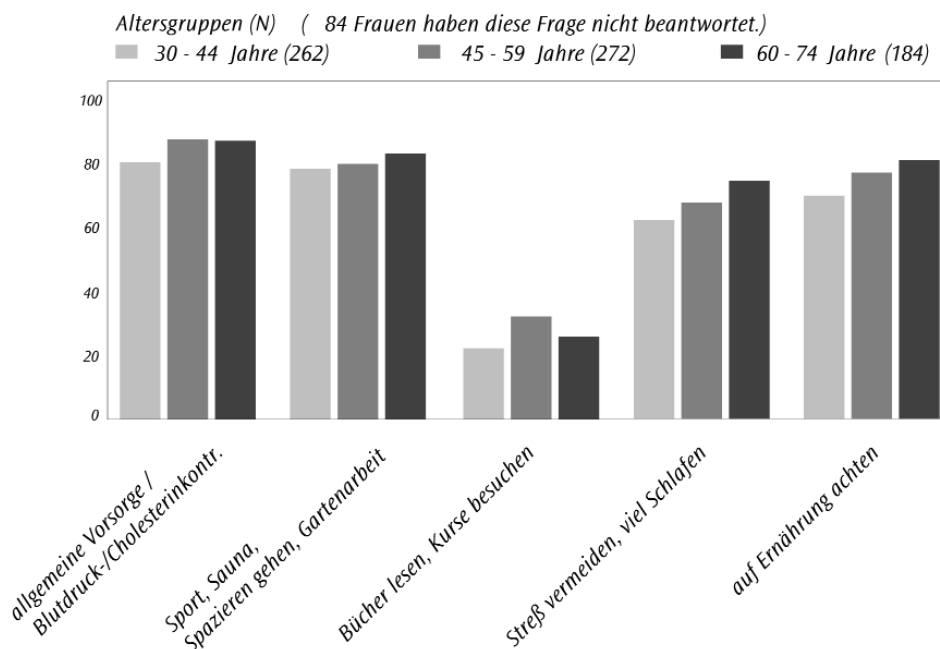
1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Abbildung 1.4:

Gesundheitsverhalten von Frauen in Bremen nach Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

(Frage: "Was tun Sie heute für den Erhalt Ihrer Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten bzw. gegen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes?")



zutreffenden ankreuzen. In Abbildung 1.4 sind die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Frauen berichtet von verschiedenen Tätigkeiten zur Förderung ihrer Gesundheit. Mehr als 80% gaben die Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeleistungen an, d.h. regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen bzw. ihren Blutdruck und Cholesterinspiegel zu kontrollieren (kontrollieren zu lassen)⁴. Ebenfalls rund 80% machen Sport oder Gartenarbeit oder gehen Spazieren, rund drei Viertel versuchen, Stress zu vermeiden und/oder viel zu schlafen, und ein gleich hoher Anteil achtet auf die Ernährung. Gesundheitliches Handeln ist also für die überwiegende Mehrheit der Frauen in den Alltag eingebettet. Kurse und Bücher sind mit rund 20 bis 30% Anteil deutlich seltener als alle anderen berücksichtigten Arten von gesundheitsförderndem Verhalten. Weiterhin fallen die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sehr gering aus, wenngleich sich tendenziell zeigt, dass das insgesamt positive Gesundheitsverhalten mit zunehmendem Alter noch positiver zu

werden scheint. Bremer Frauen zeigen damit ein ähnliches Gesundheitsverhalten wie Frauen in anderen Regionen der Bundesrepublik. In einer Studie der „Identity Foundation“ aus dem Jahr 2000 zeigten sich vergleichbare Alltagstechniken zur Erhaltung der Gesundheit. Bewegung an der frischen Luft, genügend Schlaf und die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen rangierten bei Frauen auf den ersten drei Plätzen.

1.1.6 GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN IM ALLTAG

Unter dem Stichwort "Was bedeutet für Sie Gesundheit" berichteten die Frauen, dass "Wohlbefinden" ein ganz wesentlicher Faktor für die eigenen Vorstellungen von Gesundheit ist. Als ein Indikator für gesundheitliche Einschränkungen des Alltags soll deshalb hier dargestellt werden, wodurch Frauen in den verschiedenen Altersgruppen ihr persönliches Wohlbefinden eingeschränkt sehen. Es wurde gefragt: "Was beeinträchtigt gegenwärtig

⁴ Der Begriff "Vorsorgeuntersuchung" ist also nicht beschränkt auf die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen, z.B. Früherkennungsuntersuchungen oder Check up's etc., sondern bezieht sich auf das, was subjektiv als Vorsorge wahrgenommen wird. Die Inanspruchnahme gesetzlich zustehender Vorsorgeleistungen wurde nicht erfragt. Nach Angaben des Bundesgesundheitsberichtes (Statistisches Bundesamt 1998) beträgt z.B. die Teilnahme an den 1994 in Deutschland eingeführten Gesundheitsuntersuchungen rund 20% und an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen 14% bei den Männern und 48% bei den Frauen.

Abbildung 1.5:

Die häufigsten Gründe für Beeinträchtigungen des Wohlbefindens von Frauen in Bremen nach Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

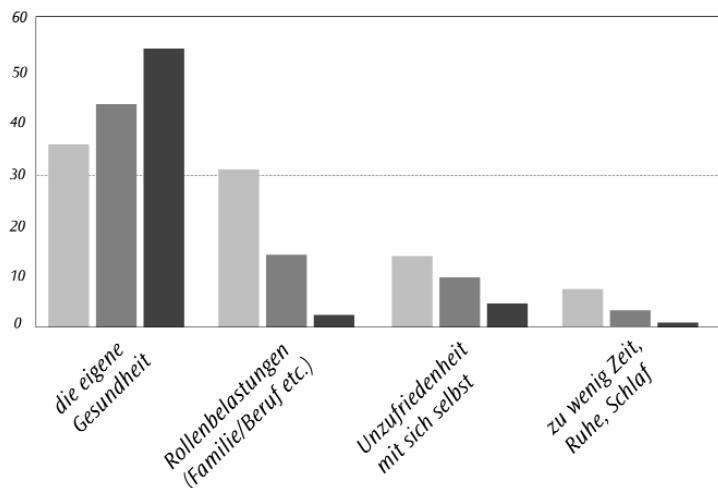
(Frage: "Was beeinträchtigt gegenwärtig Ihr alltägliches Wohlbefinden am meisten?")

Altersgruppen (N) (111 Frauen haben diese Frage nicht beantwortet.)

■ 30 - 44 Jahre (262)

■ 45 - 59 Jahre (272)

■ 60 - 74 Jahre (184)



Ihr alltägliches Wohlbefinden am meisten?" Fünf Prozent der Frauen – in allen Altersgruppen – beantworten die Frage mit "nichts" (beeinträchtigt das gegenwärtige Wohlbefinden). Die meisten Frauen berichteten hingegen einen oder mehrere Gründe, weshalb sie sich in ihrem alltäglichen Wohlbefinden eingeschränkt fühlen.

Am häufigsten wird das Wohlbefinden durch eigene gesundheitliche Probleme eingeschränkt, wobei die gesundheitlichen Probleme mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen: 26% der jungen Frauen (30 bis 44 Jahre), 43% der 45 bis 59 Jahre alten Frauen und 54% der älteren Frauen zwischen 60 und 74 Jahren nennen diesen Grund.

Der zweithäufigste Grund in den beiden jüngeren Altersgruppen sind Beeinträchtigungen durch Rollenbelastungen, sei es durch Arbeitsbelastungen, Belastungen durch die Vereinbarung von Familie und Beruf etc. 31% der Frauen zwischen 30 und 44 Jahren und 14% zwischen 45 und 59 Jahren nennen dies. Dass dieser Grund besonders von den jungen Frauen angegeben wird, hängt mit den in dieser Altersgruppe besonders hohen Belastungen durch (kleine) Kinder und nicht selten gleich-

zeitig ausgeübter Erwerbstätigkeit zusammen. Insbesondere die jungen Frauen klagten gleichzeitig über "zu wenig Zeit für sich selbst" sowie "zu wenig Schlaf", zwei wichtige Hinweise darauf, dass in dieser Altersgruppe die vielfältigen Aufgaben vor allem durch Reduzierung der Schlafzeiten und Verlängerung des Arbeitstages bewältigt werden.

Ein weiterer für alle Altersgruppen recht wichtiger Grund ist Unzufriedenheit mit der eigenen sozialen und emotionalen Situation (z.B. Einsamkeitsgefühle) oder auch mit eigenen Verhaltensweisen: zwischen 5% der älteren und 15% der jüngeren Frauen führen diese Gründe an.

1.1.7 WIE VIELE RAUCHERINNEN, EX-RAUCHERINNEN UND NIE-RAUCHERINNEN GIBT ES IN BREMEN?

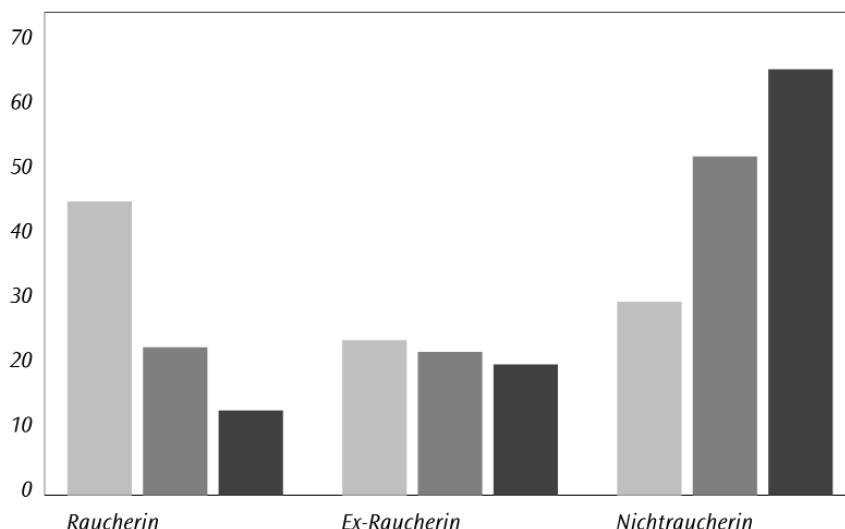
Rauchen steht an allererster Stelle, wenn es um vermeidbare Gesundheitsrisiken geht. Über die gesundheitsschädlichen Folgen des Rauchens besteht kein Zweifel. Rauchen

Abbildung 1.6:

**Raucherinnen, Ex-Raucherinnen und Nichtraucherinnen in Bremen
nach Altersgruppen (Anteile in %)**
BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996
(Frage: "Haben Sie früher Geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?")

Altersgruppen (N) (15 Frauen haben diese Frage nicht beantwortet.)

30 - 44 Jahre (262) 45 - 59 Jahre (272) 60 - 74 Jahre (184)



wird für eine Vielzahl von Krebserkrankungen sowie Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen als ursächlicher Faktor verantwortlich gemacht. Frauenspezifische Gesundheitsrisiken bestehen u.a. im höheren Osteoporoserisiko von Raucherinnen im Vergleich zu Nichtraucherinnen. Rauchen in Kombination mit der Einnahme "der Pille" zur Empfängnisverhütung erhöht zusätzlich das Risiko für Herzinfarkt, Gehirnblutungen und Thrombose. Zudem kommen Frauen, die rauchen, durchschnittlich 2 bis 3 Jahre eher in die Wechseljahre. Die Gefahr steigt mit dem Lebensalter. Rauchen wirkt sich ebenfalls ungünstig auf die Fruchtbarkeit, den Schwangerschaftsverlauf und den Gesundheitszustand von Neugeborenen und Säuglingen aus.

Als Kennzeichen der aktuellen Entwicklung des Rauchverhaltens bei Frauen gilt insbesondere die Zunahme des Rauchens bei den jüngeren Frauen. Dies kommt auch in den Bremer Befragungs-Daten zum Ausdruck: während 66% der 60 bis 74-jährigen und 52% der 45 bis 59-jährigen Frauen noch nie in ihrem Leben geraucht haben, sind dies bei den 30 bis 44-jährigen nur 30%. Bei den 30 bis 44-jährigen Frauen haben 70% jemals geraucht, rund ein Drittel

hatte zum Befragungszeitpunkt das Rauchen aber wieder aufgegeben. Bei den 45 bis 59-jährigen Frauen hat ca. jede zweite Frau irgendwann einmal in ihrem Leben geraucht, die Hälfte dieser Frauen raucht jedoch zum Befragungszeitpunkt nicht mehr.

In der ältesten Gruppe hat die Mehrzahl der Jemals-Raucherinnen im Alter zwischen 60 bis 74 Jahren das Rauchen wieder aufgegeben.

Interessante Unterschiede zeigten sich besonders in der jüngsten Altersgruppe in einer Auswertung nach der Vereinbarung von Familie und Beruf. Frauen zwischen 30 und 44 Jahren, die zum Befragungszeitpunkt keine Kinder hatten und erwerbstätig waren, hatten deutlich häufiger nie mit dem Rauchen angefangen als Frauen, die zum Befragungszeitpunkt Kinder hatten. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass sich dahinter Frauen unterschiedlicher Sozialschichten verbergen: Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen rauchen seltener, bekommen ihre Kinder in späterem Lebensalter und sind zugleich häufiger erwerbstätig als Frauen niedrigerer Bildungsschichten.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind Frauen in Bremen öfter "Jemals-Raucherinnen" und seltener "Niemals-Raucherinnen". Hauptgrund dafür ist vermutlich der bekannte Stadt-Land-Unterschied: Frauen, die in Städten wohnen, rauchen häufiger als Frauen, die auf dem Lande wohnen.

1.1.8 WIE ZUFRIEDEN SIND DIE FRAUEN IN BREMEN MIT IHREM LEBEN?

Die Frage nach der Lebenszufriedenheit bzw. der Bewertung des eigenen Lebens in der Rückschau lautete: "Wenn Sie nun noch einmal auf Ihr bisheriges Leben zurückblicken, wie würden Sie Ihr Leben insgesamt betrachtet, beschreiben?" Folgende Kategorien waren vorgegeben:

- "Ich bin alles in allem zufrieden mit meinem bisherigen Leben und denke, dass ich es wieder so machen würde."
- "Meistens fühle ich mich sehr zufrieden mit meinem Leben, aber manchmal habe ich das Gefühl für mich,

Wichtiges verpasst zu haben."

- "Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich vieles ganz anders machen."
- "Ich bin eher unzufrieden mit meinem Leben und es gibt nur wenige Dinge, auf die ich stolz bin."
- "Ich denke, für mich halten sich Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit meinem Leben die Waage."

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, bilanzieren alle Frauen ihr Leben als mehr oder weniger zufrieden. Mehr als die Hälfte der Frauen in allen Altersgruppen ist entweder "alles in allem" oder "meistens zufrieden". In den jüngeren Altersgruppen würde jede fünfte Frau vieles ganz anders machen, in der Altersgruppe 60 bis 74 sind dies 14%.

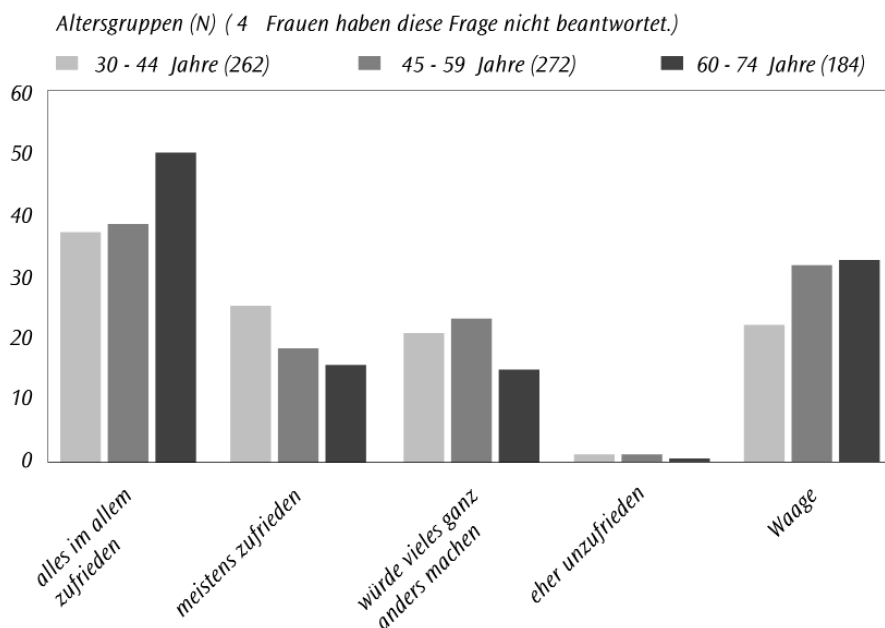
Als Vergleich zu diesen Daten können am ehesten Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit genommen werden, diese liegen für das Bundesgebiet z.B. aus den Daten der Nationalen Untersuchungssurveys 1990/91 (Westdeutschland) und 1991/92 (Ostdeutschland) vor. Demnach verortete sich die überwiegende Mehrheit der Frauen in den oberen

Abbildung 1.7:

Bilanzierung des eigenen Lebens von Frauen in Bremen nach Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

(Frage: "Wenn Sie nun noch einmal auf Ihr bisheriges Leben zurückblicken, wie würden Sie Ihr Leben insgesamt betrachtet beschreiben?")



1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Zufriedenheitskategorien, während weniger als 10% die unteren beiden Kategorien für Unzufriedenheit angaben (auf einer Skala von 7 Kategorien).

1.1.9 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ziel dieses Abschnitts war es, einen Einblick über die Vorstellungen und den gesundheitsbezogenen Alltag von Bremer Frauen zu vermitteln. In diesem Zusammenhang soll auf drei Aspekte aufmerksam gemacht werden, die Ziel und Inhalt kommunaler Gesundheitsförderungs-politik sein sollten:

- Eine konsequente Politik, die zur besseren Vereinbarung von Familie, Kindern und Beruf vor allem bei Frauen mit kleinen Kindern führt, ist in ihrer gesundheitsförderlichen Wirkung nicht zu unterschätzen. Zwar zeigen Studien, dass Doppel- und Mehrfachbelastung durch die gleichzeitige Einbindung von Frauen in Familie und Beruf langfristig nicht unbedingt gesundheitlich negative, unter bestimmten Umständen sogar eher positive gesundheitliche Auswirkungen haben können. Dennoch ist die Vereinbarung beider Bereiche für die Frauen extrem belastend, und sie wird nicht selten durch eine Ausdehnung des Arbeitstages verbunden mit entsprechendem Schlafmangel geleistet. Hier wäre es wichtig, Unterstützung, z.B. durch Zusicherung ausreichender günstig gelegener und familienengerecht organisierter Kinderbetreuungseinrichtungen, zu gewährleisten.
- Eine zweite wichtige Zielgruppe sind die älteren Frauen. Gesundheitspolitik für ältere Menschen ist in erster Linie auch Frauenpolitik. Die Hälfte der befragten Frauen sieht ihr Wohlbefinden durch eigene gesundheitliche Probleme beeinträchtigt. Für diese Frauen kommt es darauf an, eine frauengerechte Versorgung zu gewährleisten. Ein weiterer wichtiger, ältere Frauen betreffender Bereich ist im Abschnitt Angehörigenpflege angesprochen. Eine Problemstellung für ältere Frauen ergibt sich daraus, dass sie häufig alleine leben. In Bremen sind nach den Ergebnissen der Befragung "Frauen Leben Gesundheit" unter den 60 bis 74-jährigen Frauen 38% geschieden oder verwitwet und weitere 8% ledig, knapp ein Drittel ist ohne Partner/Partnerin. Jede dritte Frau dieser Altersgruppe ist alleinlebend – und wahrscheinlich wird sie dies auch bleiben. Allerdings ist das Wissen über ältere – insbesondere alte und sehr alte – Frauen noch sehr gering. Im Land Bremen waren Ende 1999

mehr als 56.000 Frauen 75 Jahre und älter.

- Ein dritter wichtiger Bereich für gesundheitspolitische Aktivitäten ist das Rauchen, das in den jüngeren Altersgruppen nach wie vor sehr stark verbreitet ist. Von den jüngeren Frauen hat nur jede dritte Frau niemals in ihrem Leben geraucht. Allerdings gilt auch, dass viele Frauen sich das Rauchen wieder abgewöhnt haben. Hier sollte insbesondere auf Programme Wert gelegt werden, die angemessen auf Sozialschichtunterschiede Bezug nehmen.

1.2 LESBEN ALS PATIENTINNEN

1.2.1 LESBEN - DIE UNSICHTBAREN PATIENTINNEN

Über die gesundheitliche Versorgung oder über die möglicherweise spezifischen gesundheitlichen Probleme lesbischer Frauen liegen kaum Daten vor. Dies gilt insbesondere für den europäischen Raum. Sofern Studien zu dieser Thematik durchgeführt wurden, stammen diese vorwiegend aus den USA. Inwieweit amerikanische Zahlen auf deutsche Verhältnisse zu übertragen sind, ist jedoch fraglich. Doch nicht nur in Studien sind Lesben unsichtbar – sondern häufig auch in der gesundheitlichen Versorgung. Ärzte und Ärztinnen gehen in der Regel davon aus, dass ihre Patientinnen heterosexuell sind. Ein Beispiel hierfür ist die Standardfrage in der gynäkologischen Praxis nach dem „wie“ und nicht dem „ob“ der Empfängnisverhütung.

Wollen lesbische Frauen in der gesundheitlichen Versorgung als solche wahrgenommen werden, müssen sie ihre sexuelle Orientierung von sich heraus ansprechen. Dies kann insofern eine Hürde darstellen, als die Reaktion schwer abzuschätzen ist. Das Spektrum kann von Unwissenheit über lesbisches Leben bis hin zu Vorurteilen gegenüber Homosexualität reichen. Noch immer gibt es viele Ärztinnen und Ärzte, die nicht wissen, wie sie sich gegenüber lesbischen Patientinnen verhalten sollen.

Im Rahmen des Michigan Lesbian Survey (USA) gaben 61% der Befragten an, daß sie sich nicht in der Lage fühlen, sich gegenüber Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal zu outen, 9% gaben an, dass das Beisein der Partnerin während der Behandlung verwehrt wurde und ebenso viele berichteten, dass die Partnerin nicht in die Diskussion über die weitere Behandlung mit einbezogen wurde. Eine Befragung von 700 Lesben in Deutschland ergab, dass etwa 8% von Ärztinnen und Ärzten negative Reaktionen auf ihr Lesbischsein erhalten haben.

Es wäre wünschenswert, wenn Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal (insbesondere im gynäkologischen Bereich)

- *dahingehend sensibilisiert werden würden, mehrere Möglichkeiten der sexuellen Orientierung ihrer Patientinnen zu berücksichtigen,*
- *informiert wäre über gleichgeschlechtliche Lebensweisen.*

Einen positiven Ansatz verfolgt das Land Hessen im Bereich der Altenpflege. Im Rahmen der Erarbeitung eines Antidiskriminierungsprogramms für Lesben und Schwule wurde deutlich, dass „in der traditionellen professionellen Altenpflege die Situation homosexueller Frauen und Männer bislang nur unzureichende Berücksichtigung [findet]“:

Um hier gegenzusteuern wurde ein Vorschlag entwickelt, in der Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern den Schwerpunkt „Homosexualität“ im Rahmenlehrplan zu verankern. In 3 x 2 Unterrichtseinheiten soll im wesentlichen informiert werden über

- Tabuisierung von Homosexualität und Diskriminierung homosexueller Frauen und Männer
- Identitätsbildung bei homosexuellen Menschen
- Formen von Homosexualität, Liebe und gleichgeschlechtliche Partnerschaften im Alter

(<http://www.sozialnetz-hessen.de/homosexualität/referat.html>).

1.2.2 NEHMEN LESBISCHE FRAUEN IM VERGLEICH ZU HETEROSEXUELLEN FRAUEN WENIGER AN GYNÄKOLOGISCHEN FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN TEIL?

Es ist zu vermuten, dass auch in Deutschland lesbische Frauen weniger häufig und nicht so regelmäßig Gynäkolog/-innen aufsuchen. In den USA wurde dieses Phänomen durch mehrere Studien belegt. So wurde ermittelt, dass 45% der lesbischen Frauen keinen regelmäßigen Kontakt zur gynäkologischen Versorgung haben und weitere 25% lediglich einen sporadischen Kontakt. Eine Ursache liegt darin, dass – anders als bei heterosexuellen Mädchen oder jungen Frauen, die häufig erstmals eine gynäkologische Versorgung im Rahmen von Verhütungsfragen erfahren – diese Fragen für lesbische Frauen in der Regel weniger relevant sind. Auf diese Weise nehmen heterosexuelle Frauen häufig bereits früh Kontakt zur gynäkologischen Versorgung auf – und es wird eine Basis für weitere Kontakte – z.B. für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen geschaffen. In Deutschland nehmen derzeit etwa 30-35% der anspruchsberechtigten gesetzlichen krankenversicherten Frauen das Angebot der Krebsfrüherkennung wahr. Wie hoch der Anteil lesbischer Frauen ist, ist nicht bekannt.

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Spezifische Maßnahmen zur Erhöhung von Teilnehmerinnenraten für Früherkennungsmaßnahmen sollten gezielt auch lesbische Frauen ansprechen.

Ein Beispiel hierfür aus Australien: Nachdem ermittelt wurde, dass sich Lesben signifikant weniger am Screening für Gebärmutterhalskrebs beteiligten, hat das Anti-Cancer-Council in Victoria eine Broschüre speziell für Lesben herausgegeben: Lesbians need Pap tests too!

1.2.3 HABEN LESBEN ANDERE KRANKHEITEN ALS HETEROSEXUELLE FRAUEN?

Inwieweit sich die Prävalenz von Krankheiten sowie das Krankheitsspektrum lesbischer Frauen von heterosexuellen Frauen unterscheidet, ist insbesondere für den europäischen Raum nicht bekannt. Für die USA wurde ermittelt, dass lesbische Frauen weniger häufig an sexuell übertragbaren Krankheiten leiden als heterosexuelle Frauen, dass sie aber höhere Prävalenzen u.a. bei einigen Krebserkrankungen aufweisen. Berechnungen aus den USA auf den europäischen Raum zu übertragen, erscheint zu spekulativ, da anzunehmen ist, daß die Lebensbedingungen für Homosexuelle in den USA andere sind als in Deutschland; z.B. ist Homosexualität in 16 Bundesstaaten der USA noch immer strafbar.

Um die nötigen bevölkerungsbezogenen Informationen zu erhalten wäre es wichtig, auch die sexuelle Orientierung als Differenzierungsmerkmal in das Design gesundheits-/krankheitsbezogener Studien (z.B. von Gesundheitssurveys) einzubeziehen.

Ähnlich wie bei den Ansätzen des Gender Mainstreaming, das die Einbeziehung von Geschlechterverhältnissen bei Entscheidungsprozessen vorsieht, sollte auch geprüft werden, inwieweit sich gesundheitspolitische Maßnahmen oder Regelungen auf Homosexuelle auswirken.

Ein erster Schritt, gleichgeschlechtliche Partnerschaften rechtlich abzusichern, ist das Lebenspartnerschaftsgesetz, das am 1. August 2001 in Kraft getreten ist. Mit der amtlichen Eintragung sind Lebenspartner/innen Familienangehörige. Im Hinblick auf die Kranken- und Pflegeversicherung werden die Lebenspartner/innen in die beitragsfreie Familienversicherung für die Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen.

1.3 ERWERBSTÄTIGKEIT UND DIE GESUNDHEIT VON FRAUEN

Ziel der Bearbeitung des Themas "Erwerbstätigkeit und Gesundheit" ist es, zu untersuchen, ob Frauen mit unterschiedlichem Erwerbsstatus sich in ihrer sozialen und gesundheitlichen Lage unterscheiden. Es werden vollzeit- und teilzeiterwerbstätige Frauen sowie Hausfrauen nach verschiedenen sozialen und gesundheitlichen Indikatoren untersucht.

Im Ergebnis können für die drei unterschiedenen Gruppen von Frauen einzelne Unterschiede in der sozialen Lage und auch - wenngleich weniger ausgeprägt - in der gesundheitlichen Lage aufgezeigt werden. Daraus lässt sich jedoch kein gesundheitlicher Vor- oder Nachteil der einen oder anderen Lebensform ableiten. Dies gilt in gleicher Weise für Formen der Vereinbarung von Familie und Beruf. Jede Lebensform hat ihre eigene Kombination von Ressourcen und Belastungen, von gesundheitsförderlichen und sich gesundheitlich ungünstig auswirkenden Aspekten, die zusammenwirken, sich verstärken oder auch sich gegenseitig aufheben können.

Frauen, die individuell vor der Entscheidung stehen, ob und wie sie Familie und Erwerbstätigkeit vereinbaren wollen, sollen neben den Möglichkeiten, die sich aus der sozialen und materiellen Lage ergeben, vor allem auch ihre individuellen Wünsche und ihre Lebenszufriedenheit in die Waagschale werfen.

Frauengerechtes gesundheitspolitisches Handeln sollte sowohl die spezifischen Belastungen und Ressourcen konkreter Arbeitsplätze bzw. Berufe und die spezifischen Belastungen und Ressourcen der Frauen, die diese Arbeiten verrichten, im Zusammenhang sehen. Eine wichtige Forderung in diesem Zusammenhang ist auch die bereits angesprochene konsequente Politik zur besseren Vereinbarung von Familie, Kindern und Beruf vor allem für Frauen mit kleinen Kindern (siehe "Gesundheit von Frauen im Alltag")

1.3.1 EINLEITUNG

In zahlreichen Untersuchungen wird der Frage nachgegangen, ob ein unterschiedlicher Erwerbsstatus (Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigkeit, Hausfrauentätigkeit) Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen hat. Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der vorliegenden Ergebnisse zeigt sich allerdings ein widersprüchliches Bild.

Die Ergebnisse deuten zum einen auf einen positiven Effekt der Erwerbsarbeit auf die Gesundheit im Vergleich zu nicht-erwerbstätigen Frauen hin. Zum anderen liegen aber auch Studienergebnisse vor, die keinen deutlich besseren Gesundheitszustand von erwerbstätigen gegenüber nicht-erwerbstätigen Frauen feststellen konnten. Bezugnehmend auf vorliegende theoretische Ansätze ist davon auszugehen, dass die Eingebundenheit in verschiedene Rollen mit einer besseren Gesundheit einhergeht, allerdings nur dann, wenn nicht alle Rollen durch Belastungen gekennzeichnet sind.

Auf der Basis der Daten der Bremer Befragung "Frauen Leben Gesundheit"⁵ wird der Erwerbsstatus der befragten Frauen beschrieben und im Hinblick auf Unterschiede sowohl in der sozialen als auch in der gesundheitlichen Lage untersucht. Dargestellt werden die Daten der 30- bis

59-jährigen Frauen. Hierzu wird eine Gruppierung in verschiedene Erwerbssituationen (vollzeit- und teilzeitbeschäftigte Frauen, Hausfrauen) und in zwei Altersgruppen 30 bis 44 Jahre, 45 bis 59 Jahre) vorgenommen.

1.3.2 ERWERBSSTATUS DER BREMERINNEN IM ALTER VON 30 BIS 59 JAHREN

Von den befragten Frauen waren 37% vollzeit- und 46% teilzeiterwerbstätig. Der Anteil der Hausfrauen lag bei 16%. In der Altersgruppe der 30 bis 44-jährigen Frauen war der Anteil der vollzeit- und teilzeiterwerbstätigen Frauen annähernd gleich groß mit einem Anteil von ca. 41%. Bei den 45 bis 59-jährigen Frauen nimmt der Anteil der vollzeiterwerbstätigen Frauen (32%) zugunsten der teilzeiterwerbstätigen Frauen (52%) ab. In beiden Altersgruppen ist der Anteil der Hausfrauen mit ca. 16% gleich (vgl. Abbildung 1.8).

1.3.3 ERWERBSSTATUS UND SOZIALE LAGE

In Hinblick auf die soziale Lage finden sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Erwerbsstatusgruppen, die besonders ausgeprägt zwischen den vollzeiterwerbstätigen Frauen und den Hausfrauen sind.

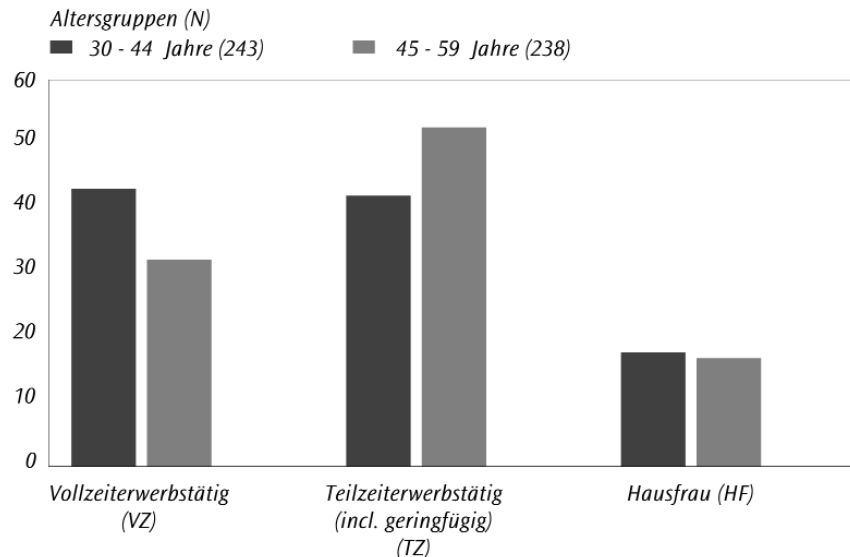
⁵ Diese Befragung ist im Abschnitt "Gesundheit von Frauen im Alltag" beschrieben.

Abbildung 1.8:

Erwerbsstatus der Bremer Frauen nach Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

(Frage: "Welche berufliche Stellung haben Sie zur Zeit? mit Antwortvorgaben: vollzeitbeschäftigt, als ..., teilzeitbeschäftigt, als ..., geringfügig beschäftigt, Hausfrau etc.)



Die vollzeiterwerbstätigen Frauen haben im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen hohe Schul- bzw. Berufsausbildungsabschlüsse. Knapp 40% der Frauen haben die Fachhochschulreife bzw. Abitur und 21% haben die (Fach) Hochschule abgeschlossen. Unter den vollzeiterwerbstätigen Frauen findet sich der höchste Anteil lediger und ohne Partner lebender Frauen (36% bzw. 34%) im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Dies gilt auch für den hohen Anteil kinderloser Frauen: 54% gaben an, keine leiblichen Kinder zu haben.

Deutliche Unterschiede finden sich im Vergleich dazu bei der Gruppe der Hausfrauen, sowohl im Hinblick auf die Schul- und Berufsausbildung als auch bei der familiären Situation. Fast 80% der Hausfrauen hat einen Volks-/Hauptschulabschluss bzw. die Mittlere Reife und über die Hälfte eine Lehre absolviert. Vergleichsweise wenige Frauen haben einen (Fach)Hochschulabschluss (6%). Der überwiegende Anteil der Hausfrauen (92%) ist verheiratet, und 51% leben mit einem bzw. mehreren Kind/ern unter 18 Jahren in einem Haushalt.

Die teilzeiterwerbstätigen Frauen lassen sich zwischen den beiden anderen Gruppen verorten. Bei der Schul- und Berufsausbildung dominieren einfache und mittlere Schulabschlüsse (43% bzw. 27%). Knapp 40% der Frauen haben

eine Lehre und 13% ein Studium absolviert. Der Anteil der verheirateten Frauen ist mit 80% auch bei den teilzeiterwerbstätigen Frauen recht hoch. Im Gegensatz zu den Hausfrauen ist jedoch knapp ein Fünftel der Frauen ledig bzw. geschieden/ verwitwet. 43% der befragten Frauen leben mit einem bzw. mehreren Kind/ern unter 18 Jahren im Haushalt.

Die beschriebenen Unterschiede finden sich in der Tendenz auch bei der Betrachtung der beiden Altersgruppen (30 bis 44 Jahre, 45 bis 59 Jahre) wieder. Grundsätzlich unterscheiden sich die jüngeren von den älteren Frauen durch höhere Bildungsabschlüsse und einen höheren Anteil lediger und kinderloser Frauen.

1.3.4 ERWERBSSTATUS UND GESUNDHEITLICHE LAGE

Unterschiede in der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes lassen sich für die Frauen in den verschiedenen Erwerbsstatusgruppen aufzeigen. 11% der befragten 30 bis 59-jährigen Frauen beurteilten ihren Gesundheitszustand als schlecht. Dies trifft am häufigsten für die

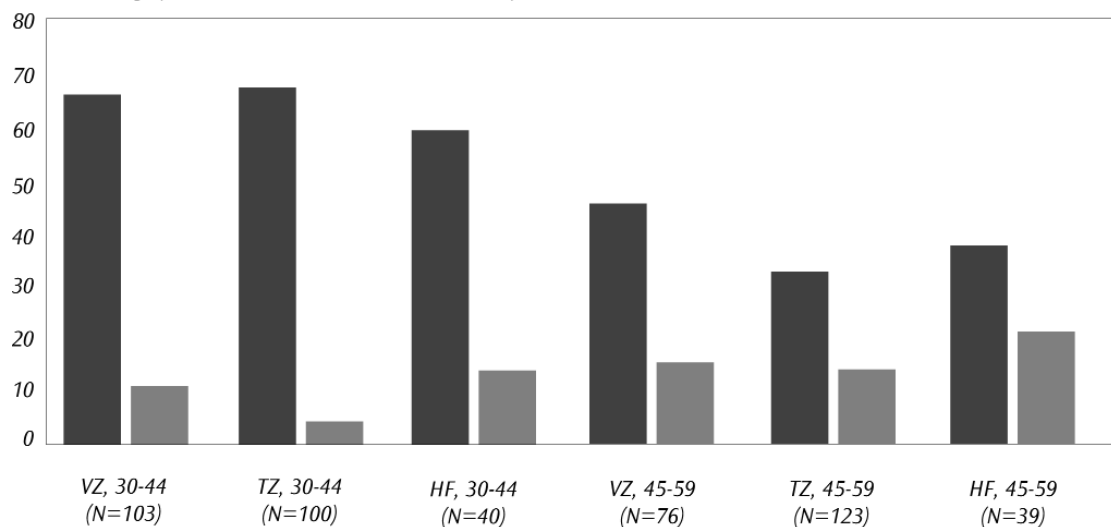
Abbildung 1.9:

Einschätzung des eigenen Gesundheitszustand von Bremer Frauen nach Erwerbsstatus und Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes

■ eher gut (d.h. sehr gut oder gut) ■ eher schlecht (d.h. weniger gut oder schlecht)



Hausfrauen (17%) und am seltensten für die teilzeiterwerbstätigen Frauen (9%) zu. Ähnliche Unterschiede zwischen den Erwerbsstatusgruppen lassen sich auch für die Altersgruppe der 30 bis 44-jährigen und der 45 bis 59-jährigen Frauen finden (siehe Abbildung 1.9). Deutlich wird zudem, dass die jüngeren Frauen ihre Gesundheit insgesamt besser als die älteren Frauen beurteilen.

Auch für andere Indikatoren der gesundheitlichen Lage (z.B. Anzahl der Erkrankungen im Lebenslauf, Beschwerden) können Unterschiede zwischen den Erwerbsstatusgruppen festgestellt werden. Im Mittel hatten die 30- bis 59-jährigen Frauen 4,4 Erkrankungen in ihrem Leben. Die Unterschiede zwischen den Erwerbsstatusgruppen sind bei den angegebenen Erkrankungen allerdings minimal. Die geringste Anzahl wurde von den Teilzeitbeschäftigten (4,1 Erkrankungen) genannt. Die Angaben in den beiden Altersgruppen weisen auf Unterschiede sowohl zwischen den jüngeren und älteren Frauen, aber auch im Hinblick auf die Erwerbsstatusgruppen hin. Bei den 30 bis 44-jährigen Frauen findet sich der niedrigste Mittelwert sowohl für die angegebenen Erkrankungen als auch für die angegebenen Beschwerden

bei den teilzeitbeschäftigten Frauen. Gleich viele Krankheiten und Beschwerden nannten die vollzeiterwerbstätigen Frauen und die Hausfrauen in dieser Altersgruppe. Die Unterschiede in den Erwerbsstatusgruppen sind in der Altersgruppe der 45 bis 59-jährigen nicht so eindeutig: so wurden die meisten Krankheiten von den vollzeiterwerbstätigen Frauen, allerdings die meisten Beschwerden von den Hausfrauen genannt.

1.3.5 ERWERBSSTATUSGRUPPEN UND ASPEKTE DES GESUNDHEITSVERHALTENS

Frauen in den verschiedenen Erwerbsstatusgruppen unterscheiden sich des Weiteren auch in ihrem Gesundheitsverhalten. Die Einschätzung, selbst etwas für die eigene Gesundheit tun zu können, wird mit 86% etwas häufiger von den vollzeiterwerbstätigen Frauen im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen (80%) vertreten. Zugleich findet sich für die vollzeiterwerbstätigen Frauen ein im Vergleich hoher Anteil von Frauen mit häufigem Alkoholkonsum (26% zu ca. 17%) und ein hoher Anteil an

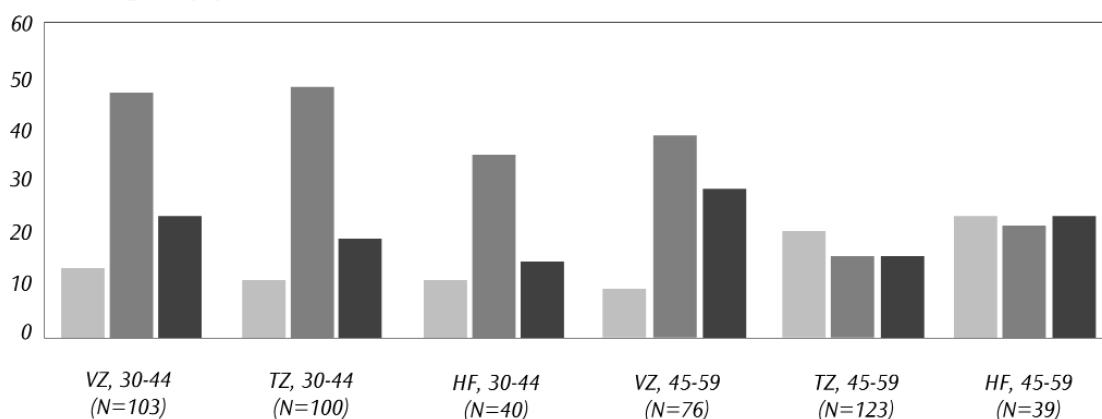
Abbildung 1.10:

Ausgewählte Aspekte des Gesundheitsverhaltens von Bremer Frauen nach Erwerbsstatus und Altersgruppen (Anteile in %)

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

Aspekte des Gesundheitsverhaltens

■ Gesundheit kann eher wenig beeinflusst werden ■ Raucherin ■ Häufiger Alkoholkonsum



Raucherinnen (43% zu ca. 30%). Zwischen den beiden Altersgruppen lassen sich allerdings Unterschiede im Gesundheitsverhalten der Erwerbsstatusgruppen feststellen (siehe Abbildung 1.10). Während sich unter den 30 bis 44-jährigen noch ein annähernd gleich hoher Anteil an Raucherinnen bei den Teilzeit- bzw. Vollzeitbeschäftigten findet, überwiegt bei den 45 bis 59-jährigen Frauen der Anteil der Raucherinnen bei den Vollzeitbeschäftigten. Findet sich bei den Hausfrauen der jüngeren Altersgruppe ein vergleichsweise niedriger Anteil an Frauen mit häufigem Alkoholkonsum (13%), so ist dieser in der älteren Altersgruppe deutlich höher (23%). Die Daten zum Gesundheitsverhalten machen des Weiteren deutlich, dass eine eindeutige Zuordnung im Hinblick auf einen gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsriskanten Lebensstil nicht ohne weiteres möglich ist. Einzig bei den Vollzeitbeschäftigten deutet sich in der Tendenz ein eher gesundheitsriskanter Lebensstil für beide Altersgruppen an.

1.3.6 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Für die drei hier unterschiedenen Gruppen von Frauen – teilzeiterwerbstätige, vollzeiterwerbstätige Frauen und Hausfrauen – konnten Unterschiede in der sozialen Lage und auch – wenngleich weniger ausgeprägt – in der

gesundheitlichen Lage aufgezeigt werden. Die Ergebnisse zeigen unterschiedliche Konstellationen von Ressourcen und Belastungen für die unterschiedlichen Gruppen, z.B. verfügen vollzeiterwerbstätige Frauen über größere Bildungsressourcen, während Hausfrauen stärker in familiäre Netze eingebunden sind. Bezüglich der gesundheitlichen Situation sind die Ergebnisse für unterschiedliche Indikatoren durchaus unterschiedlich. Zu vergleichbaren differenzierten Ergebnissen kam eine Analyse der gleichen Daten, in der gefragt wurde, ob die verschiedenen Formen, Familie und Kinder im Lebensverlauf zu vereinbaren (z.B. Drei- oder Mehrphasenmodell, Hausfrauen-Familie, etc.), mit unterschiedlicher Gesundheit einhergehen. Insgesamt scheinen erwerbstätige Frauen tendenziell eine etwas bessere Gesundheit zu haben als nicht erwerbstätige Frauen, aber eine eindeutige Aussage darüber, dass die eine oder andere der verschiedenen Lebensformen günstig oder ungünstig für die Gesundheit ist, lässt sich nicht ableiten. Vielmehr bietet jede Lebensform ihre eigene Kombination von Ressourcen und Belastungen, von gesundheitsförderlichen und sich gesundheitlich ungünstig auswirkenden Aspekten. In gesundheitlicher Perspektive ist hier vor allem auch die Verbindung zur Lebenszufriedenheit herzustellen. Vieles spricht dafür, dass es einen engen Zusammenhang gibt zwischen Lebenszufriedenheit, Gesundheitshandeln und Gesundheit.

1.4 GEWALT UND GESUNDHEIT VON FRAUEN

Ziel des Beitrags ist es, Daten über das Ausmaß von körperlicher und sexueller Gewalt in Bremen sowie die Strukturierung des und Erfahrungen mit dem professionellen Hilfesystem darzustellen, um daraus Konsequenzen für notwendige gesellschaftliche Unterstützungsleistungen zusammenzufassen und zu bewerten.

Ergebnisse: Über alle Altersgruppen hinweg berichtete in der BIPS-Befragung in Bremen jede sechste Frau von Erfahrungen mit körperlicher Gewalt und jede zehnte von sexueller Gewalt. Jede zwanzigste Frau hat beide Formen der Gewalt erlitten. Am häufigsten geben 30 bis 44 Jährige Gewalterfahrungen an: demnach hatte in dieser Altersgruppe jede vierte Frau körperliche, jede siebte Frau sexuelle und jede zehnte Frau beide Formen von Gewalt erfahren. Die Häufigkeit von Gewalterfahrungen ist in Bremen vergleichbar mit denen in der Bundesrepublik.

Gewalt stellt einen massiven Angriff auf die körperliche, geistige und seelische Integrität von Frauen dar. Sowohl die Ergebnisse der BIPS-Befragung als auch die Auswertungen des Bremer Vereins 'Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.' belegen die Vielzahl und Komplexität von gesundheitlichen Folgen. In der Befragung gaben Frauen mit Gewalterfahrungen mehr als doppelt so häufig wie Frauen ohne Gewalterfahrungen psychische Erkrankungen, Essstörungen und andere Suchterkrankungen an. Ein großes Problem besteht darin, dass die Symptome häufig nicht als Folgen von Gewalt erkannt und somit nicht adäquat behandelt werden.

Gewalt ist eine Erfahrung, die mit Scham und Schuldgefühlen einhergeht. Obgleich viele Frauen Hilfe im privaten Umfeld und im professionellen System suchen und auch finden, ist besorgniserregend, dass insbesondere sexuelle Gewalt von vielen Frauen verschwiegen wird. Die Bereitschaft, Anzeige zu erstatten, ist aus verschiedenen Gründen eher gering einzuschätzen.

Gesundheitspolitische Schwerpunkte:

- Förderung spezifischer Einrichtungen und Hilfesysteme, die sich auf Bereuung von betroffenen Mädchen und Frauen spezialisiert haben (Schattenriß, Notruf etc.)
- Sensibilisierung für die Gewaltproblematik in der medizinischen Versorgung, z.B. durch entsprechende Fortbildungsangebote
- Gesellschaftliche Ächtung von Gewalt, z.B. durch Weiterführung und Ausbau der Bremer Kampagne "Keine Gewalt gegen Frauen"

Erfahrungen mit Gewalt sind im Leben von Frauen häufig, oftmals alltäglich und vielfältig. Dies hat vor allem die Frauenbewegung seit den 70er Jahren als gesellschaftliches Problem öffentlich gemacht. Gewalterfahrungen haben schwerwiegende Auswirkungen auf alle Lebensbereiche von Frauen und stellen eine erhebliche Gesundheitsbelastung dar.

Unterschieden werden insbesondere körperliche und sexuelle Gewalt. Es ist vielfach belegt, dass Gewalt gegen Mädchen und Frauen in allen Lebensbereichen und in allen sozialen Schichten vor allem im sozialen Nahbereich (Familie, Ehe und Partnerschaft) stattfindet. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa zwei Drittel aller Gewalttaten im sozialen Nahbereich stattfinden und jede fünfte Frau in einer intimen Beziehung misshandelt wird.

In diesem Abschnitt werden zunächst Daten über das Ausmaß von körperlicher und sexueller Gewalt in Bremen dargestellt. Im Mittelpunkt des zweiten Teils stehen Erfah-

rungen aus dem professionellen Hilfesystem. Im dritten Teil werden notwendige gesellschaftliche Unterstützungsleistungen zusammengefasst und bewertet.

1.4.1 SEXUELLE UND KÖRPERLICHE GEWALT BEI FRAUEN IN BREMEN – ERGEBNISSE DER BIPS-BEFragung "FRAUEN LEBEN GESUNDHEIT"

Das Ausmaß von Gewalt gegen Mädchen und Frauen zu beschreiben, stößt auf große Schwierigkeiten. In der polizeilichen Kriminalstatistik werden nur die angezeigten Fälle erfasst. Die Ergebnisse von sozialwissenschaftlichen Untersuchungen sind sehr unterschiedlich, je nachdem welche Definition von Gewalt und welche Form der Datenerhebung gewählt wurde.

Für Bremen liegen Daten zum Ausmaß der Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt aus der anonymen

Tabelle 1.2: Erfahrungen von sexueller und körperlicher Gewalt von Bremer Frauen in verschiedenen Altersgruppen, Anteile in %

	30 – 44 Jahre	45 - 59 Jahre	60 - 74 Jahre
Körperliche Gewalt			
Jemals	23 %	15 %	10 %
Nie	77 %	85 %	90 %
Sexuelle Gewalt			
Jemals	15 %	9 %	5 %
Nie	85 %	91 %	95 %
Körperliche und sexuelle Gewalt			
Jemals	10 %	3 %	3 %
Nie	90 %	97 %	97 %

BIPS-Befragung „Frauen Leben Gesundheit“ (1996)

Befragung des BIPS „Frauen Leben Gesundheit“ aus dem Jahr 1996 vor. Die Fragestellungen der Studie waren:

- zu körperlicher Gewalt: „Sind Sie schon einmal absichtlich schwer geschlagen, getreten, verprügelt, gestoßen, gewürgt oder sonstwie mit oder ohne Gegenstände(n) tätlich angegriffen worden?“
- und zu sexueller Gewalt: „Hat Sie schon einmal jemand mit Gewalt oder Androhung von Gewalt gegen Ihren Willen zum Beischlaf oder zu beischlafähnlichen Handlungen gezwungen oder versucht, das zu tun?“

Für beide Bereiche wurden sowohl Häufigkeit, Zeitpunkt und Dauer der Gewaltanwendung erhoben als auch nach dem Täter und nach dem Bewältigungsverhalten der Frau gefragt. Die Angaben zur sexuellen und körperlichen Gewalt beziehen sich auf das ganze Leben der Frauen, d.h. sie sagen etwas darüber aus, ob Frauen jemals in ihrem Leben diesen Formen der Gewalt ausgesetzt waren.

Aussagen über die Schwere der jeweiligen Gewalterfahrungen können auf der Basis dieser Untersuchung nicht getroffen werden.

Über alle Altersgruppen hinweg berichtete jede sechste Frau von Erfahrungen mit körperlicher Gewalt und jede zehnte von sexueller Gewalt. Jede zwanzigste Frau hat

beide Formen der Gewalt erlitten. Diese Ergebnisse bestätigen damit die Befunde einer vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen im Jahr 1992 in der Bundesrepublik durchgeführten repräsentativen Untersuchung auch für Bremen.

Die Anteile der Frauen, die über körperliche und/oder sexuelle Gewalt berichten, unterscheiden sich in den verschiedenen Altersgruppen. Die höchsten Anteile finden sich in den Altersgruppen der 30 bis 50-jährigen Frauen, in denen jede fünfte Frau körperliche Gewalt und etwa jede sechste Frau sexuelle Gewalt angegeben haben. Demgegenüber berichten in den älteren Altersgruppen weniger Frauen von Gewalterfahrungen. Ob diese Altersunterschiede auf Unterschiede im tatsächlichen Ausmaß der Gewalt zurückzuführen sind oder ob es sich dabei um andere Effekte, z.B. bezüglich der Bewertung, Erinnerung, Verdrängung, Tabuisierung, handelt, kann auf Grundlage dieser Daten nicht beurteilt werden.

Die Erfahrung sexueller wie auch körperlicher Gewalt ist kein Einzelerlebnis im Leben der betroffenen Frauen: Die Mehrzahl der Frauen berichteten, über längere Zeit und mehrfach körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Die Angaben zu den Tätern unterscheiden sich deutlich bei körperlicher und sexueller

Gewalt. Mehr als die Hälfte der Frauen wurde durch ihren (Ehe-)Partner körperlich misshandelt. Ein Drittel der Frauen gab an, körperliche Gewalt in ihrem Elternhaus erlebt zu haben. Bei sexueller Gewalt waren die Täter zu 34% Fremde, zu 29% der Ehe-Partner und zu 23% Verwandte oder Freunde. 11% der Frauen erlebten sexuellen Missbrauch in ihrem Elternhaus.

Die beschriebenen Daten zeigen, dass Gewalt für Frauen überwiegend im häuslichen Bereich stattfindet. Mehr als die Hälfte der Frauen erlebt die Misshandlung mehrfach. Dies verdeutlicht, dass sich hinter den Gewalthandlungen weniger eine Einzeltat als vielmehr ein Misshandlungssystem verbirgt, welches den Lebensalltag von Frauen bestimmt.

1.4.2 AUSWIRKUNGEN VON GEWALTERFAHRUNGEN AUF DIE GESUNDHEIT VON FRAUEN

Gewalterfahrungen wirken auf die Gesundheit von Frauen vielfältig, es können unmittelbare körperliche Schäden sowie körperliche Spätfolgen, z.B. psychosomatische

Störungen, entstehen. Kopfschmerzen, Schmerzen im Bewegungsapparat, chronische Schmerzen im Unterleib und das Reizdarmsyndrom werden im Zusammenhang mit Misshandlungen gesehen. Folgen können weiterhin Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Essstörungen sowie Suchterkrankungen sein.

Mit den Daten der Studie "Frauen Leben Gesundheit" lässt sich die Frage der direkten gesundheitlichen Auswirkungen von sexueller und körperlicher Gewalt nicht untersuchen, es können jedoch Hinweise auf mögliche Langzeitfolgen entnommen werden.

Frauen mit Gewalterlebnissen gaben drei mal so häufig wie Frauen ohne Gewalterlebnisse psychische Erkrankungen, Essstörungen und andere Suchterkrankungen an. 21% der Frauen, die in ihrem Leben Gewalt erlebt haben, berichten eine schlechte psychische Gesundheit im Vergleich zu 8% der Frauen ohne Gewalterfahrungen. Diese Unterschiede finden sich in allen Altersgruppen in ähnlicher Weise. Diese Ergebnisse im Einzelnen zeigt Tabelle 1.3.

Die Betrachtung des Indikators subjektive Gesundheit zeigt, dass Frauen mit Gewalterlebnissen in der Biographie ihren Gesundheitszustand eher als schlecht

Tabelle 1.3: Psychische Erkrankungen und Gewalt, Anteile in %

	N	Psychische Erkrankungen angegeben	Essstörungen angegeben	andere Suchterkrankungen angegeben
Körperliche Gewalt				
Jemals	117	15 %	4 %	5 %
Niemals	579	6 %	1 %	1 %
Sexuelle Gewalt				
Jemals	70	16 %	4 %	2 %
Niemals	604	7 %	1 %	4 %
Körperliche und/ oder sexuelle Gewalt				
Jemals	149	14 %	4 %	5 %
Niemals	523	6 %	1 %	1 %
BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" (1996)				

Tabelle 1.4: Inanspruchnahme von Unterstützung bei körperlicher Gewalt*; Frage: Haben Sie mit jemandem über diese Erfahrungen gesprochen? Mit wem haben Sie ... gesprochen? Geben Sie bitte jeweils an, wie Sie die Gespräche empfunden haben; Anteile in Prozent

	N	%**	Verstanden und praktisch geholten	Verstanden	Nicht verstanden
Familienangehörige	61	52	15%	53%	32%
Freunde, Bekannte, Kollegen	46	39	28%	63%	9%
Täter	38	33	6%	39%	56%
Arzt/Ärztin, Polizei, Anwalt/Anwältin	25	21	50%	46%	4%
Jemand anders	10	9	33%	56%	11%
Frauenhaus, Frauennotruf etc.	6	5	20%	60%	20%
Gesamt (Fälle)	117	100	22%	52%	26%

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

* Mehrfachnennungen, ** Prozentuiert auf die Stichprobengröße (N=117)

beschreiben als Frauen ohne Gewalterlebnisse. Diese Unterschiede sind jedoch nicht so groß wie bei den psychischen Erkrankungen.

Inanspruchnahme von Unterstützung

Scham, Schuldgefühle, Angst vor dem Täter oder auch die Angst davor, auf Unglauben, Schuldzuweisungen und Abwertung zu stoßen, führen häufig dazu, dass Frauen die Gewalttat verheimlichen. Dies gilt um so mehr, wenn Täter und Opfer in einer nahen Beziehung zueinander stehen und die Gewaltanwendung über einen längeren Zeitraum hinweg stattfindet.

Einerseits hat sich der überwiegende Anteil der befragten Bremer Frauen, die körperliche Gewalt erfahren haben, nämlich 84%, jemandem anvertraut; bei den Frauen mit sexueller Gewalterfahrung waren dies etwa zwei Drittel. Andererseits verzichtete die überwiegende Mehrheit der Frauen (rund 90%), die körperlicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren, auf eine Anzeige (vgl. Tabellen 1.4 und 1.5). Die wichtigsten Ansprechpartner/innen für betroffene Frauen sind Familienangehörige, Freundinnen oder Bekannte. Insbesondere wenn körperliche Gewalt vorliegt, versuchen die Frauen mit dem Täter zu sprechen.

Im professionellen Hilfesystem werden Ärzteschaft bzw. Polizei in Anspruch genommen, weniger als jede zehnte Frau hat sich an ein Frauenhaus oder an den Frauennotruf gewandt.

Drei Viertel der Frauen bewerten die von ihnen in Anspruch genommenen Hilfe positiv, sie haben sich verstanden gefühlt und Unterstützung erfahren, wobei die Bewertung des professionellen Systems eher günstig ausfällt. In den nachfolgenden Tabellen ist die Inanspruchnahme von Unterstützung und ihre Bewertung getrennt nach körperlicher und sexueller Gewalt dargestellt.

1.4.3 AUSWIRKUNGEN VON SEXUELLER GEWALT - EIN BERICHT AUS DEM PROFESSIONELLEN HILFESYSTEM (PSYCHOLOGISCHE BERATUNGSSTELLE DES "NOTRUF FÜR VERGEWALTIGTE FRAUEN UND MÄDCHEN E.V.")

Wie gehen Frauen, die von sexueller Gewalt betroffen sind, mit dieser schwerwiegenden Lebenserfahrung um? Unter welchen Beeinträchtigungen gesundheitlicher und

Tabelle 1.5: Inanspruchnahme von Unterstützung bei sexueller Gewalt*; Frage: Haben Sie mit jemandem über diese Erfahrungen gesprochen? Mit wem haben Sie ... gesprochen? Geben Sie bitte jeweils an, wie Sie die Gespräche empfunden haben; Anteile in Prozent

	N	%	Verstanden und praktisch geholfen	Verstanden	Nicht verstanden
Familienangehörige	25	36	40%	25%	35%
Freund/-innen, Bekannte, Kolleg/-innen	20	29	6%	82%	12%
Arzt/Ärztin, Polizei, Anwalt/Anwältin	11	16	36%	36%	27%
Jemand anderes	8	11	57%	43%	-
Täter	6	9	-	-	100%
Frauenhaus, Frauennotruf etc.	5	7	40%	60%	-
Gesamt (Fälle)	70	100	30%	45%	25%

BIPS-Befragung "Frauen Leben Gesundheit" 1996

* Mehrfachnennungen, ** Prozentuiert auf die Stichprobengröße (N=117)

psychosozialer Art leiden sie? Diese Fragen sollen anhand der Erfahrungen der Psychologischen Beratungsstelle des „Notrufs für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.“ untersucht werden. Grundlage dafür ist das in über 10 Jahren gesammelte Material in Form von Gesprächsprotokollen und statistischen Erhebungen. Der Notruf hat dabei bewusst auf statistisches Zahlenmaterial verzichtet und den Schwerpunkt auf eine qualitative Auswertung gelegt. Quantitatives Material ist in den Jahresberichten zu finden.

Anzeigeverhalten

Über die Jahre beobachtet bestätigte sich die Annahme, dass die Anzeigebereitschaft bei sogenannten Fremdtätern größer ist als bei Delikten von Personen, zu denen eine Beziehung besteht. Diese Tätergruppe macht jedoch lediglich ein Fünftel aus, vier Fünftel der Täter sind mit den Opfern flüchtig bekannt oder kommen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld einschließlich der Familie. Die meisten Gewaltdelikte sind demnach aufgrund des von uns erhobenen Materials im sozialen Nahbereich

anzusiedeln. Besonderes Augenmerk verdient die Tatsache, dass über die Jahre im Durchschnitt deutlich mehr als die Hälfte aller Betroffenen, die Hilfe in der Beratungsstelle suchen, keine Anzeige des Gewaltverbrechens erstattet haben und dies auch nicht wollen. Das Angebot der Beratungsstelle erreicht also vor allem auch Betroffene, die dem sogenannten Dunkelfeld zuzurechnen sind, die also nicht über eine Kriminalstatistik erfasst werden.

Damit bestätigt sich die Vermutung, dass maximal nur ca. 40% aller Sexualdelikte zur Anzeige gebracht und somit einer Strafverfolgung zugänglich gemacht werden. Trotz (oder vielleicht auch gerade wegen einer bestimmten Qualität) der gesellschaftspolitischen Bemühungen um Aufklärung und Aufdeckung, Reformen der Gesetzgebung im Kontext mit Verbesserungen der Strafverfolgung, erweist sich dieses Phänomen nach unseren Erfahrungen als ziemlich resistent. Gesellschaftspolitischer Anspruch und psychische Realität der Betroffenen weichen hier diametral voneinander ab.

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Aus der Einzelfallarbeit in der Beratungsstelle ist bekannt, dass es bei Sexualdelikten nach wie vor eine große Hemmschwelle gibt, das Vorgefallene öffentlich zu machen. Scham- und Schuldgefühle spielen hier eine große Rolle, aber auch die Angst vor weiteren Übergriffen durch den Täter. Oft äußern Betroffene Angst vor einer Schuldumkehr, d.h. dem Vorwurf, den Übergriff selbst verursacht oder provoziert zu haben; dieses Phänomen steht häufig im Vordergrund und ist einer rationalen Sichtweise nicht zugänglich.

Anlass für das Aufsuchen der Beratungsstelle und vermittelnde Einrichtungen

Hintergrund für die erste Kontaktaufnahme ist in nahezu allen Fällen eine akute Krise oder eine krisenhafte Zuspitzung psychischer Konflikte, verbunden mit einem aktuellen oder aktualisierten Gewalterlebnis. So lässt sich in ca. 45% aller Fälle von Akut-Fällen sprechen, d.h. das Gewalterlebnis lag 6 Monate oder weniger zurück. Bei 55% der Ratsuchenden lag das Ereignis ein halbes Jahr bis zu 20 Jahren oder mehr zurück.

In der Aufschlüsselung derjenigen traumatischen Ereignisse und Erfahrungen, die den Hintergrund der aktuellen Krise bilden, lassen sich folgende Gruppen unterscheiden: Vergewaltigungen in ca. 45% aller Fälle, sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend ca. 30%, des Weiteren körperliche Misshandlungen und Gewaltanwendung, Gewalt in Beziehungen und sexuelle Übergriffe/Belästigungen am Arbeitsplatz und/oder im öffentlichen Raum.

Die aktuelle Problematik, mit der sich die Betroffenen an uns wenden, kann im Zusammenhang stehen mit der Gewalterfahrung, muss es aber nicht notwendigerweise. Wichtig ist hier die bewusste und unbewusste Bedeutung der Erlebnisse, ihre nachträgliche Integration oder Desintegration. Betroffene, die versuchten, allein mit den Erfahrungen zurecht zu kommen, wenden sich nicht selten wegen einer umschriebenen Problematik zu einem späteren Zeitpunkt an die Beratungsstelle.

80% aller Frauen, die unter den Folgen sexueller Gewalt leiden und in die Beratungsstelle kommen, finden diesen Weg über die Vermittlung von Dritten. Am häufigsten kommt es vor, dass den Frauen durch einen Arzt/eine Ärztin, eine Klinik, eine Beratungsstelle oder eine(n) niedergelassene(n) TherapeutIn angeraten wird, Kontakt zu uns aufzunehmen. Medizinische Behandlungen haben sich dann meist als allenfalls kurzfristig erfolgreich erwiesen. Es kommt auch vor, dass die Frauen den Erstkontakt nicht selbst aufnehmen, sondern ein erstes Gespräch in der

Beratungsstelle zusammen mit der vermittelnden Person stattfindet, weil die Schwellenangst zu groß ist.

Wenn Dritte aus den Bereichen Polizei und Justiz an uns verweisen, handelt es sich in der Regel um Akutfälle, d.h., das sexuelle Gewalterlebnis ist gerade erst passiert oder liegt Wochen bis Monate zurück, und die Betroffene hat im Ermittlungs- oder Gerichtsverfahren Kontakt zur Polizei, zur Staatsanwaltschaft, zum Gericht und zu einer Rechtsanwältin/einem Rechtsanwalt gehabt.

Nur in ca. 20% aller Fälle kommen Betroffene aus eigener Initiative zu uns. In der Regel liegt dann die sexuelle Gewalterfahrung schon länger zurück, meist Jahre. Die Frauen geben an, einen Zusammenhang zwischen dem sexuellen Gewalterlebnis und den akuten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu vermuten. In dieser vorsichtigen Formulierung seitens der Betroffenen findet sich die Ambivalenz, dem Vorgefallenen das Ausmaß an Bedeutung zuzumessen, das so schwerwiegende Auswirkungen auf ihr Leben hatte.

Indikationsstellung und Behandlungsangebot

Ein Großteil der Betroffenen wendet sich nicht unmittelbar nach einer Vergewaltigung an die Beratungsstelle. Viele versuchen, allein mit den Erfahrungen zurecht zu kommen, und wollen einen normalen Alltag wieder herstellen. Erst wenn dies nicht gelingt, nehmen sie zu einem späteren Zeitpunkt Kontakt zur Beratungsstelle auf. In diesem Zusammenhang führen akute Krisen, wie z.B. der Tod eines nahestehenden Menschen, Arbeitsplatzprobleme oder Schwierigkeiten mit den Kindern dazu, dass traumatische Erfahrungen wieder aufleben. Sie müssen in der Indikationsstellung und weiteren Behandlung genauso Beachtung finden wie das zurückliegende Ereignis selbst. Dies spielt insbesondere bei Klientinnen eine Rolle, die in ihrer Biographie mit sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit oder Jugend konfrontiert waren. Es ist gerade die Verwobenheit von aktuellen Lebensumständen, vergangener traumatischer Erfahrung und Persönlichkeit, die eine ausführliche Diagnostik und entsprechende Indikationsstellung erforderlich machen.

Traumatische Erfahrungen äußern sich in Form von heftigen inneren Konflikten, psychischer Destabilisierung, Handlungsdruck und Symptombildungen. Art und Weise sowie die Qualität des psychischen Einbruchs sind aber nur zu verstehen vor dem individuellen Lebenshintergrund der Betroffenen und den bis dahin entwickelten psychischen Möglichkeiten, mit derartigen Krisen umzugehen. So wird z.B. eine Vergewaltigung im Erwachsenen-

alter immer auch als Selbstwert-Einbruch erlebt, der mit unterschiedlichen Vorerfahrungen in der Lebensgeschichte korrespondiert. Der zerstörerische Aspekt von Gewalt-handlungen kann sich in verschiedenen Formen in den Beziehungen erneut widerspiegeln.

Häufig setzen sich Gefühle, die im Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung stehen, in Handlungszwänge um. So kann sich der zerstörerische Aspekt einer Gewalt-handlung gegen die Betroffene selbst richten, er wird dann als Selbsthass erlebt, und/oder wird in autodestruktive Aktionen umgesetzt. Im Zusammenhang mit der traumatischen Situation stehende Gefühle, aber auch deren Unterdrückung finden Eingang in die aktuellen Beziehungen. So werden z.B. aggressive Auseinandersetzungen geführt, Trennungen vollzogen oder Beziehungsabbrüche vorgenommen.

Um die destruktiven Bewegungen zu begrenzen, ist hier ein flexibles Setting wichtig und muss auch die Beratung von Angehörigen mit einschließen können. Im Falle extremer selbstzerstörerischer Handlungen oder ausgeprägter symptomatischer Dekompensation (psychosomatische Erkrankung, psychotische Dekompensation) ist die Kooperation mit einem erweiterten Versorgungsnetz (Ärzte, Kliniken usw.) erforderlich.

Ein wesentlicher Vorteil der Beratungsstelle besteht in der Möglichkeit, unmittelbar Hilfe anbieten zu können. Termine können kurzfristig vergeben werden. Das flexibel zu haltende Setting, die entsprechenden Kooperationsbeziehungen über den therapeutischen Rahmen hinaus, sind durch die Struktur der Beratungsstelle gegeben.

Des Weiteren sind gerade im Zusammenhang mit sexuellen Gewalterfahrungen juristische Fragen zu klären, die partiell in den Beratungszusammenhang psychologisch tätiger Mitarbeiterinnen fallen müssen. Dazu gehören Kooperationsmöglichkeiten mit Institutionen der Strafverfolgungsbehörden, der Justiz und RechtsanwältInnen, und die Möglichkeit, persönliche Begleitung bei Behördengängen anzubieten.

Die über die Jahre gesammelten Erfahrungen der Mitarbeiterinnen im Umgang mit Traumatisierten sind ein weiterer Vorteil, der es erlaubt, relativ zügig Diagnose und Indikation zu erstellen und somit eine sinnvolle Behandlung anzubieten oder im Bedarfsfall auch weiter zu verweisen.

Am Einzelfall orientiert kann Frauen, die mit traumatischen Erfahrungen konfrontiert sind, Krisenintervention,

Fokalberatung und Psychotherapie auf der Grundlage einer psychoanalytischen/tiefenpsychologisch fundierten Konzeption angeboten werden. Diese Hilfsangebote beinhalten ein spezifisches Verständnis traumatischer Erfahrungen unter Berücksichtigung unbewusster Prozesse und deren Abwehr vor dem Hintergrund der individuellen Lebenserfahrung.

1.4.4 DIE AKUTVERSORGUNG VON OPFERN SEXUELLER GEWALT IN BREMEN (BREMER MODELL) ALS BEISPIEL FÜR EINE GELUNGENE KOOPERATION UNTERSCHIEDLICHER BERUFSGRUPPEN UND INSTITUTIONEN

Bremen hat als eines der ersten Bundesländer 1984 das Sonderdezernat für Sexuelle Gewaltdelikte bei der Staatsanwaltschaft eingeführt. 1991 wurde die Zuständigkeit dieses Sonderdezernats auf den Bereich "Gewaltdelikte in Beziehungen" ausgedehnt. Die Strafverfolgungsbehörden trugen damit der speziellen Problemlage von Opfern sexueller Gewalt Rechnung. Es ging darum, die Situation von Betroffenen im Ermittlungs- und Gerichtsverfahren zu verbessern; so wurden z.B. für die Polizeidienststellen Merkblätter erstellt, die wesentliche Hinweise für den Umgang mit Betroffenen enthalten.

Um auch die medizinische Versorgung der Opfer zu gewährleisten, war die Kooperation der Polizei/Kripo/Kriminaldauerdienst mit den städtischen Kliniken notwendig. Dies wurde durch den Erlass der "Richtlinien zur Versorgung von Vergewaltigungsopfern an den städtischen Zentralkrankenhäusern" durch den Senator für Gesundheit gewährleistet.

Durch die finanzielle Förderung der Psychologischen Beratungsstelle des Vereins "notruf für vergewaltigte frauen und mädchen" durch den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wurde das Versorgungsangebot für Opfer sexueller Gewalt um psychotherapeutische Hilfe in Form von Krisenintervention, Beratung und Psychotherapie erweitert.

Anfang der 90er-Jahre wurde auf Initiative der Mitarbeiterinnen der Psychologischen Beratungsstelle der Arbeitskreis "Bremer Modell" gegründet, der sich aus Vertretern all jener Institutionen zusammensetzt, mit denen Opfer sexueller Gewalt, die angezeigt haben, in der Regel zu tun bekommen:

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

- Kriminalpolizei (K 32),
- Kriminaltechnische Untersuchungsstelle,
- Kriminaldauerdienst,
- kommunale und konfessionelle Krankenhäuser,
- Staatsanwältinnen,
- Rechtsanwältinnen und
- Mitarbeiterinnen der Psychologischen Beratungsstelle.

Bei den regelmäßigen Treffen dieser Berufsgruppen aktualisieren die Mitglieder des Arbeitskreises ihren Wissensstand über die verschiedenen Institutionen und deren Tätigkeitsbereiche und tauschen sich über spezielle Schwierigkeiten und Anforderungen im Umgang mit traumatisierten Menschen aus. Bei besonders schwierigen Fällen finden Fallkonferenzen statt. Der Arbeitskreis ist damit im Lauf der Jahre zu einem bedeutenden Instrument der Qualitätssicherung geworden. Der kontinuierliche Austausch untereinander und gemeinsam angebotene Fortbildungen z.B. für niedergelassene ÄrztInnen, schufen die Basis für eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Dies kommt den Opfern sexueller Gewalt zugute, denn die beteiligten Institutionen kennen Arbeitsweise, Vorgehen bzw. Angebot untereinander und stehen mit diesem Wissen den Opfern zur Seite. Es hat eine Sensibilisierung im Umgang mit Vergewaltigungsopfern stattgefunden, die die Situation von Opfern sexueller Gewalt beim Gang durch die Institutionen deutlich verbessern hilft.

1.4.5 ZUSAMMENFASSUNG UND BEWERTUNG

Jede sechste Frau in Bremen hat im Laufe ihres Lebens körperliche Gewalt erlitten, jede zehnte war mit sexueller Gewalt konfrontiert. Gewalt stellt einen massiven Angriff auf die körperliche, geistige und seelische Integrität dar. Bei körperlicher Misshandlung gibt es typische Verletzungen, hinzu kommt oft eine Vielzahl psychosomatischer Beschwerden. Als (Langzeit-)Folgen sexueller Gewalt werden u.a. beschrieben: Essstörungen, Suizidalität, Drogen-, Medikamenten- und Alkoholprobleme, psychische Störungen wie extreme Angst und Depressionen. Ein großes Problem besteht darin, dass diese Symptome häufig nicht als Folgen von Gewalt erkannt und somit nicht adäquat behandelt werden.

Sowohl die Daten der BIPS-Befragung als auch die Auswertungen des Notrufs weisen darauf hin, dass in Bremen eine recht große Zahl betroffener Frauen sich mit dem Problem Gewalt an Dritte wendet, sei es im privaten

Umfeld oder im professionellen Hilfesystem. Die in der BIPS-Befragung ermittelte Bereitschaft, Anzeige zu erstatten, ist mit rund 11% (bei körperlicher Gewalt) und rund 8% (bei sexueller Gewalt) als eher gering zu bewerten. Allerdings zeigen die Erfahrungen des Notrufs, dass Frauen, die aufgrund sexueller Gewalt professionell begleitet werden, zu 40% Anzeige erstatten. Obgleich recht viele Frauen Hilfe suchen und auch finden, ist es besorgniserregend, dass insbesondere sexuelle Gewalt von vielen Frauen verschwiegen wird: jede dritte Betroffene berichtet, noch nie mit jemandem über das Ereignis gesprochen zu haben.

Hilfe und Unterstützung in Bezug auf Gewalt muss auf vielen Ebenen ansetzen.

Förderung spezifischer Einrichtungen und Hilfesysteme

In Bremen gibt es mit Frauen- und Mädchenhäusern sowie Beratungseinrichtungen (Schattenriß, Notruf etc.) Institutionen, die sich auf die Betreuung von betroffenen Mädchen und Frauen spezialisiert haben. Die Arbeit dieser Institutionen muss in ihrer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung stabil unterstützt werden. Dabei kommt die hier geleistete Arbeit nicht nur den Klientinnen zugute, sondern ist eine Voraussetzung und wertvolle Expertise für die notwendige Kooperation der verschiedenen Hilfeinrichtungen. Wie sich an den Erfahrungen des "Bremer Modells" zeigen lässt, ist die Kooperation der verschiedenen Hilfeinrichtungen eine wichtige Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Gewaltopfern.

Sensibilisierung für die Gewaltproblematik in der medizinischen Versorgung

Es ist nachgewiesen, dass Opfer von Gewalt zahlreiche körperliche und seelische Schädigungen erleiden, sei es akut oder als Spätfolge. Zugleich hat sich gezeigt, dass viele Frauen auch nach Jahren noch nie über ihre Gewalterlebnisse gesprochen haben. In der medizinischen Versorgungspraxis werden Gewalterfahrungen als mögliche Ursachen für verschiedene Symptome und Erkrankungen bisher zu wenig berücksichtigt. Um diesem Mangel zu begegnen, wurde in Bremen ein Curriculum für die ärztliche Fortbildung entwickelt und erprobt. Diese sollte als regelmäßiges Angebot in die ärztliche Fortbildung durch die Ärztekammer Bremen aufgenommen werden.

Gesellschaftliche Ächtung von Gewalt

Gewalt gegen Frauen ist im Kontext der allgemeinen gesellschaftlichen Haltung zu Gewalt zu sehen. Deshalb

sind öffentlichkeitswirksame Kampagnen, in denen jegliche Form von Gewalt unmissverständlich verurteilt und nicht entschuldigt wird, eine unverzichtbare ergänzende Strategie. Die Bremer Plakataktion „Gewalt gegen Frauen ist kein Kavaliersdelikt“ ist ein Beispiel. Des weiteren wurde auf Beschluss der Bremischen Bürgerschaft eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“ eingerichtet, die ein abgestimmtes Präventionskonzept unter Beteiligung relevanter Verbände, Initiativen und Organisationen erstellt hat. Die vorgeschlagenen Maßnahmen reichen von Projekten in der vorschulischen, schulischen und außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit über Familienbildung, die begleitende Betreuung von Opfern sowie Aktivitäten der Gesundheitsämter und Krankenhäuser bis hin zu polizeilichen und strafrechtlichen Maßnahmen gegen Gewalttäter. Dieses Konzept befindet sich in der Umsetzung.

1.5 GYNÄKOLOGISCHE UNTERLEIBSERKRANKUNGEN UND IHRE BEHANDLUNG

Ziel der Bearbeitung dieses Themas ist es, einen Überblick über “das” frauenspezifische Gesundheitsthema zu geben. Ein weiterer Grund für die Auswahl des Themas war auch, dass in Bremen aus einer repräsentativen Befragung des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) aktuelle Daten vorliegen, denn im allgemeinen gibt es nur wenige Daten über die Häufigkeit von Unterleibserkrankungen in der weiblichen Bevölkerung. Im Fokus dieses Kapitels steht die Entfernung der Gebärmutter, die häufigste und schwerste Operation, die zudem von besonderer gesundheitspolitischer Relevanz ist.

Die Ergebnisse der BIPS-Befragung zeigen, dass 71% der Bremer Frauen zwischen 40 und 70 Jahren im Laufe ihres Lebens mindestens eine der wichtigsten Diagnosen hatten: Senkung, Entzündungen oder Vergrößerungen der Gebärmutter, Verwachsungen, Myome, Zysten, Polypen oder andere gutartige Tumoren an Gebärmutter bzw. Eierstöcken, Endometriose (Vorwachsen der Gebärmutter Schleimhaut in die Gebärmutterwand und in andere Bereiche des Bauchraums), Krebserkrankungen der Unterleibsorgane. Die Diagnose zieht sehr häufig auch eine medizinische Behandlung nach sich: 65% der befragten Bremer Frauen hatten mindestens einen gynäkologischen Eingriff bzw. eine Operation (Entfernung der Gebärmutter, Ausschabung, Bauchspiegelung, Entfernung eines oder beider Eierstöcke, Konisation, etc.). Jede vierte Bremer Frau zwischen 50 und 54 Jahren hat keine Gebärmutter mehr, bei den 55 bis 59 Jährigen ist es bereits jede dritte und bei den 65 bis 69 Jährigen sind es 40%. In der überwiegenden Mehrzahl waren gutartige Erkrankungen der Grund für die Entfernung der Gebärmutter. Auch für Bremen ist davon auszugehen, dass eine große Zahl medizinisch nicht zwingend notwendiger Gebärmutterentfernungen mit für die Frauen weitreichenden Folgen erfolgt.

Konsequenzen für gesundheitspolitisches Handeln ergeben sich in erster Linie im Zusammenhang mit der Gebärmutterentfernung. Diese richten sich vor allem darauf, dass Frauen in der Lage sind, informiert darüber zu entscheiden, ob und wie sie ihre Beschwerden behandeln bzw. auch eine Hysterektomie durchführen lassen. Hierzu gehört sowohl eine bessere Information der Frauen wie eine höhere Transparenz des Angebots von Seiten der Krankenhäuser.

1.5.1 EINFÜHRUNG

Unter gynäkologischen Unterleibserkrankungen werden bösartige und gutartige Erkrankungen der weiblichen Becken- und Geschlechtsorgane verstanden. Über deren quantitative Bedeutung ist im allgemeinen sehr wenig bekannt.

Am häufigsten sind gutartige Erkrankungen, deren gesundheitspolitische Bedeutung vor allem darin zu sehen ist, dass sie die Lebensqualität einer großen – jedoch unbekannten – Zahl von Frauen phasenweise oder auch chronisch mehr oder weniger stark beeinträchtigen. Häufig sind mit diesen Erkrankungen Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung verbunden, jedoch führen sie nur selten zum Tode.

Nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland (1998) hatten gutartige gynäkologische Erkrankungen (überwiegend Unterleibserkrankungen) einen Anteil von 1,2% an allen Sterbefällen bei Frauen. Nach Angaben des „Berichts zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ führen Entzündungen der Eierstöcke, der Eileiter und der

Beckenorgane, Regelblutungsstörungen und Erkrankungen der Gebärmutter besonders häufig zu einer Krankschreibung. In der Krankenhausbehandlung stehen vier Diagnosen im Vordergrund: Regelblutungsstörungen, klimakterische Störungen, nicht entzündliche Krankheiten der Eierstöcke und Eileiter sowie Gebärmuttervorfall wurden in 1996 besonders häufig im Krankenhaus behandelt.

Die zweite Erkrankungsgruppe sind Krebserkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane. Bezogen auf die Sterblichkeit ist sowohl in Bremen als auch im Bundesgebiet die häufigste Krebserkrankung der Eierstockkrebs, gefolgt von Gebärmutterhalskrebs und Gebärmutterkörperkrebs. In Bremen starben im Jahr 1998 vier Frauen an Gebärmutterkörperkrebs, 21 Frauen an Gebärmutterhalskrebs und 60 Frauen an Eierstockkrebs. Die Mortalitätsraten im Bundesvergleich zeigt die Tabelle 1.6.

Bei Gebärmutterhalskrebs liegt die Mortalitätsrate im Land Bremen in beiden Zeiträumen rund ein Drittel über der Rate der alten Bundesländer. Beim Gebärmutter-

Tabelle 1.6: Sterblichkeit an Krebs des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers und der Eierstöcke pro 100.000 Einwohnerinnen (Standardisierte Rate) 1981-1985 und 1986-1990 - Land Bremen und Bundesrepublik im Vergleich

Lokalisation	Land Bremen		Bundesrepublik (Westdeutschland)	
	1981-1985	1986-1990	1981-1985	1986-1990
	N (Stand. Rate)	N (Stand. Rate)	N (Stand. Rate)	N (Stand. Rate)
Krebs des Gebärmutterhalses	161 (4,92)	148 (4,35)	10.953 (3,79)	9.754 (3,26)
Krebs des Gebärmutterkörpers	102 (2,13)	60 (1,38)	5.186 (1,42)	5.308 (1,34)
Krebs der Eierstöcke	239 (6,33)	288 (7,34)	24.699 (7,90)	26.298 (7,74)

Krebsatlas (1998)

körperkrebs liegt im Zeitraum 1981 bis 85 die Bremer Mortalitätsrate deutlich über dem Durchschnitt, im Zeitraum 1986 bis 90 ist sie durchschnittlich. Die Mortalität an Eierstockkrebs war in 1981 bis 85 unterdurchschnittlich und 1986 bis 90 leicht unter dem Durchschnitt.

Bei Gebärmutterhalskrebs ist die Neuerkrankungsrate in Deutschland bis Mitte der 80er Jahre rückläufig und seitdem konstant. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 55 Jahren. Die Prognose ist mit einer relativen 5-Jahres-Überlebensrate von 70% besser als bei Gebärmutterkörper- und Eierstockkrebs. Die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs mit dem sog. Pap-Abstrich⁶ ist Bestandteil der Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen. Als wichtigster Risikofaktor gilt die Infektion mit dem Human Papilloma Virus (HPV-Infektion), deren Nachweis im Zentrum der aktuellen Diskussion um die Verbesserung der Krebsfrüherkennung steht.

Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers gehen meist von der Schleimhaut (Endometrium) der Gebärmutter aus. Als Risikofaktoren gelten vor allem hormonelle Einflüsse (auch Hormontherapie in den Wechseljahren). Die Neuerkrankungsraten sind in den letzten 20 Jahren annähernd konstant, bei jüngeren Frauen leicht rückläufig. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 68 Jahren. Die

Prognose ist mit einer relativen 5-Jahres-Überlebensrate von 64% etwas schlechter als bei Gebärmutterhalskrebs.

Bei Eierstockkrebs sind die Neuerkrankungsraten in den letzten 20 Jahren insgesamt betrachtet nahezu konstant. Über die Ursachen des Eierstockkrebses ist weniger bekannt als bei Gebärmutterkrebs. Eine aktuelle Studie legt auch hier einen Zusammenhang mit der Hormontherapie in den Wechseljahren nahe. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 66 Jahren. Die Prognose ist mit einer relativen 5-Jahres-Überlebensrate von 35% eher schlecht. (Alle Angaben sind, wenn nicht anders gekennzeichnet, der Veröffentlichung der Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister (1999) entnommen.)

Wie auch im „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ ausführlich dargestellt, gibt es für Deutschland kaum epidemiologische Daten zu gynäkologischen Erkrankungen. Es gibt lediglich Daten aus Einzelstudien mit unterschiedlichen Fragestellungen; auch Routinedaten beziehen sich nur auf bestimmte Ausschnitte (z.B. Daten zur Arbeitsunfähigkeit auf erwerbstätige Frauen).

Im Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98 wurde die Lebenszeitprävalenz für weibliche Unterleibserkran-

⁶ Mit dieser Methode können Veränderungen von Zellen oder mögliche Vorstufen von Krebs erkannt werden, auch wenn sie noch keine Beschwerden verursachen. Eine spezielle Methode zur Beurteilung von Abstrichergebnissen wurde von dem Anatomen George Papanicolaou entwickelt, weshalb sie kurz Pap-Werte genannt werden. Danach werden fünf Befundgruppen und Behandlungsempfehlungen unterschieden.

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

kungen erhoben. Demnach hatte ca. jede 5. Frau jemals in ihrem Leben eine Krankheit von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern (außer Krebskrankheiten). Die Betroffenheit von diesen Erkrankungen ist in den Altersgruppen sehr unterschiedlich: bei den unter 30-jährigen Frauen lag der Anteil unter 10%, während bei den Frauen ab 50 ca. jede vierte bis jede dritte Frau eine Unterleibserkrankung angab.

Für Bremen liegen Daten aus zwei repräsentativen Befragungen des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) in den Jahren 1996 (Frauen zwischen 30 und 74 Jahre) und 2000 (Frauen zwischen 40 und 70 Jahren) vor. In der Befragung "Frauen Leben Gesundheit" im Jahr 1996 (N=718) war die Fragestellung der des o.g. Bundes-Gesundheitssurvey von 1997/98 vergleichbar. Die Ergebnisse für Bremen liegen im gleichen Rahmen wie für das Bundesgebiet: jede fünfte Frau gab an, dass sie eine gynäkologische Erkrankung hat bzw. hatte. In der Befragung im Jahr 2000 wurden fast 3.000 Frauen detailliert nach den wichtigsten gynäkologischen Unterleibserkrankungen und Behandlungen im Einzelnen gefragt.

1.5.2 HÄUFIGKEIT VON UNTERLEIBS- ERKRANKUNGEN UND GYNÄKOLO- GISCHEN BEHANDLUNGEN BEI FRAUEN IN BREMEN - ERGEBNISSE EINER BEFRAGUNG DES BIPS

Methodik der Befragung

Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) hat von April bis Dezember 2000 im Rahmen eines von der EU geförderten Projektes mehr als 3000 Bremerinnen aller Nationalitäten im Alter zwischen 40 und 70 Jahren zum Thema "Gynäkologische Unterleibserkrankungen und deren Behandlung" überwiegend telefonisch befragt. Der Fragebogen lag in verschiedenen Versionen vor: eine ausführliche Version in Deutsch und Englisch sowie eine Kurzversion in Deutsch und Englisch sowie in Türkisch und Russisch.

Die Resonanz bei den Frauen war sehr groß. Insgesamt haben sich 70% der angeschriebenen Frauen an der Befragung beteiligt. Die Beteiligungsrate war deutlich höher, wenn die Frauen telefonisch erreicht werden konnten (80% der Frauen mit deutscher und 70% der Frauen mit einer ausländischen Nationalität).

Hauptziel dieser Befragung war es herauszufinden, wie hoch der Anteil von Frauen in den verschiedenen Alters-

gruppen ist, die eine Unterleibsoperation hatten, ob dabei auch die Gebärmutter entfernt wurde und welches die Gründe dafür waren. Darüber hinaus sollten im Rahmen dieser Studie auch weitere Informationen u.a. zur Häufigkeit von gynäkologischen Erkrankungen und Beschwerden sowie Behandlungen erfragt werden.

Die ausführliche Version des Fragebogens enthielt Fragen zu Beschwerden und Erkrankungen des Unterleibs, zur Inanspruchnahme von ärztlichen und psychosozialen Leistungen bei gynäkologischen Beschwerden und Erkrankungen sowie zu gynäkologischen Eingriffen und Unterleibsoperationen. Hatte die Frau eine Gebärmutterentfernung, wurden auch die Gründe für sowie die Zufriedenheit mit der Operation erfragt. Frauen, die ihre Gebärmutter noch hatten, wurden gefragt, ob – und wenn ja aus welchem Grund – sie schon einmal in der Situation waren, über die Entfernung ihrer Gebärmutter nachzudenken. Ein weiterer Teil des Fragebogens beschäftigte sich mit Fragen zur Menstruation, mit Schwangerschaft, Geburt und Empfängnisverhütung. Weiterhin wurde ausführlich nach der Einnahme von Hormonen gegen Wechseljahrsbeschwerden gefragt. Allgemeine Fragen zu Körpergröße, Gewicht, Gesundheit sowie Angaben zur Person standen am Ende der Befragung.

Die Befragung wird derzeit ausgewertet und erste Ergebnisse wurden im Mai 2001 auf einem vom BIPS organisierten internationalen Workshop in Bremen vorgestellt. Für diesen Frauengesundheitsbericht wurden ausgewählte Grunddaten vorab zur Verfügung gestellt.

Zur Darstellung sowohl der Häufigkeit von Erkrankungen wie auch der Behandlung ist vor auszuschicken, dass in beiden Fragen, deren Ergebnisse hier dargestellt werden, danach gefragt wurde, ob die Frau die Erkrankung bzw. Behandlung jemals zu irgendeinem Zeitpunkt hatte und wenn ja, wann dies zum ersten Mal war. Es wurde nicht erfragt, ob die Erkrankung oder Behandlung mehrfach aufgetreten ist bzw. durchgeführt wurde. Insbesondere kann mit diesen Daten nichts darüber ausgesagt werden, ob die Frauen heute krank sind bzw. Beschwerden haben oder nicht.

Wie häufig sind bestimmte Unterleibserkrankungen bei Bremer Frauen?

In der Studie wurde erfragt, ob die Frauen bestimmte Unterleibserkrankungen hatten und wenn ja, wann diese zum ersten Mal diagnostiziert wurden. Für gutartige Diagnosen gilt, dass z.B. Lageveränderungen der Gebärmutter, Organvergrößerungen, gutartige Neubildungen etc. nicht unbedingt als Krankheit, sondern eher als

Tabelle 1.7: Häufigkeit von gynäkologischen Unterleibserkrankungen bei Bremer Frauen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren (jemals gehabt) und Alter bei Erstdiagnose

Diagnose	Häufigkeit N (%) (Befragung) N (hochgerechnet auf das Land Bremen*)	Alter bei Erstdiagnose in Jahren Minimum-Maximum, Durchschnitt
Senkung der Gebärmutter	895 (31) 33.402 Frauen	15-63, 36
Myome	767 (27) 29.092 Frauen	15-70, 41
Entzündungen	574 (20) 28.292 Frauen	10-63, 30
Zysten u.a. gutartige Tumoren der Eierstöcke	481 (17) 18.317 Frauen	10-67, 38
Vergrößerung der Gebärmutter	335 (12) 21.299 Frauen	17-63, 41
Verwachsungen	321 (11) 11.852 Frauen	6-64, 35
Polypen u.a. gutartige Tumoren der Gebärmutter	268 (9) 9.697 Frauen	18-68, 40
Frühform eines Unterleibskrebses	100 (4) 4.310 Frauen	18-64, 37
Endometriose	73 (3) 2.232 Frauen	15-59, 36
Krebserkrankung des Unterleibs	77 (3) 3.232 Frauen	19-69, 40
Keine der genannten Diagnosen angegeben	(29) 29.424 Frauen	-

BIPS-Befragung (2000)

*Land Bremen 1999: 141.461 Einwohnerinnen im Alter von 40-70 Jahren

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Abweichung von einer Norm zu verstehen sind. Bei vielen Frauen werden diese Diagnosen eher zufällig z.B. bei den regelmäßigen Besuchen bei der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen gestellt und sind nicht mit Beschwerden verbunden. Wenn keine Beschwerden vorhanden sind, ist im allgemeinen auch keine medizinische Behandlung erforderlich. Wenn Beschwerden vorhanden sind, die behandelt werden sollen, gibt es eine Reihe von schonenden organerhaltenden Behandlungsmöglichkeiten, die auf jeden Fall ausprobiert werden sollten, bevor einschneidendere Maßnahmen wie z.B. eine Gebärmutterentfernung in Betracht gezogen werden. Im Rahmen der BIPS-Befragung wurde nicht nach der Schwere der Erkrankung gefragt und auch nicht, ob die Diagnosen mit Beschwerden verbunden sind bzw. waren. Die Daten geben deshalb einen ersten Überblick über die Häufigkeit von bestimmten Diagnosen in der weiblichen Bevölkerung zwischen 40 und 70 Jahren.

Im Durchschnitt hat jede befragte Frau 1,4 der in Tabelle 1.7 aufgeführten Erkrankungen angegeben. Rund 30% aller Frauen gaben eine Diagnose, 20% zwei Diagnosen, 12% drei Diagnosen und 9% vier oder mehr Diagnosen an.

Insgesamt haben 29% der Frauen keine der aufgeführten Erkrankungen angegeben, wobei deutliche Altersunterschiede zu verzeichnen sind: Bei den unter 50 Jährigen ist es ca. jede dritte und bei den über 50 Jährigen ca. jede vierte Frau.

In der Tabelle sind die erfragten Erkrankungen nach ihrer Häufigkeit dargestellt. Es ist weiterhin das Alter bei erstmaliger Diagnose angegeben.

Die häufigste Diagnose war eine Senkung der Gebärmutter, die fast jede dritte Frau angab. An zweiter Stelle mit 27% Angaben standen Myome. Jede 5. Frau hat bzw. hatte schon einmal eine Entzündung der Unterleibsorgane. 4% der Frauen hatten eine Frühform eines Unterleibskrebses (Carcinoma in situ) und 3% eine Krebserkrankung des Unterleibs.

Unterleibserkrankungen bei Frauen sind Erkrankungen, die bereits in frühem Lebensalter auftreten. Das Durchschnittsalter beim erstmaligen Auftreten liegt bei allen erfragten Erkrankungen zwischen 35 und 41 Jahren. Die altersspezifischen Häufigkeiten sind in den Abbildungen dargestellt.

Abbildungen 1.11 bis 1.21: Altersspezifische Häufigkeiten von Unterleibserkrankungen bei Frauen in Bremen. (Datenbasis: 2.870 im vom BIPS im Jahr 2000 befragte Frauen. Die Frage war: Hat ein Arzt bzw. eine Ärztin bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?)

Abbildung 1.11:

Anteil der Frauen mit einer Senkung der Gebärmutter (in Prozent)

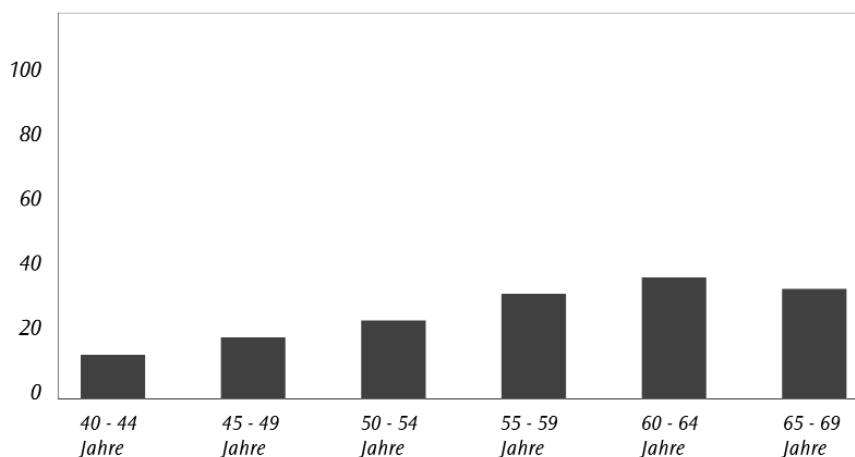


Abbildung 1.12:

Anteil der Frauen mit einer Vergrößerung der Gebärmutter (in Prozent)

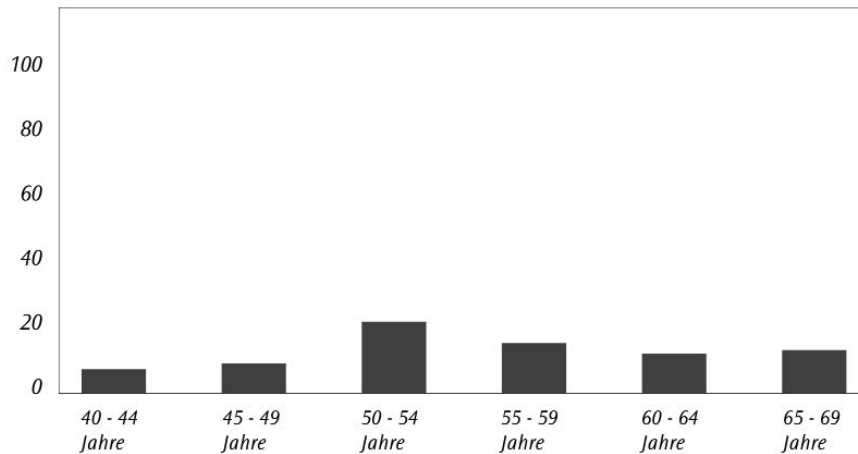


Abbildung 1.13:

Anteil der Frauen mit Myomen (in Prozent)

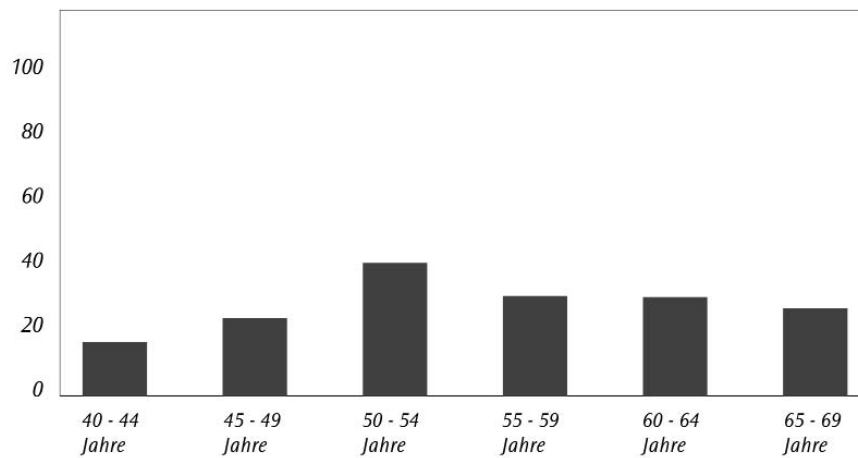


Abbildung 1.14:

Anteil der Frauen mit Zysten oder anderen gutartigen Tumoren der Eierstöcke
(in Prozent)

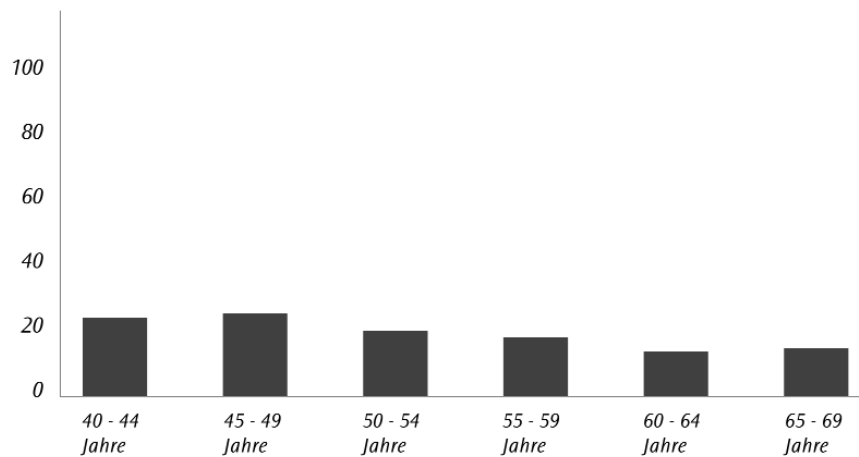


Abbildung 1.15:

Anteil der Frauen mit Polypen oder anderen gutartigen Tumoren der Gebärmutter
(in Prozent)

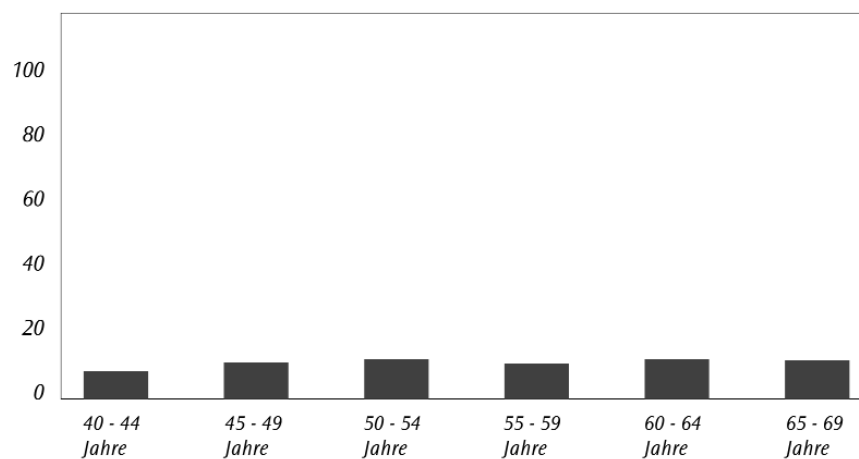


Abbildung 1.16:

Anteil der Frauen mit Endometriose (in Prozent)

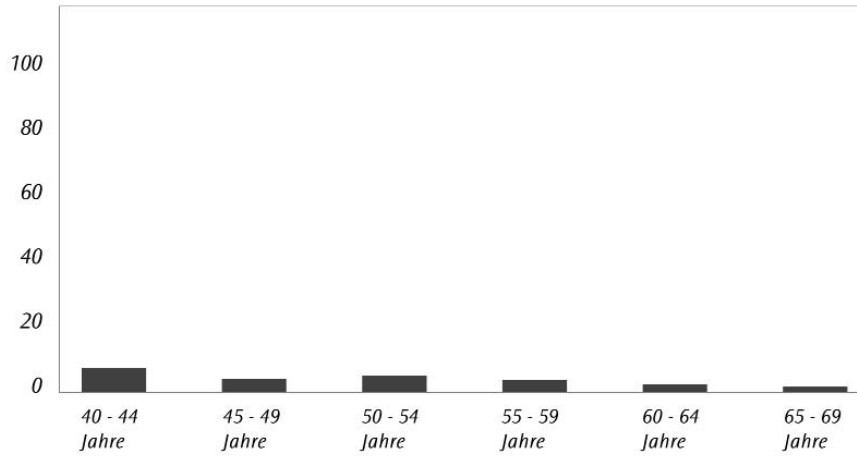
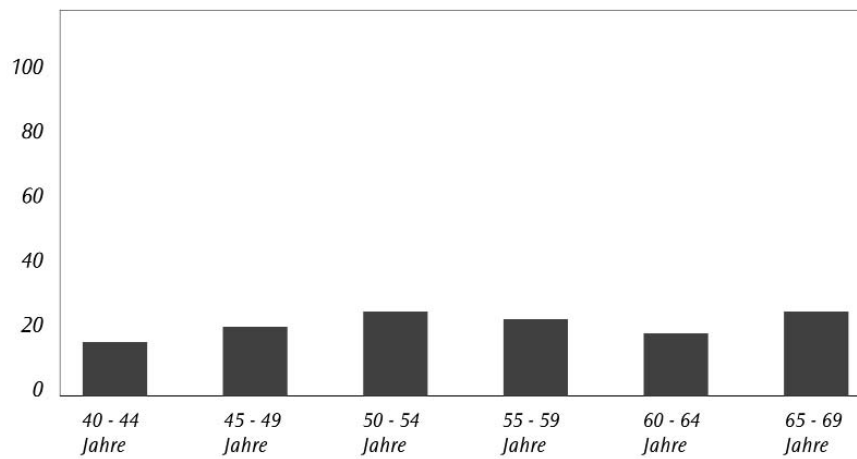


Abbildung 1.17:

Anteil der Frauen mit Entzündungen der Unterleibsorgane (in Prozent)



1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Abbildung 1.18:

Anteil der Frauen mit Verwachsungen im Unterleibsbereich (in Prozent)

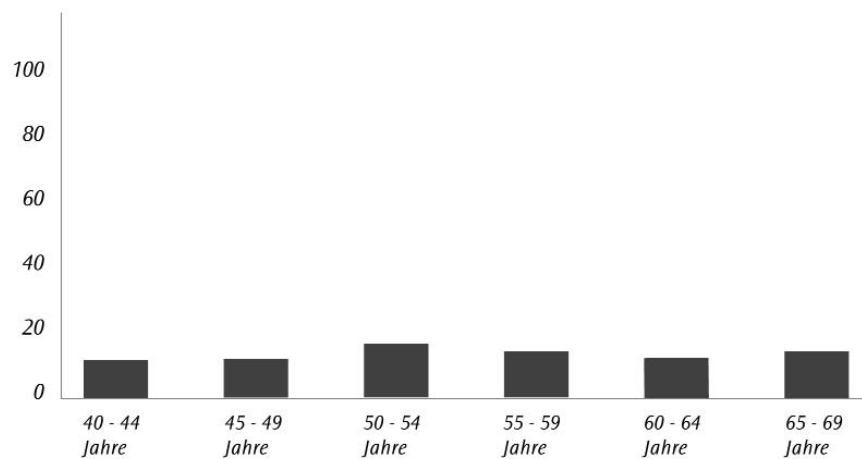


Abbildung 1.19:

Anteil der Frauen mit einer anderen (als den in Abb. 1.11 bis 1.18 genannten) gutartigen Erkrankungen des Unterleibs (in Prozent)

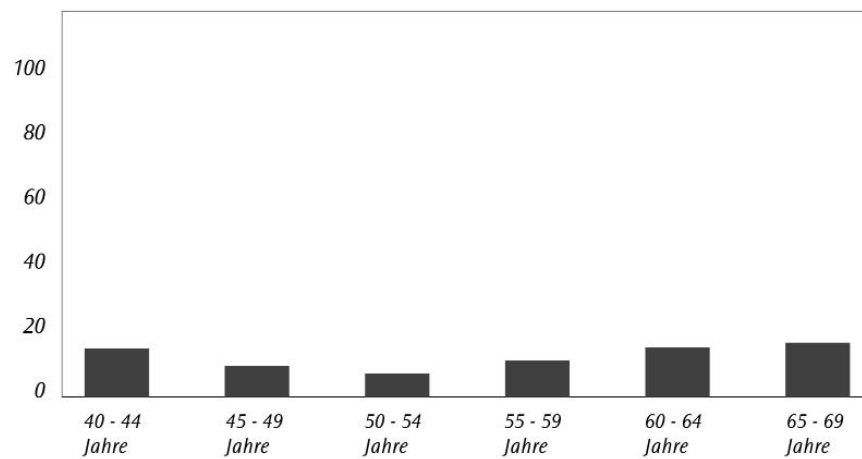


Abbildung 1.20:

Anteil der Frauen mit einer Ausschabung (in Prozent)

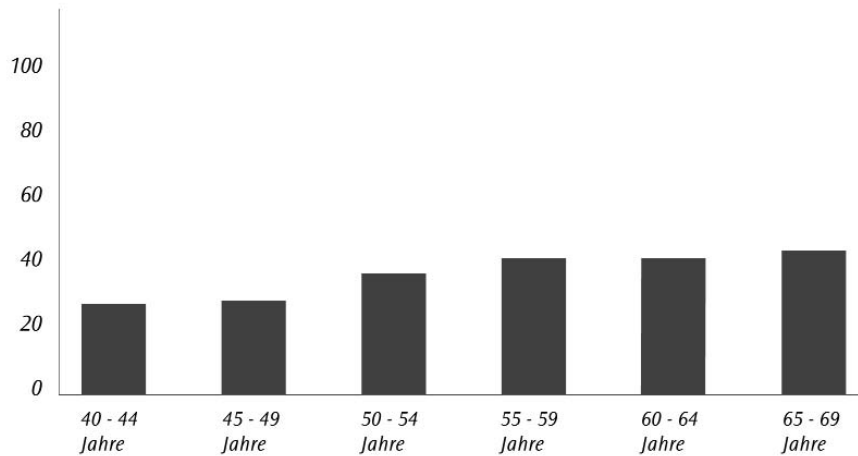
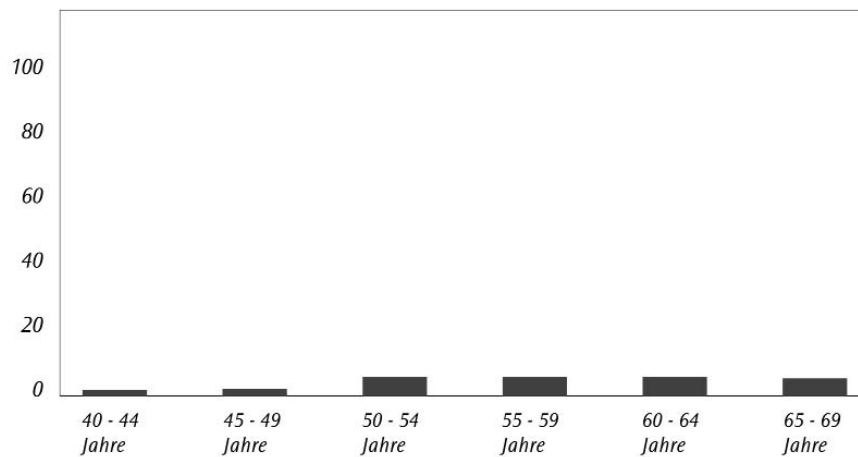


Abbildung 1.21:

Anteil der Frauen mit einer Krebserkrankung des Unterleibs (in Prozent)



1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

In allen betrachteten Altersgruppen sind die häufigsten vier Diagnosen: Gebärmutter senkung, Myome, Entzündungen und Zysten oder andere gutartige Tumoren der Eierstöcke. Der Anteil von Frauen mit einer Gebärmutter senkung, der häufigsten Einzeldiagnose in fast allen Altersgruppen, nimmt mit dem Alter zu, von gut 20% in der jüngsten bis hin zu fast 40% in den älteren Altersgruppen.

Der Anteil der Frauen, die jemals ein oder mehrere Myome hatten oder haben, ist bei den 50 bis 54-jährigen Frauen mit 38% am höchsten und beträgt bei den älteren Frauen ab 65 Jahren rund ein Viertel.

Zysten oder andere gutartige Tumoren der Eierstöcke nehmen mit insgesamt 17% den vierten Platz an allen Erkrankungen ein. Je älter die Frauen sind, desto seltener gaben sie diese Diagnose an. Hier ist zu vermuten, dass es sich dabei um einen Effekt der verfeinerten medizinischen Diagnostik handelt. Bei den heute 60-jährigen Frauen ließen sich diese Diagnosen vor 20 Jahren gar nicht stellen, weil dazu hochauflösender Ultraschall benötigt wird.

Bei jeder achten Frau (12%) wurde im Laufe ihres Lebens eine Vergrößerung der Gebärmutter diagnostiziert, mit unterschiedlichen prozentualen Anteilen in den Altersgruppen zwischen 8% bei den 40 bis 44- und 19% bei den 50 bis 54-jährigen Frauen.

Insgesamt und auch in den einzelnen Altersgruppen berichtet gut jede 10. Frau Verwachsungen im Unterleibsbereich.

Ebenfalls in allen Altersgruppen wurden bei nahezu jeder 10. Frau Polypen oder andere gutartige Tumoren an der Gebärmutter diagnostiziert. Demgegenüber ist eine Endometriose mit insgesamt 3% vergleichsweise selten. Hiervon sind insbesondere die jüngeren Frauen betroffen.

Wie häufig hatten Bremer Frauen bestimmte gynäkologische Eingriffe und Operationen?

Für die in Tabelle 1.8 aufgeführten Eingriffe und Operationen wurde ebenfalls erfragt, ob diese jemals durchgeführt worden sind, und wenn ja, in welchem Lebensalter zum ersten Mal. Es wurde wie bei den Erkrankungen nicht erfragt, ob die Eingriffe oder Operationen mehr als ein Mal durchgeführt wurden. Die Tabelle gibt weiter an, wie hoch der Anteil der Frauen mit diesen Eingriffen und Operationen demnach im Land Bremen ist.

Von den befragten Frauen haben rund ein Drittel keine der genannten Operationen bzw. Behandlungen jemals in

ihrem Leben gehabt. Ebenfalls ein Drittel hat eine der genannten Behandlungen angegeben und ein weiteres Drittel zwei oder mehr Operationen/Behandlungen. Hier gab es erwartungsgemäß deutliche Unterschiede in den Altersgruppen, der Anteil der Frauen ohne Operationen ist bei den jüngeren Frauen höher als bei den älteren Frauen. Ebenso nimmt der Anteil der Frauen mit mehreren Operationen mit zunehmendem Alter zu.

Mehr als ein Drittel der Frauen gab an, eine Ausschabung gehabt zu haben. Diese wird häufig zur Diagnostik von Blutungsstörungen sowie nach Fehlgeburten durchgeführt⁷. Zimmermann (2001) berichtet, dass in Deutschland jede zweite Frau mindestens einmal von einer Ausschabung betroffen ist.

An zweiter Stelle folgt die Entfernung der Gebärmutter: Jede vierte Frau hatte diese Operation⁸.

Etwa jede 6. Frau hatte mindestens einmal eine Bauchspiegelung.

Bauchspiegelung, Ausschabung, Konisation und Entfernung eines Eierstockes finden durchschnittlich zum ersten Mal zwischen dem 34. und 38. Lebensjahr statt, die Entfernung beider Eierstöcke (bzw. des zweiten Eierstockes) im Alter von 47 Jahren und die Hysterektomie durchschnittlich im 43. Lebensjahr.

Unter anderen Unterleibsoperationen finden sich Operationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt (Kaiserschnitt, wg. Bauchhöhlen- oder Eileiterschwangerschaft, im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt, Sterilisation). Weiterhin werden organerhaltende Operationen bzw. Teilentfernungen z.B. der Eierstöcke im Zusammenhang mit gutartigen Neubildungen, Endometriosebehandlung, Entfernung von Myomen, Verwachsungen, Zysten, Polypen etc., bei Gebärmutter- oder Blasensenkung (Beckenbodenplastik/Blasenplastik, Anheben von Bändern etc.) durchgeführt.

Die nachfolgenden Abbildungen geben die altersgruppenspezifischen Häufigkeiten für die einzelnen Eingriffe in der Reihenfolge der Häufigkeiten in der gesamten Untersuchungsgruppe an:

⁷ Hier gibt es wahrscheinlich einen Zusammenhang zu Schwangerschaftsabbrüchen, der aus den Daten selbst allerdings nicht abgeleitet werden kann. Heute werden, zumindest in Bremen, etwa 98% der Abbrüche durch Vakuumaspiration vorgenommen.

⁸ Die Ergebnisse zur Gebärmutterentfernung werden weiter unten ausführlich dargestellt.

Tabelle 1.8: Häufigkeit von gynäkologischen Eingriffen und Operationen bei Bremer Frauen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren (jemals gehabt) und Alter bei erster Behandlung

Eingriff bzw. Operation	Häufigkeit n (%) (Befragung) N (hochgerechnet auf das Land Bremen*)	Alter bei erster Behandlung in Jahren Minimum, Maximum, Durchschnitt
Ausschabung	1041 (36) 50.926 Frauen	13-69, 35
Entfernung der Gebärmutter	704 (25) 35.365 Frauen	23-69, 43
Bauchspiegelung	492 (17) 24.048 Frauen	14-70, 36
Entfernung eines Eierstocks	194 (7) 9.902 Frauen	17-67, 38
Entfernung beider Eierstöcke	196 (7) 9.902 Frauen	20-69, 47
Konisation	133 (5) 7.073 Frauen	20-58, 34
Andere Unterleibsoperationen	581 (20) 28.292 Frauen	Mehrere Angaben möglich, deshalb kein Alter zu berechnen
Keine der genannten Behandlungen	1007 (35) 49.511 Frauen	-

BIPS-Befragung (2000)

*Land Bremen 1999: 141.461 Einwohner/innen im Alter von 40-70 Jahren

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Abbildungen 1.22 bis 1.27: Altersspezifische Häufigkeiten von gynäkologischen Eingriffen und Operationen bei Frauen in Bremen. (Datenbasis: 2.870 im vom BIPS im Jahr 2000 befragte Frauen. Die Frage war: "Im folgenden nenne ich Ihnen nun einige gynäkologische Eingriffe bzw. Operationen. Bitte sagen Sie mir, ob Sie eine solche Operation hatten oder nicht.")

Abbildung 1.22:

Anteil der Frauen mit einer Ausschabung (in Prozent)

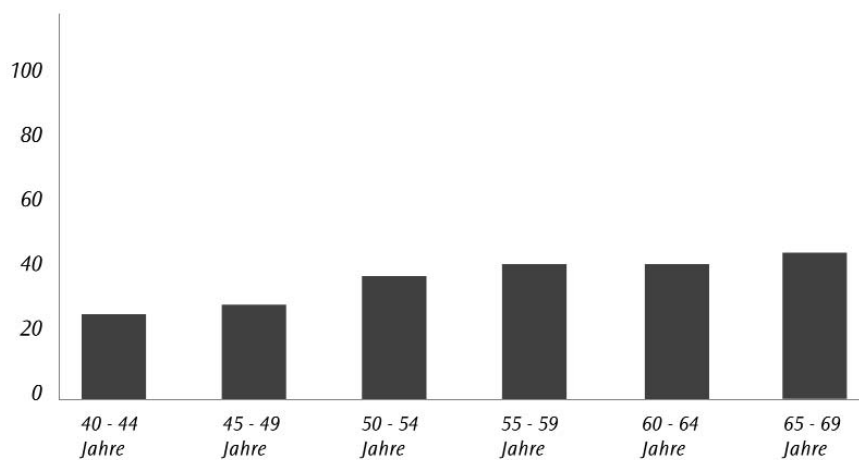


Abbildung 1.23:

Anteil der Frauen denen die Gebärmutter entfernt wurde (in Prozent)

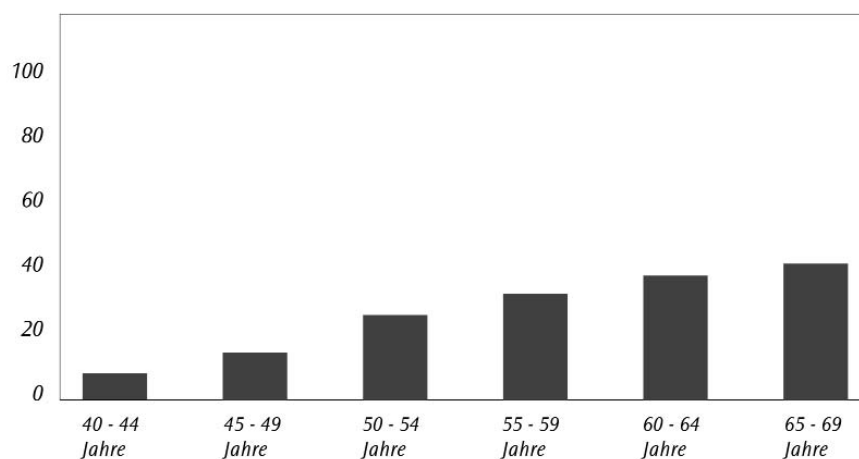


Abbildung 1.24:

Anteil der Frauen mit einer Bauchspiegelung (in Prozent)

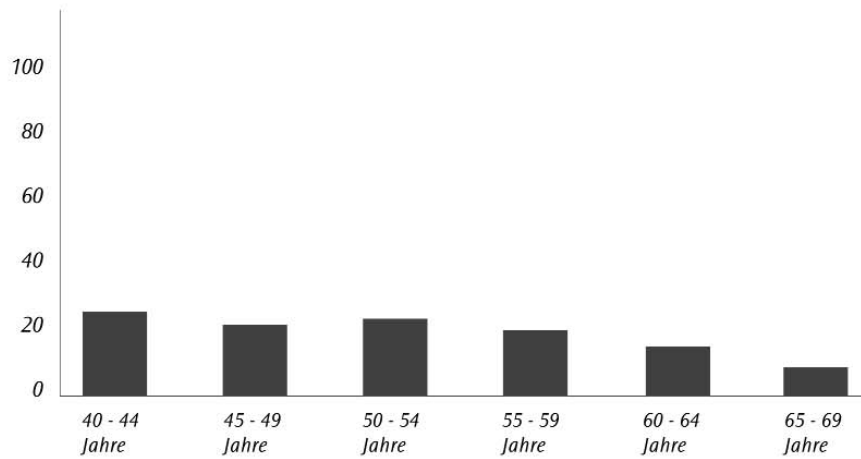
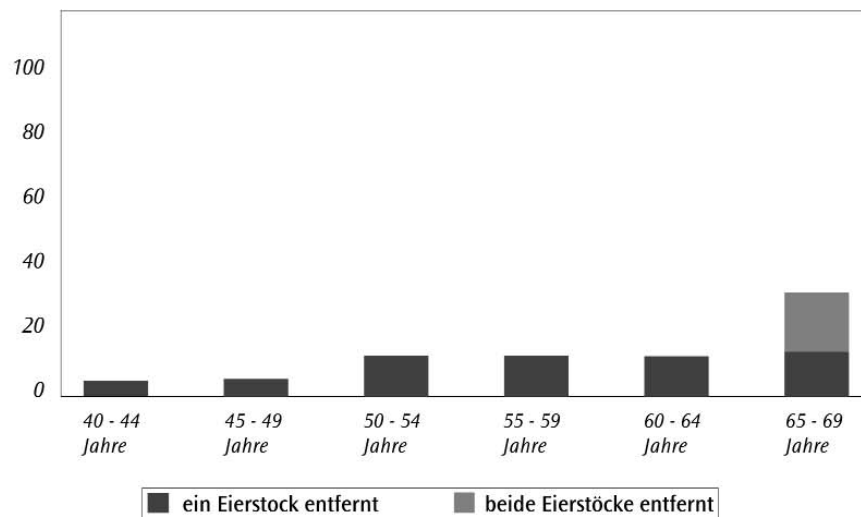


Abbildung 1.25:

Anteil der Frauen denen die Eierstöcke entfernt wurden (in Prozent)



1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Abbildung 1.26:

Anteil der Frauen mit einer Konisation (in Prozent)

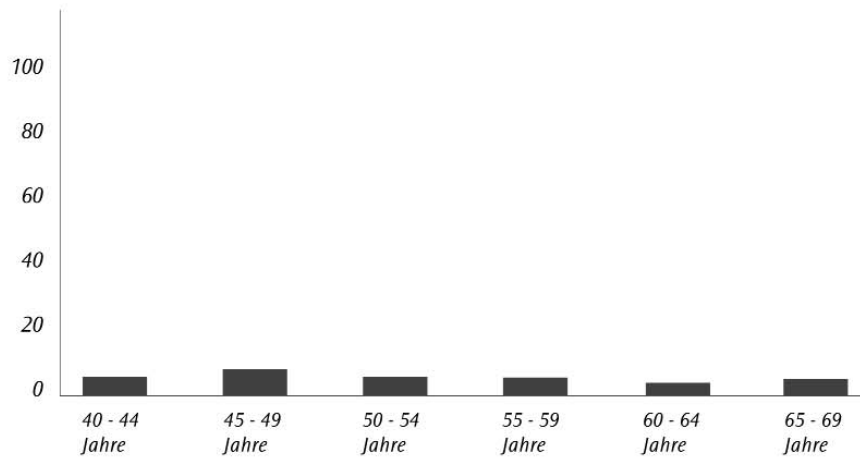
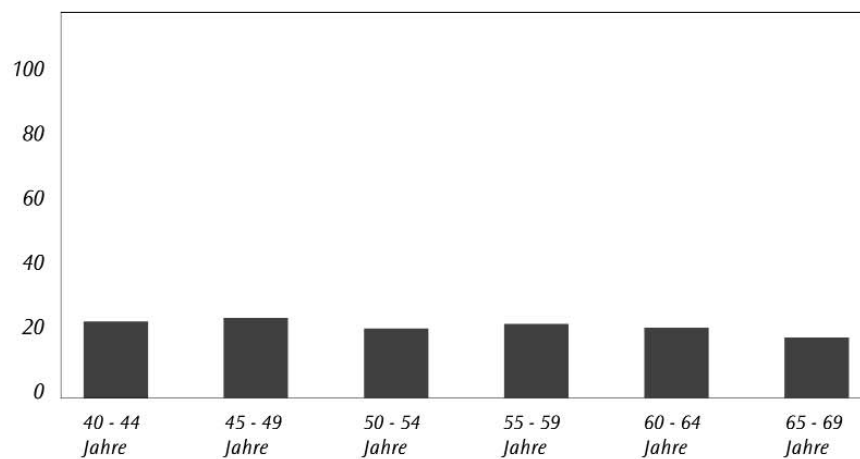


Abbildung 1.27:

Anteil der Frauen, die eine andere (als die in Abb.1.22 bis 1.26 genannten) Unterleibsoperation hatten (z.B. im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, organerhaltende Operationen und Eingriffe) (in Prozent)



Besonders bemerkenswert ist die Verteilung der Anteile der Bauchspiegelung nach Altersgruppen. Im Gegensatz zu allen anderen betrachteten Eingriffen, bei denen die Anteile mit dem Alter steigen, ist es bei der Bauchspiegelung umgekehrt: Während bei den älteren Frauen nur ca. jede 13. bis 9. Frau irgendwann in ihrem Leben diesen Eingriff hatte, ist es bei den 40 bis 44-jährigen Frauen schon fast jede Vierte. Als Gründe für diese Unterschiede sind die Veränderung der OP-Techniken (sog. Schlüsselloch-Chirurgie) sowie die Zunahme diagnostischer Bauchspiegelungen (zur Abklärung der Ursachen einer Infertilität oder unklarer Unterbauchbeschwerden) zu diskutieren.

Was tun Frauen bei gynäkologischen Beschwerden?

Welche Ärzte/Ärztinnen konsultieren sie? Welche Rolle spielen andere Personen (Freundinnen, Partner, Verwandte) und Institutionen (Frauengesundheitszentrum, Selbsthilfegruppen etc.) bei gynäkologischen Beschwerden?

Die Frage war: Gehen Sie bei gynäkologischen Beschwerden zu einem Arzt bzw. zu einer Ärztin (bzw. sind Sie bisher gegangen)?

Die Befragung ergab ganz eindeutige Ergebnisse. Fast alle Frauen (98%) konsultieren mit gynäkologischen Beschwerden einen Arzt oder eine Ärztin, überwiegend der Fachrichtung Gynäkologie. Ältere Frauen gehen – auch mit gynäkologischen Beschwerden – häufiger zu Ärzten und Ärztinnen anderer Fachrichtungen, vor allem zu Praktischen Ärzten und Ärztinnen.

Etwa ein Drittel der Frauen gibt an, sich zusätzlich auch noch an andere Personen und Institutionen zu wenden, und zwar in folgender Reihenfolge: an Freundinnen/Bekannte (42%), Partner/in (24%), weibliche Verwandte (18%), Frauengesundheitszentren und -treffpunkte (6%), Selbsthilfe und Heilpraktiker/in (jeweils 2%).

1.5.3 DIE ENTFERNUNG DER GEBÄRMUTTER (HYSTEREKTOMIE)

Die Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie⁹) ist die häufigste Operation bei Frauen in und nach den Wechseljahren. „Eine Gebärmutterentfernung gehört zu den sogenannten „großen“ Operationen“ (Cutler & Minker 1997). Es sollte eigentlich selbstverständlich sein, dass die Entscheidung für einen solchen Eingriff nur nach äußerster sorgfältiger Abwägung des Nutzens und der Risiken und nur dann erfolgen sollte, wenn es keine weniger radikale

Therapiealternative gibt. Dass dies in der Vergangenheit und auch heute in jedem Einzelfall geschieht, wird seit langem von kritischen Frauen und Männern bestritten und es gibt zahlreiche Belege dafür, dass nicht alle durchgeführten Hysterektomien medizinisch notwendig sind. Lowdermilk geht für die USA davon aus, dass 30 bis 40% der Hysterektomien nicht notwendig sind. Für Deutschland vermutet Ehret-Wagener, „dass nur etwa 10% der Hysterektomien wirklich unumgänglich sind im streng medizinischen Sinn, ...“ (FFGZ 2001, S. 27)¹⁰

Buch- bzw. Aufsatztitel wie z.B. „Gebärmutter – das überflüssige Organ?“ oder „Die Entfernung der „nutzlosen“ Gebärmutter“ verweisen auf die Bedeutung nichtmedizinischer Erwägungen für die Entscheidung zur Operation, die insbesondere in der kulturellen Bewertung der Gebärmutter begründet liegen. Diese ist in westlichen Industrienationen nicht selten durch eine Auffassung gekennzeichnet, die die Funktion der Gebärmutter auf die Phase des Kindergebärens beschränkt. Neuere Forschungen zeigen jedoch die wichtige Rolle der Gebärmutter für den gesamten Stoffwechsel- und Hormonhaushalt.

Was ist eine Hysterektomie?

Nach Cutler & Minker versteht man im deutschen medizinischen Sprachgebrauch unter Hysterektomie die Entfernung der Gebärmutter, ohne dass gleichzeitig auch Eileiter und Eierstock (ein- oder beidseitig, Salpingo-Ovariektomie) mitentfernt werden¹¹. Die Entfernung der Gebärmutter kann unterschiedlich umfassend erfolgen: der Gebärmutterhals kann erhalten bleiben (subtotale Gebärmutterentfernung) oder ebenfalls entfernt werden (totale Gebärmutterentfernung); besonders bei Krebserkrankungen kann die Operation die umgebenden Binde- und Lymphgewebsbereiche sowie den oberen Teil der Scheide umfassen. Diese Unterschiede sind sehr bedeutsam für die betroffenen Frauen. Neben der Schwere der Operation ist das Risiko für Folgewirkungen wie z.B. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Harninkontinenz, hormonelle Veränderungen, Lymphödeme nach Wertheim-OP größer, wenn die Eierstöcke entfernt werden. In diesem Abschnitt wird – wenn nicht ausdrücklich anderes gesagt – unter dem Begriff „Hysterektomie“ jede Operation verstanden, bei der die Gebärmutter entfernt wurde.

Wie häufig sind Gebärmutterentfernungen?

In der Literatur werden gravierende Unterschiede in der Häufigkeit der Hysterektomien im internationalen Vergleich berichtet. Die Anzahl der operativen Gebärmutterentfernungen sei bis Mitte der 80er-Jahre angestiegen und habe danach tendenziell abgenommen. In den

⁹ Das Wort „Hysterektomie“ leitet sich von „hystera“ (griechisch, weibl.) ab, mit dem der altgriechische Arzt Hippokrates die Gebärmutter bezeichnete. Das heute übliche „uterus“ (lat., männl.) wurde im alten Rom verwendet (Cutler & Minker 1997).

¹⁰ Ein eigenes Thema in diesem Zusammenhang ist die Kostenseite dieser Situation, die hier nur angedeutet werden soll: In Bremen liegt die Fallpauschale für eine Hysterektomie je nach Operation bei 6.407 DM bzw. 7.258 DM. Dabei wird von einer durchschnittlichen Verweildauer von 21-23 Tagen ausgegangen. (persönliche Mitteilung Herr Nagel, VDAK, 14.3.2001).

¹¹ Die Entfernung der Gebärmutter mit gleichzeitiger Entfernung der Eierstöcke wird häufig irreführend und falsch auch „Totaloperation“ genannt (z.B. www.medizin-netz.de/frau/EntfGebaerm.htm v. 6.2.2001). „Eine ‚totale Operation‘ gibt es nämlich nicht, ebenso wenig eine ‚totaloperierte Frau‘: Dann wäre schließlich nichts mehr von ihr vorhanden. Zudem ist der Begriff ausgesprochen frauenfeindlich weil er den Schluss nahe legt, eine Frau könne nur über ihre Gebärmutter definiert werden - und wenn diese weg ist, sei die Frau eben ‚keine richtige Frau mehr‘“ (Cutler & Minker 1997). „Auch wenn der Begriff ‚Totaloperation‘ nur auf den Unterleib bezogen gemeint ist, ist er falsch, weil ja andere Organe des Unterleibs, Blase, Dick- und Dünndarm, Scheide, unangetastet bleiben“ (ebenda).

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

90er-Jahren schwankte die Zahl der Hysterektomien pro 100.000 Frauen zwischen 550 in USA und 90 in Frankreich. Für Deutschland wird der Anteil der Hysterektomien pro 100.000 Einwohnerinnen zwischen 350 und 181 (Durchschnitt der Jahre 1995 bis 1997, alte Bundesländer) angegeben. Allgemein wird davon ausgegangen, dass in Deutschland jede 3. Frau im Laufe ihres Lebens von einer Hysterektomie betroffen ist.

Für die unterschiedliche Häufigkeit der Hysterektomien in verschiedenen Ländern mag es im Einzelnen sehr verschiedene Gründe geben. Diese Unterschiede können aber sicher nicht dadurch erklärt werden, dass die Frauen in diesen Ländern so unterschiedlich häufig an Erkrankungen leiden, die eine Hysterektomie zu Folge haben müssen. Das heißt, die Häufigkeit von Hysterektomien ist durch Veränderungen im System der Versorgung, z.B. durch Veränderung der Entscheidungsprozesse, beeinflussbar. Dafür spricht sehr eindrucksvoll eine Untersuchung aus der Schweiz Ende der 80er-Jahre. In einer vom Gesundheitsamt im Kanton Tessin in Auftrag gegebenen Studie ging es um die Notwendigkeit und Häufigkeit bestimmter Operationen. Die wichtigsten Ergebnisse waren (zitiert nach Strathenwerth 1994, S. 33f):

- "Es stellte sich heraus, dass die Rate der Gebärmutterentfernungen unter der weiblichen Gesamtbevölkerung doppelt so hoch lag wie bei den Ehefrauen von Ärzten. Bei diesen wurde die Notwendigkeit des Eingriffs offenbar sehr viel gründlicher abgewogen.
- Gynäkologinnen schienen dem Eingriff wesentlich skeptischer gegenüber zu stehen als ihre männlichen Kollegen: Sie schlugen eine Gebärmutterentfernung nur halb so oft vor.
- Darüber hinaus fanden die Tessiner heraus, dass die Häufigkeit der Hysterektomien abhängig von der Zahl der in einer Region niedergelassenen Gynäkologen und der verfügbaren chirurgischen Betten war."

Das dortige Gesundheitsamt hat daraufhin Medienkampagnen gestartet, in denen die Bevölkerung zum Thema überflüssige Operationen und über die Rechte der Patientinnen aufgeklärt wurde, in deren Folge die Zahl der Hysterektomien um rund ein Drittel zurückging.

In jüngster Zeit wurden eine Reihe von Studien veröffentlicht, die einen Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Hysterektomiehäufigkeit insofern zeigen, als Frauen unterer sozialer Schichten häufiger eine Hysterektomie hatten, als Frauen höherer sozialer Schichten. In eine ähnliche Richtung zeigen auch die Daten der Bremer

Befragung aus dem Jahr 2000. Als mögliche Ursachen dafür wird in der Literatur angegeben, dass Frauen unterer Bildungsschichten später in ärztliche Behandlung gehen und dass ihnen häufiger eine Hysterektomie empfohlen wird bzw. sie diese Behandlungsart häufiger wählen.

Für Deutschland liegen einige repräsentative Daten aus den 80er- und 90er-Jahren vor. Stratenwerth berichtet aus den 80er-Jahren, dass zwischen 20 und 40 Prozent der über 50-jährigen Frauen eine Gebärmutterentfernung berichteten. Befragungen für den Nationalen Gesundheitssurvey Anfang der 90er-Jahre in den alten (1990/91) und neuen (1991/92) Bundesländern ergaben für die alten Bundesländer vergleichbare Ergebnisse und zudem deutliche Ost-West-Unterschiede. In den alten Bundesländern gaben rund 26% der 45 bis 54-jährigen und rund 30% der 55 bis 69-jährigen Frauen eine Gebärmutterentfernung an. In den neuen Bundesländern waren diese Anteile mit rund 18% der 45 bis 54 Jährigen und rund 20% der 55 bis 69 Jährigen deutlich niedriger.

Für Bremen liegen aktuelle Daten aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Jahr 2000 des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) vor, auf die weiter unten ausführlich eingegangen wird.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Hysterektomiehäufigkeit in Deutschland heute deutlich niedriger ist als in den 80er-Jahren. Die bereits erwähnte BIPS-Befragung im Jahr 2000 wurde im Rahmen eines EU-Projektes mit finnischen, spanischen, britischen und portugiesischen Kooperationspartner/innen durchgeführt. Erste Ergebnisse zeigen, dass von den verglichenen Regionen der Anteil der hysterektomierten Frauen in Bremen am höchsten ist.

Wann ist eine Hysterektomie notwendig? Was sind die Indikationen für eine Hysterektomie?

In der Literatur wird zwischen absoluten und relativen Indikationen für eine Hysterektomie unterschieden. Zu den absoluten Indikationen gehören Krebserkrankungen der Gebärmutter und der Eierstöcke. Liegt eine solche Krebserkrankung vor, ist im allgemeinen eine Gebärmutterentfernung angezeigt, wenn es keine gleichwertigen Behandlungsalternativen gibt. Zum Beispiel kann bei Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses (Zervixkarzinom) die Strahlentherapie eine Alternative sein. Wenn anders nicht zu stillende Blutungen sowie nicht anders zu behandelnde Entzündungen im Bereich der

inneren Genitalorgane vorliegen, wird ebenfalls eine Entfernung der Gebärmutter notwendig bzw. angeraten.

Zu den sogenannten relativen Indikationen, bei denen eine Gebärmutterentfernung nicht unbedingt notwendig ist, gehören:

- Blutungsstörungen der Gebärmutter (zu häufige und /oder zu starke Regelblutungen)
- sehr schmerzhafte Regelblutungen
- Senkung der Gebärmutter
- gutartige Tumoren der Gebärmutter, insbesondere Myome
- eine deutliche Vergrößerung der Gebärmutter
- eine Endometriose
- Verwachsungen im Unterbauchbereich.

Außer in ganz seltenen akuten Notfällen, z.B. bei schweren Blutungen aus der Gebärmutter, die medikamentös nicht gestillt werden können, ist – auch bei einer Krebserkrankung – meist genügend Zeit für eine umfassende und individuelle Entscheidungsfindung. Für die betroffene Frau bedeutet dies, dass sie sich die Zeit nehmen kann, sich so gründlich zu informieren, wie sie das möchte. Sie kann z.B. eine weitere ärztliche Meinung einholen oder sich im Frauengesundheitszentrum oder bei Profamilia beraten lassen. Es wird empfohlen, wenn möglich eine stufenweise Behandlung einer Erkrankung anzustreben, die mit den sanftesten Maßnahmen beginnt und alle konservativen Behandlungsmethoden ausschöpft, bevor eine Entfernung der Gebärmutter ins Auge gefasst wird.

Für Deutschland ist davon auszugehen, dass etwa 90% der Hysterektomien aufgrund einer der o.g. relativen Diagnosen erfolgen und nur etwa 10% wegen einer Krebserkrankung. Die häufigste Einzelindikation sind mit ca. 50% Myome. Vergleichbare Zahlen werden für 1999 aus Hessen berichtet: Von insgesamt 8.071 Hysterektomien erfolgten rund 93% (7.506) auf Grund gutartiger Erkrankungen, davon 51% wegen gutartiger Neubildungen des Uterus (meistens Myome), 19% wegen Prolaps (sog. Vorfall, z.B. der Gebärmutter), 11% wegen Blutungsstörungen.

Für die o.g. gutartigen Erkrankungen und Beschwerden gibt es in der Regel alternative Behandlungsformen, die immer in Erwägung gezogen werden sollten, bevor die Entscheidung für eine Hysterektomie getroffen wird¹². Als Ursache für die unterschiedliche Häufigkeit der Hysterektomie bei diesen gutartigen Erkrankungen wird auch innerhalb gynäkologischer Fachkreise in Deutsch-

land “eine bei den Gynäkologen bestehende Unsicherheit über die korrekten Indikationsstellungen” (De Bruyne & Balan 2000) gesehen.

Allgemein wird zur Zeit in der Medizin die Entwicklung von Leitlinien und Standards als adäquates Mittel der Qualitätssicherung erachtet. “Für die Hysterektomie gibt es seitens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft diagnostische und therapeutische Standards beim Zervixkarzinom und beim Endometriumkarzinom. Die Indikationsstellung ist individuell und nach Meinung der Fachgesellschaft nicht zu definieren” (BMG 2000, S. 129). Anders als in Deutschland gibt es sowohl in USA als auch in der Schweiz Leitlinien für Hysterektomie, die beinhalten, unter welchen Umständen bei spezifischen Indikationen eine Entfernung der Gebärmutter in Frage kommt.

Welche Operationsmethoden werden angewendet?

Wenn eine Hysterektomie unumgänglich ist, sollte die schonendste Operationsmethode gewählt werden. Die Operation erfolgt in Vollnarkose und wird üblicherweise in einer Klinik durchgeführt. Die Entfernung der Gebärmutter kann entweder durch einen Bauchschnitt (abdominale Hysterektomie) oder durch die Scheide (vaginale Hysterektomie) erfolgen. Seit Ende der 80er-Jahre werden auch laparoskopische Operationsmethoden entwickelt und angewendet. Für die individuelle Patientin muss die jeweils angemessene Methode gefunden werden. In USA gibt es eine Leitlinie über die Methodenwahl bei Hysterektomien auf Grund von gutartigen Erkrankungen. In Deutschland gibt es Vergleichbares bisher nicht.

Aus Hessen liegen aktuelle Daten über die Verteilung der Operationsmethoden vor, die im Rahmen des hessischen Programms zur Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie erhoben wurden. Demnach wurden in 1999 7.506 Hysterektomien auf Grund einer gutartigen (benignen) Erkrankung durchgeführt, davon 48% vaginal (zum Teil unter Zuhilfenahme des Laparoscops) und 45% abdominal (über einen Bauchschnitt). Bei bösartigen (malignen) Erkrankungen erfolgte die Hysterektomie überwiegend (84%) abdominal. Die Verweildauer im Krankenhaus betrug durchschnittlich 2 bis 5 Tage präoperativ und 10 bis 15 Tage postoperativ.

Die Operationsmethode muss Teil der informierten Entscheidung der Frau auf Grundlage einer umfassenden und angemessenen, d.h. auch rechtzeitigen Information und Beratung sein.

¹² Einen guten Überblick über Indikationen für eine Gebärmutterentfernung und alternative Behandlungsmethoden gibt Ehret-Wagener (1994), vgl. auch FFGZ (2001).

Was bedeutet eine Hysterektomie für die betroffene Frau?

Es ist nicht einfach, die Folgen einer Hysterektomie für die betroffenen Frauen darzustellen. Kann durch die Hysterektomie die Gesundheit einer Frau wiederhergestellt und verbessert werden, erscheinen mögliche Folgen in einem anderen Licht, als wenn eine vermeidbare Operation vielleicht mehr Probleme schafft als sie löst. Für alle Frauen gilt aber, mit der Hysterektomie wird ein wichtiges Organ der Frau entfernt und es "ist ein Eingriff in die Ganzheit des Körpers" (Müller 2000). Neben organischen Folgen werden von Frauen psychische Auswirkungen beschrieben.

Folgewirkungen einer Hysterektomie sind Veränderungen des hormonellen Milieus, frühes Altern (frühere Wechseljahre), Depressionen nach der Operation, Risiken für die Gesundheit des Knochengerüsts (Osteoporose), Risiken für die Gesundheit des Herz-Kreislauf-Systems, verschlechtertes Sexualleben, Harninkontinenz sowie Identitäts- und Partnerschaftsprobleme. Nach der Krankenhausentlassung müssen Frauen mit zwei bis drei evtl. auch mehr Monaten Arbeitsunfähigkeit rechnen. Zunehmend werden langfristige Folgen einer Hysterektomie thematisiert, die bisher wenig untersucht sind, z.B. werden Migräne und Depressionen mit der oft schon Jahre zurückliegenden Hyster-ektomie in Zusammenhang gebracht, wie das Dr. I. Olbricht aus ihrer Arbeit in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung beschreibt.

In neueren Untersuchungen wird z.B. auch über phantomartige Schmerzen im Rücken berichtet. Nach Ehret-Wagener gibt es sowohl bei Frauen als auch bei Ärzten und Ärztinnen eine Neigung, nach der Operation auftretende Beschwerden nicht als Folgeschäden der Operation einzuordnen, sondern darin eine neue Krankheit zu sehen, was vor allem damit zusammenhängt, dass die Entscheidung zur bzw. die Durchführung der Operation im Nachhinein möglichst nicht in Frage gestellt werden soll¹³.

1.5.4 HÄUFIGKEIT UND GRÜNDE FÜR EINE HYSTEREKTOMIE BEI FRAUEN IN BREMEN – ERGEBNISSE EINER BIPS-BEFragung AUS DEM JAHR 2000

Die Methodik und allgemeine Ergebnisse der Befragung wurden bereits oben dargestellt. Im Folgenden werden einige ausgewählte Ergebnisse zum Thema Hysterektomie dargestellt.

Wie viele Frauen in Bremen hatten eine Gebärmutterentfernung?

Wie bereits oben angesprochen, hat in Bremen jede vierte Frau zwischen 40 und 70 Jahren keine Gebärmutter mehr. Der Anteil steigt bis zum 70. Lebensjahr stetig an und beträgt zwischen 6 % bei den 40 bis 44-jährigen bis

Tabelle 1.9: Anteil der Frauen mit Hysterektomie und Alter bei Operation von Bremer Frauen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren

Alter bei Befragung	Anteil der Frauen, die eine Gebärmutter- entfernung hatten N (%)	Alter bei Hysterektomie (Jahre) Minimum, Maximum, Durchschnitt
40-44	30 (6)	27-44, 38
45-49	57 (12)	24-49, 39
50-54	109 (25)	25-55, 42
55-59	156 (32)	23-58, 42
60-64	190 (37)	27-62, 45
65-69	152 (40)	29-68, 47

BIPS-Befragung (2000)

¹³ Die neue Broschüre des FFGZ (2001) enthält eine ganze Reihe sehr aufschlussreicher Erfahrungsprotokolle von Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hatten.

hin zu 40% bei den 65 bis 69-jährigen Frauen. Der Anteil Frauen, die eine Hysterektomie hatten, ist tendenziell bei Frauen mit deutscher Nationalität höher (25%) als bei Frauen mit ausländischer Nationalität (18%), wobei die unterschiedliche Altersverteilung berücksichtigt werden muss (nur ausführlicher Fragebogen in deutscher Sprache).

Die hier vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf Bremerinnen deutscher und ausländischer Nationalität gemeinsam. Die detaillierten Informationen wurden in der Langversion des Fragebogens erhoben. Da bei Frauen mit ausländischer Nationalität aufgrund der Sprachkenntnisse häufiger der Kurzfragebogen (auch in türkischer und russischer Sprache) eingesetzt wurde, liegen nur für einen Teil der Ausländerinnen detaillierte Informationen vor, so dass eine getrennte Betrachtung hier nicht möglich ist.

Die Frauen waren zwischen 23 und 69 Jahren, im Durchschnitt 43 Jahre alt, als die Gebärmutter entfernt wurde. Eine Übersicht gibt Tabelle 1.9 getrennt nach Altersgruppen.

In detaillierteren Auswertungen zeigt sich für Bremen seit Mitte der 80er-Jahre eine Tendenz zu weniger Hysterektomien, und zwar in allen Altersgruppen. 6% der Frauen, die im Jahr 2000 zwischen 40 und 44 Jahren alt waren, hatten eine Hysterektomie. Bei Frauen, die im Jahr 1985 zwischen 40 und 44 Jahren alt waren, waren dies rund 17%.

Darüber hinaus geben erste Auswertungen deutliche Hinweise darauf, dass es auch in Bremen ausgeprägte soziale Unterschiede in Bezug auf Hysterektomien gibt. Es wurden die Anteile der Frauen mit und ohne Hysterektomie nach Schulabschluss verglichen.

Hier zeigte sich insgesamt und auch in allen betrachteten Altersgruppen getrennt, dass die Anteile der Frauen mit einer Hysterektomie unter denen mit Volksschulabschluss höher sind als unter den Frauen, die die Mittlere Reife abgeschlossen haben und unter diesen wiederum höher ist als unter denen mit Fachhochschulreife bzw. Abitur. Auch wenn diesen ersten Hinweisen in vertiefenden Auswertungen noch weiter nachgegangen werden muss, ist damit schon jetzt die Notwendigkeit und Bedeutung einer Informationsarbeit unterstrichen, die insbesondere auch die sogenannten unteren sozialen Schichten erreichen muss.

Welches waren die Gründe für die Gebärmutterentfernung?

Fast alle Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hatten, machten im Interview auch Angaben über die Gründe für diese Operation. Die überwiegende Mehrzahl der Gebärmutterentfernungen (insgesamt 96%) erfolgte nach den Angaben der Befragten aufgrund von Erkrankungen oder Beschwerden.

Nahezu 90% der Hysterektomien erfolgten aufgrund einer gutartigen Diagnose, davon fast jede zweite aufgrund von Myomen. Nahezu die Hälfte dieser Frauen haben mehrere gutartige Diagnosen als Begründung für die Hysterektomie angegeben, z.B. Myome und starke Schmerzen

Tabelle 1.10: Gründe für die Entfernung der Gebärmutter (für N=697 von 704 Frauen mit Hysterektomie)

Grund für die Hysterektomie	N (Prozent)
eine bösartige Erkrankung des Unterleibs (incl. carcinoma in situ)	59 (9%)
eine gutartige Erkrankung des Unterleibs	596 (86%)
davon Myome	274
ausschließlich Krebsprävention	16 (2%)
im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt/Schwangerschaft	9 (1%)
andere bzw. unklare Gründe angegeben	17 (2%)
BIPS-Befragung (2000)	

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

oder Blutungen, Eisenmangel etc. Maligne Erkrankungen waren Grund für 9% der Hysterektomien. Immerhin 16 Frauen gaben als einzigen Grund für die Hysterektomie an, eine mögliche Krebserkrankung vermeiden zu wollen, z.B. weil weibliche Familienmitglieder eine Krebserkrankung haben oder daran verstorben sind.

Diese Selbstangaben der befragten Bremerinnen zu den Diagnosen entsprechen sowohl den Angaben in der Literatur als auch der Qualitätssicherungsstatistik, die aus Hessen bekannt ist (s.o.). Dies spricht für die Zuverlässigkeit der erhobenen Daten und unterstreicht, dass die Situation in Bremen vergleichbar mit anderen Regionen in Deutschland ist.

Wo wurde die Hysterektomie durchgeführt?

Es wurde auch gefragt, in welchem Krankenhaus die Operation durchgeführt wurde. 92% der Operationen wurden in Bremen durchgeführt, davon jede zweite entweder im Zentralkrankenhaus St. Jürgen-Straße oder im St. Joseph-Stift.

Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis

In der Literatur wird häufig – als Argument gegen die Kritiker/innen – dargestellt, dass die Mehrzahl der Frauen mit der Gebärmutterentfernung zufrieden ist. Dies zeigt sich im Überblick auch in den Bremer Daten. 67% der Frauen gaben an, "sehr zufrieden" zu sein, und weitere 24% "eher zufrieden"¹⁴. Der Anteil der "sehr zufriedenen"

wird mit zunehmendem Alter der Frauen eher geringer, umgekehrt ist der Anteil der Frauen, die sich "eher zufrieden" äußern, bei den älteren Frauen tendenziell etwas höher als bei den jüngeren Frauen. 4% der Frauen beantworteten diese Frage nicht eindeutig ("weder/noch") und weitere 4% sind entschieden unzufrieden.

Wesentliche Gründe für die Zufriedenheit mit der Gebärmutterentfernung sind bei den "sehr zufriedenen" Frauen eine gut verlaufene Operation, eine insgesamt gute Behandlung in der Klinik und das Gefühl einer deutlich verbesserten Lebensqualität nach der Operation, nämlich endlich keine Schmerzen mehr zu haben, frei von den zum Teil leidvoll erlebten Beschwerden zu sein, sich endlich wohl zu fühlen.

Auch für die Frauen, die sich als "eher zufrieden" beschreiben, scheint die Befreiung von Beschwerden der wichtigste Grund für ihre Zufriedenheit. Sie berichten zugleich von Operationskomplikationen, langer Genesungsdauer, Folgewirkungen wie z.B. psychischen Problemen, Kopfschmerzen, Osteoporose, Narbenschmerzen sowie Zweifeln, ob die Entscheidung richtig war. Aus den Antworten wird ersichtlich, dass häufig die Beschwerden dieser Frauen durch die Operation nicht so weit gebessert wurden, wie sie sich das erhofft hatten. Einige dieser Frauen berichten, dass mehr weggenommen wurde als nötig war bzw. als ihnen vor der Operation gesagt worden war, z.B. die Eierstöcke.

Tabelle 1.11: Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis bei Gebärmutterentfernung; Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem Operationsergebnis? (Die Antworten waren vorgegeben.)

Alter	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
sehr zufrieden	42 (74)	84 (77)	107 (69)	130 (68)	83 (55)
eher zufrieden	10 (18)	17 (16)	36 (23)	46 (24)	53 (35)
weder / noch	3 (5)	5 (5)	8 (5)	4 (2)	8 (5)
eher unzufrieden	1 (2)	1 (1)	3 (2)	9 (5)	5 (3)
sehr unzufrieden	1 (2)	1 (1)	2 (1)	1 (2)	3 (2)
gesamt	57 (100)	109 (100)	156 (100)	190 (100)	152 (100)

BIPS-Befragung (2000)

¹⁴ Auch in einer Telefonbefragung in Aachen, Hamm, Chemnitz und Görlitz lag die Zufriedenheit nach dem Indikator "Würde mich noch einmal operieren lassen" bei ca. 90% (BMG 2000).

Bei den Frauen, die die Frage nach der Zufriedenheit mit "weder/noch" beantworten, kommen noch deutlicher negative Aspekte der Operation und deren Folgewirkungen zum Ausdruck. Die Frauen, die sich unzufrieden äußern, berichten von schlecht durchgeführten Operationen, OP-Komplikationen, weiter fortbestehenden Beschwerden, schlechter Aufklärung, einschneidenden Folgewirkungen wie z.B. Schmerzen und Inkontinenz. Von einer Verbesserung ihrer Lebensqualität bzw. Befreiung von Schmerzen durch die Entfernung der Gebärmutter ist nur selten die Rede.

Insgesamt kann man somit sagen, dass jede 4. bis je 3. Frau (auch) negative – und zum erheblichen Teil vermeidbare – Aspekte der Operation berichtet. Zudem ist Vorsicht geboten bei der Einschätzung der Zufriedenheit, wenn nur Frauen gefragt werden, denen die Gebärmutter entnommen wurde. Diese haben nach der Operation keine Alternative mehr und werden schon allein deshalb in Richtung Zufriedenheit tendieren. Aussagekräftig wäre hier allein eine (möglichst randomisierte) Vergleichsstudie zur Zufriedenheit mit unterschiedlichen Therapien z.B. bei Myomen.

Konfrontation mit einer möglichen Gebärmutterentfernung

Nicht alle Frauen, die jemals mit der Entscheidungssituation über eine Gebärmutterentfernung oder in anderer Weise mit diesem Thema konfrontiert waren, haben letztlich eine Hysterektomie. Aus der Sicht der Frauengesundheitsberichterstattung ist diese Perspektive ebenso interessant. Lassen sich daraus Rückschlüsse für die Versorgung ziehen?

In der BIPS-Befragung wurden alle Frauen, die ihre Gebärmutter noch haben, gefragt, ob sie jemals in der Situation waren, über eine Entfernung ihrer Gebärmutter nachzudenken, und wenn dies der Fall war, welches die Gründe dafür waren. Die Antworten auf diese Frage ergaben, dass zusätzlich zu den hysterektomierten Frauen rund jede 10. der befragten Frauen schon einmal darüber nachgedacht hat bzw. nachdenken musste. Dieser Anteil ist am höchsten in den Altersgruppen 40 bis 54 Jahre. Der überwiegende Teil dieser Frauen (etwa drei Viertel) gab medizinische Gründe dafür an.

Tabelle 1.12: Anteil der Frauen, die schon einmal mit dem Thema Gebärmutterentfernung konfrontiert waren - nach Altersgruppen; Frage (nur an Frauen, die ihre Gebärmutter noch hatten) war: Waren Sie jemals in der Situation, über die Entfernung ihrer Gebärmutter nachzudenken bzw. nachdenken zu müssen?

Alter bei Befragung	Anteil der Frauen, die schon einmal mit dem Thema Gebärmutterentfernung konfrontiert waren, ihre Gebärmutter aber noch haben N (%)
40-44	56 (11)
45-49	57 (12)
50-54	56 (13)
55-59	48 (10)
60-64	38 (7)
65-69	30 (8)

BIPS-Befragung (2000)

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

1.5.5 ZUSAMMENFASSUNG DER PROBLEMLAGEN UND GESUNDHEITSPOLITISCHE VORSTELLUNGEN FÜR EINE VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSSITUATION VON FRAUEN IN BREMEN

Die Reproduktionsorgane von Frauen sind nicht nur "das" frauenspezifische Gesundheitsthema, gynäkologische Erkrankungen und Beschwerden sind für Frauen auch quantitativ von enormer Bedeutung. Wie die BIPS-Befragung ergab, hatten zwei von drei Bremer Frauen im Laufe ihres Lebens mindestens eine der wichtigsten Diagnosen (Senkung, Entzündungen oder Vergrößerungen der Gebärmutter, Verwachsungen, Myome, Zysten, Polypen oder andere gutartige Tumoren an Gebärmutter bzw. Eierstöcken, Endometriose, Krebserkrankungen).

Wenn zwei Drittel der Frauen mindestens eine dieser Diagnosen angeben, sagt dies allerdings nichts darüber aus, ob und wie schwer sie gesundheitlich dadurch belastet sind. Es sagt jedoch etwas darüber aus, dass eine Funktion ihres Körpers von einer medizinisch definierten Norm abweicht und einer medizinischen Diagnose zugeordnet werden kann (Stichwort: Pathologisierung des Frauenkörpers). Diese Diagnosestellung zieht in aller Regel auch eine medizinische Behandlung nach sich. So konnte ebenfalls gezeigt werden, dass zwei Drittel der befragten Frauen mindestens einen gynäkologischen Eingriff bzw. eine Operation hatten. Aus frauengesundheitspolitischer Perspektive sind angesichts dieser Ergebnisse die Prozesse der Normierung, Pathologisierung und Regulierung weiblicher Körpervorgänge durch die Medizin zu diskutieren. Diese Prozesse sind durch regionale Gesundheitspolitik jedoch nur in begrenztem Maße zu beeinflussen. Mit der Einrichtung und Förderung frauenspezifischer Informations- und Beratungsangebote sind in Bremen jedoch wichtige Voraussetzung dafür geschaffen, dass

- eine die Schulmedizin erweiternde frauenspezifische Gesundheitsberatung ermöglicht wird,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung erkrankter Frauen gefördert wird und
- die Stärkung von Selbstkompetenz (Selbsthilfe) erfolgt.

Gesundheitspolitisch besorgniserregend an den Ergebnissen der Befragung ist die hohe Rate der Gebärmutterentfernungen einerseits und andererseits der hohe Anteil von Bauchspiegelungen in den jüngeren Altersgruppen. Inwieweit die Bauchspiegelung bei jüngeren

Frauen überwiegend aus diagnostischen Zwecken, z.B. zur Abklärung unklarer Unterbauchschmerzen, bei sogenannter Infertilität oder aus therapeutischen Gründen erfolgte, kann anhand dieser Daten nicht abgeschätzt werden.

Auch für Bremen ist davon auszugehen, dass eine große Zahl medizinisch nicht zwingend notwendiger Gebärmutterentfernungen mit für die Frauen weitreichenden Folgen erfolgt. Dies führt zwangsläufig zur Frage, wie die Zahl überflüssiger Hysterektomien gemindert werden kann.

Wie gezeigt wurde, hängt die Entscheidung, ob die Gebärmutter entfernt wird oder nicht, nicht allein davon ab, welche Krankheit und welches Beschwerdebild vorliegen. Ausschlaggebend können Aspekte sein, die außerhalb des medizinischen Bereichs liegen. Es bestehen also offensichtlich Unklarheiten und weite Entscheidungsspielräume, wenn es darum geht, einen Entschluss für oder gegen die Hysterektomie zu treffen.

Bei bösartigen Krankheiten der Gebärmutter sowie bei bestimmten Komplikationen in der Schwangerschaft und unter der Geburt ist die Notwendigkeit der Operation in den meisten Fällen unbestritten. Die Probleme und Unklarheiten treten bei einer Reihe von gutartigen Erkrankungen bzw. Zuständen der Gebärmutter auf. Hier besteht das Behandlungsziel in den allermeisten Fällen darin, Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität zu erhöhen. Es geht also nicht um Lebensrettung und Lebensverlängerung, sondern ausschließlich um das Wohlbefinden der Frau.

Wie kann hier die Indikationsstellung verbessert werden?

Vorab ist festzuhalten, dass es in der gesamten Medizin und zwar im Inland ebenso wie im Ausland gravierende Probleme in der Indikationsstellung gibt. Über-, Unter- und Fehlversorgung sind für viele Bereiche und Methoden bewiesen. Die überflüssigen Hysterektomien sind ein Symptom für die Schwächen unseres Gesundheitsversorgungssystems. Patentlösungen gibt es nicht. Eine Verbesserung der Indikationsstellung zur Hysterektomie ist in erster Linie dann zu erwarten, wenn die betroffenen Frauen dazu in die Lage versetzt werden, eine informierte Entscheidung zu treffen. Das heißt, Frauen benötigen umfassende Informationen. An die Qualität der Informationen sind besondere Anforderungen zu stellen. Die Frau muss erfahren, welchen Nutzen sie von einer Behandlung erwarten kann und welches die Risiken sind. Ebenso muss über andere in Frage kommende Therapieverfahren und

deren Nutzen-Risikoverhältnis informiert werden.

Frauen sollten aber nicht nur über die medizinischen Möglichkeiten informiert sein. Zu einer angemesseneren Versorgung könnte auch eine höhere Transparenz von Seiten der Krankenhäuser führen. Hier sollte offen gelegt werden, über welche Erfahrungen eine Abteilung verfügt, welche Operationstechniken angeboten werden und mit welcher Häufigkeit Operationen durchgeführt werden. Wenn in einem Krankenhaus die vaginale Hysterektomie nicht durchgeführt wird, hat die Frau schlechte Chancen, diese Operation zu erhalten, selbst wenn es medizinisch die bessere Wahl wäre im Vergleich zur abdominalen Hysterektomie. Wenn in einem Krankenhaus organerhaltende Techniken wie Entfernung von Gebärmutterpolypen und Entfernung der Gebärmutter Schleimhaut durch die Scheide nicht angeboten werden, ist es sehr wahrscheinlich, dass ihr die Hysterektomie angeboten wird.

Als Fazit ist festzuhalten, dass es keine Zweifel daran gibt, dass die Hysterektomie in westlichen Ländern zu häufig durchgeführt wird. Dies hängt damit zusammen, dass noch immer die Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen den schonenderen und organerhaltenden Vorgehensweisen vorgezogen wird. Eine bessere Information der Frauen und höhere Transparenz von Seiten der Krankenhäuser könnte die Situation bessern.

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Ziel dieses Kapitels ist es, die Leistungen, Belastungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen darzustellen. Zudem werden Möglichkeiten zur Unterstützung und Entlastung dieser Gruppe aufgezeigt. Im Fokus steht damit die ambulante Versorgung. Lediglich ein Drittel der alten Menschen wird dauerhaft in Alten- und Pflegeheimen betreut, zwei Drittel werden ambulant und dabei zum weit überwiegenden Teil ohne professionelle Unterstützung im familiären Bereich gepflegt, betreut, versorgt. Obwohl der Angehörigenpflege damit eine enorm hohe Bedeutung zukommt, ist über die Situation Pflegender und Gepflegter im privaten Bereich bislang wenig bekannt.

Warum entscheiden sich Frauen, Angehörige zu pflegen? Welche körperlichen, seelischen und sozialen Belastungen können damit einhergehen? Welchen Verzicht leisten Pflegende, welchen Gewinn können sie davon haben? Welche Entlastungsmöglichkeiten bestehen für Pflegende und reichen diese aus, werden sie genutzt oder auch nicht? Dies sind Fragen, denen sich der nachfolgende Teil des Frauengesundheitsberichtes nähert.

Angeichts der demographischen Entwicklung sollte die Weiterentwicklung einer „Pflegekultur“ verstärkt in den Blickpunkt sozial- und gesundheitspolitischen Handelns rücken. Die vorrangig zu beantwortende Frage ist, wie mit den vorhandenen Ressourcen eine humane, bedürfnis- und bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen gewährleistet werden kann.

2.1. EINLEITUNG

Frauen erbringen im Rahmen der Familie ein hohes Maß an Gesundheitsleistungen: Als Gesundheitserzieherinnen gegenüber ihren Kindern, als Behandelnde bei akuter Erkrankung von Kindern oder dem Partner, als Pflegende und Betreuende von chronisch kranken oder behinderten Kindern oder von Angehörigen. Frauen übernehmen damit eine wichtige Funktion für die Gesundheit im privaten Umfeld, die professioneller Hilfe im Gesundheitssystem vorgeschaltet ist und dieses dadurch entlastet. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit der Frauen existiert noch immer eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, die Haus- und Familienarbeit vornehmlich den Frauen zuschreibt. Neben der Vereinbarkeitsproblematik von Haus-, Familien- und Erwerbsarbeit bedeutet für viele Frauen die Übernahme einer häuslichen Pflege einen weiteren Bereich, den es mit bereits bestehenden Arbeitsfeldern zu vereinbaren gilt.

Nach Angaben des „Berichtes zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ leben in Deutschland etwa 1,4 Mio. pflegebedürftige Personen in privaten Haushalten, die zu 73% von Lebenspartnerinnen, Müttern, Töchtern oder Schwiegertöchtern gepflegt werden. Damit wird der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen in Deutschland – und so ist es auch im Land Bremen – im familiären Umfeld durch Frauen betreut und gepflegt. Mit Einführung der Pflegeversicherung 1996 sollte dieser Tatbestand sozialpolitisch gestärkt und abgesichert werden: Das Pflegeversicherungsgesetz weist durch die explizite Priorisierung ambulanter Pflege den pflegenden Angehörigen einen hohen Stellenwert in der

Versorgung der Pflegebedürftigen zu. Auch die Gesundheitsreform 2000 wertet die ambulante Versorgung entschieden auf, so dass die familiäre Versorgung von Pflegebedürftigen ausdrücklich dem politischen Willen derzeitiger Gesundheits- und Sozialpolitik entspricht. Dennoch fehlt es bislang an ausreichender struktureller Berücksichtigung der Bedarfe von pflegenden Angehörigen sowie einem Netz entlastender, unterstützender Maßnahmen für die Pflegenden.

Häusliche Pflege ist häufig mit sozialer Isolation und materiellen Einschränkungen verbunden und kann gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringen: Studien belegen, dass pflegende Angehörige häufiger krank werden und anfälliger sind für stressbedingte Krankheiten. Die sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen von Frauen, die oft über einen langen Zeitraum Pflege übernehmen, finden derzeit jedoch wenig Beachtung.

Definitionen

Als ‚pflegende Angehörige‘ oder ‚Pflegepersonen‘ gelten im Kontext dieses Berichts – wenn nicht anders gekennzeichnet – die Personen, die als Hauptpflegeperson eine/n Familienangehörige/n im eigenen Haushalt pflegen, der/dem Pflegebedarf im Rahmen der Pflegestufen I bis III vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zuerkannt wurde.

Pflegestufen

Diese Personen leisten mindestens einmal täglich (Stufe I) bzw. mindestens drei Mal täglich (Stufe II) bzw. rund um die Uhr (Stufe III) Hilfe in Verrichtungen des täglichen

Lebens (z.B. Waschen, Ankleiden, Essen) sowie in hauswirtschaftlicher Versorgung. Der Zeitaufwand muss mindestens 45 Min. (Stufe I) bzw. 2 Std. (Stufe II) bzw. 4 Std. (Stufe III) für die Pflege und 45 Min. (Stufe I) bzw. 1 Std. (Stufe II, III) für hauswirtschaftliche Versorgung betragen.

Formen der Pflege

Empfänger/-innen von Leistungen der Pflegeversicherung sind frei in der Wahl der Leistungsart. Es wird unterschieden zwischen:

Pflegesachleistung: Die Leistung wird ambulant durch professionelle Pflegedienste erbracht;

Pflegegeld: Für privat organisierte Pflegeleistungen wird von der Pflegekasse Geld ausbezahlt;

Kombinationsleistungen: Geld- und Sachleistungen werden kombiniert.

Pflegeleistungen

In Deutschland wurde im Rahmen der Sozialversicherung ein präzise standardisierter, ausschließlich an körperlicher Pflege und Versorgung orientierter Pflegebegriff für erstattungsfähige Leistungen festgelegt. Dieser Pflegebegriff bezieht sich ausschließlich auf Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung und Mobilität. Darüber hinaus gehende Leistungen psychosozialer Art werden als wesentlicher Bestandteil von Pflege nicht bezahlt.

Pflegebegriff

Der eng umrissene Pflegebegriff schließt bestimmte Gruppen von Pflegenden als Pflegegeldempfängerinnen aus:

- Personen, die Pflegetätigkeiten leisten, ohne Leistungen der Pflegekassen beantragt zu haben.
- Personen, deren Pflegetätigkeit vom MDK als unterhalb der Stufe I beurteilt wurde bzw. deren Antrag auf

Leistungen der Pflegekassen abgelehnt wurde (in Bremen und im Bundesdurchschnitt ca. 30% aller gestellten Anträge).

- Personen, die ausschließlich „Hilfe“, d.h. Einkaufen, hauswirtschaftliche Tätigkeiten o.ä. leisten.

Bei der engen sozialversicherungsrechtlichen Pflege-definition bleibt demzufolge eine nicht zu quantifizierende Anzahl von Menschen unberücksichtigt, obwohl sie mit ihren Leistungen das Sozialversicherungssystem entlasten. Da dieser Bericht auf vorliegende Studien zurückgreifen muss, sind auch hier einige betroffene Gruppen nicht adäquat erfasst.

2.2 DATEN, FAKTEN, HINTERGRÜNDE

Ziel des folgenden Kapitels ist es, Daten und Fakten über Pflegebedürftige und Pflegende im Land Bremen, die Rahmenbedingungen, unter denen Frauen häusliche Pflegetätigkeit übernehmen sowie be- oder entlastende Faktoren aus Sicht der Pflegenden darzustellen. Hierfür wurden Daten aus Routinestatistiken, Erhebungen oder Studien herangezogen.

2.2.1 BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Im Land Bremen leben ca. 120.000 Menschen über 65 Jahre, das entspricht 18% der Gesamtbevölkerung. Prognosen des Statistischen Landesamtes zufolge wird dieser Anteil in Bremen in zehn Jahren voraussichtlich auf 21% , in 50 Jahren auf 27% angestiegen sein. Die Frage bedarfs- und bedürfnisgerechter Versorgung im Alter ist somit qualitativ wie quantitativ von zunehmender Bedeutung (vgl. Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1: Bevölkerungsstand und -prognose, Stand: 31.12.1997

	1999		2010		2050	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Insgesamt	319.430	343.635	302.000	323.000	258.700	290.500
Über 65 Jahre	43.900	75.800	55.900	78.900	58.400	88.200

Statistisches Landesamt

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Tabelle 2.2: Leistungsempfänger/innen im Land Bremen, Stand 15.12.1999

	gesamt	je 1000 Einwohner/-innen	Pflegegeld	Sachleistungen (einschl. Kombi-Pflege)	Stationäre Pflege
Land Bremen	17.143	26	7.939 (46%)	4.545 (27%)	4.659 (27%)
Bremen-Stadt	13.583	25	6.144 (45%)	3.502 (26%)	3.937 (29%)
Bremerhaven	3.560	29	1.795 (50%)	1.043 (29%)	704 (20%)

Statistisches Landesamt

2.2.2 LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSEN

Nach Angaben der Pflegeversicherungsstatistik leben im Land Bremen ca. 17.000 Leistungsempfänger/innen, das entspricht 3% der Bevölkerung oder 26 je 1.000 Einwohner. In Bremen-Stadt sind es 25, in Bremerhaven sind es 29 je 1.000 Einwohner. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen beträgt ihr Anteil unter den Pflegebedürftigen im Land Bremen 70% (Bund 67%). Frauen werden außerdem in höherem Lebensalter als Männer pflegebedürftig: 60% der männlichen Pflegebedürftigen sind unter 80 Jahre, Frauen sind zu 68% bereits 80 Jahre und älter, wenn sie pflegebedürftig werden. Von den Leistungsempfänger/innen bezieht knapp die Hälfte Pflegegeld, ca. ein Viertel Sachleistungen und ein weiteres Viertel stationäre Pflege (vgl. Tabelle 2.2).

44% der Leistungsempfänger/innen sind der Pflegestufe I, 42% der Stufe II zugeordnet und 13% benötigen rund um die Uhr Pflege und sind in Stufe III eingeteilt. Die Anzahl von Pflegebedürftigen der Stufe I liegt im ambulanten Bereich höher, demgegenüber wird ein größerer Anteil schwerstpflegebedürftiger Menschen stationär versorgt (vgl. Tabelle 2.3.).

Es fällt auf, dass immerhin noch mehr als die Hälfte aller schwerstpflegebedürftigen Menschen ambulant – und damit überwiegend durch Angehörige – versorgt wird. 77% der Pflegebedürftigen werden von einer Hauptpflegeperson gepflegt. Bei 14% sind weitere Personen aus Familien-, Freundes- oder Nachbarschaftskreis an der Pflege beteiligt. Ca. 10% der ambulant Versorgten sind alleinstehend und gänzlich auf die Versorgung durch Pflegedienste angewiesen.

Tabelle 2.3: Verteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen (ohne Härtefälle), Stand 31.12.2000

	Pflegestufen			gesamt
	I	II	III	
Ambulant	6.367	4.952	1.195	12.514
Stationär	1.167	2.219	1.110	4.505
Gesamt	7.535	7.171	2.314	17.020

Statistisches Landesamt

2.3 PFLEGE-INFRASTRUKTUR IM LAND BREMEN

2.3.1 STATIONÄRE PFLEGEEINRICHTUNGEN

Mit der Einführung der Pflegeversicherung war auch beabsichtigt, durch eine verbesserte Infrastruktur für Pflegende einen Anreiz zur Übernahme häuslicher Pflege bzw. Verlängerung ihrer Dauer zu schaffen. Auch der Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 diagnostizierte in diesem Kontext ein Absinken der Zahl der Heimunterbringungen und ein steigendes Eintrittsalter in Heime.

27% aller Empfänger/innen von Leistungen der Pflegeversicherung im Land Bremen werden stationär versorgt. Für diese stehen im Land Bremen neben 215 Altenheim- und 1.005 Altenwohnheimplätzen etwa 4.800 stationäre Pflegeplätze zur Verfügung. Entgegen der Erwartungen sind die Heimbelegungen – bei einem Auslastungsgrad von 98% – in den letzten Jahren angestiegen, und zwar überproportional zur demographischen Entwicklung (vgl. Tabelle 2.4 und 2.5).

Bei einem Bevölkerungswachstum der alten Menschen um 2% von 1995 bis 1997 stiegen die Pflegeheimplätze

um 9% an. Von 1997 bis 1999 stieg die Anzahl der Heimplätze um weitere 5%, während für die Bevölkerung ein Absinken um 1% zu verzeichnen war.

2.3.2 AMBULANTE PFLEGE

63% der Pflegebedürftigen werden im ambulanten Bereich versorgt. Von diesen beziehen wiederum etwa zwei Drittel (64%) ausschließlich Pflegegeld, 36% nehmen reine Sachleistungen bzw. in geringem Ausmaß Kombinations-Leistungen in Anspruch. Die reinen Sachleistungsempfänger sind vermutlich vorrangig Alleinstehende, die über kein soziales Netz verfügen.

Ein auffällig geringer Teil aller Leistungsempfänger/innen nutzt die Möglichkeit der Kombinationspflege. Auch die Tages-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege als mögliche Formen der Entlastung im Alltag, bei Krankheit oder Urlaub werden relativ wenig in Anspruch genommen.

Bremen verfügt über 114 ausgewiesene Kurzzeitpflegeplätze (dazu kommen eine nicht festgelegte Zahl multifunktional nutzbarer „Streubetten“), 110 Tagespflegeplätze, keine Nachtpflegeplätze (einige Pflegedienste bieten

Tabelle 2.4: Entwicklung des stationären Pflegeangebots im Land Bremen

	1995*	1997	1999
Pflegeheime	59	64	67
Platzangebot	3.268	3.577 (Anstieg um 9%)	3.758 (Anstieg um 5%)

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend u. Soziales

*vor Einführung der Pflegeversicherung

Tabelle 2.5: Entwicklung der alten Bevölkerung (75 Jahre und älter)

	1995	1997	1999
Einwohner/-innen über 74 Jahre	44.310	45.891 (Anstieg um 2%)	45.472 (Abfall um 1%)

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend u. Soziales

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Tabelle 2.6: Anzahl der pflegenden Frauen im Land Bremen, Stand: 15.12.1999		
Pflegende insgesamt	Weibliche Pflegende	Weibliche Pflegende 50 bis 60 Jahre
10.200	8.500	4.200
(1,5 % der Bev.)	(2,4 % aller Frauen)	(5% aller Frauen dieser Altersgruppe)
Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen		

nächtliche Rufbereitschaft und in Absprache mit den Pflegekassen in einzelnen Fällen Nachtwachen an). Außerdem verfügt Bremen über vier geriatrische Zentren mit 156 Plätzen an Krankenhäusern, die auf geriatrische Erkrankungen sowie auf längere Rekonvaleszenzzeiten alter Menschen spezialisiert sind.

2.4 PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

In der Bremer Studie „Frauen Leben Gesundheit“ (BIPS 1996) gab jede dritte Bremerin im Alter zwischen 30 und 74 Jahren an, im Laufe ihres Lebens Erfahrungen mit Pflege gemacht zu haben. Zum Befragungszeitpunkt pflegten 3,6% der befragten Frauen. Entsprechend der Pflegeversicherung sind 2,4 % der Frauen als pflichtversicherte Pflegende tätig. Die Unterschiede in den Angaben geben Hinweise darauf, dass nicht für jede Pflege ein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt oder aber dieser abgelehnt wurde (vgl. Tabelle 2.6).

2.4.1 VERWANDTSCHAFTSBEZUG

In 90 % aller Fälle ist die Hauptpflegeperson eine/ein Familienangehörige/r. Überwiegend sind es Töchter, die eine Pflege übernehmen (26%, Söhne: 3%), gefolgt von Ehefrauen, die ihren Partner pflegen (24%), Müttern pflegebedürftiger Kinder (14%) und Schwiegertöchtern (9%). In der Mehrzahl der Fälle ist die Hauptpflegeperson auch die wichtigste Bezugsperson für den pflegebedürftigen Menschen.

2.4.2 ALTER DER PFLEGENDEN

Über 85% der Pflegenden sind 45 Jahre und älter, 56% sind in der Altersgruppe der 45 bis 64 Jährigen, 20% sind

zwischen 65 und 74 Jahre alt, 9% sind 75 Jahre und älter. Art und Ausmaß der Belastung durch Pflege kann mit dem Alter der Pflegeperson variieren. Unter dem Aspekt der eigenen körperlichen Belastbarkeit und ihrem Einfluss auf die Pflege müssen insbesondere ältere Pflegendе Beachtung erfahren, während bei den Pflegenden jüngeren Alters die Mehrfachbelastungen eine größere Rolle spielen dürften.

2.4.3 DAUER DER ANGEHÖRIGENPFLEGE

Knapp die Hälfte aller Pflegepersonen leistet Pflege zwischen ein und fünf Jahre lang, etwa ein Viertel über die Dauer von fünf bis 10 Jahren. Der Anteil der Pflegepersonen, die bereits 20 und mehr Jahre Pflege leisten, ist hoch: er beträgt 12,3 %.

2.4.4 ERWERBSTÄTIGKEIT PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Mehr als zwei Drittel aller Pflegenden sind im erwerbsfähigen Alter, ca. 45 % von ihnen sind erwerbstätig, der überwiegende Teil in Vollzeitstellen. Tabelle 2.7 zeigt, in welchem Umfang Pflegepersonen in der Altersgruppe der 30 bis 64-Jährigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung im Berufsleben sehen.

Die strukturellen Bedingungen für diese Gruppe Pflegenden sind in Deutschland gegenüber einigen anderen Ländern ungünstig: Es fehlt insbesondere an flexiblen Arbeitszeitregelungen in Betrieben, so dass für pflegende Frauen eine Vereinbarkeitsproblematik entsteht.

Erwerbstätige Pflegendе sind objektiv stärker belastet als Hausfrauen. Ihr subjektives Belastungsempfinden ist deshalb jedoch nicht unbedingt höher: Die Arbeitssituation

Tabelle 2.7: Erwerbstätige Pflegepersonen

Geschlecht	Anteil der Erwerbstätigen unter den Pflegepersonen	Erwerbstätige in Gesamtbevölkerung
Weiblich	34 %	62 %
Männlich	52 %	85 %

(„Pflegepersonen“ umfasst den Anteil der tatsächlich Erwerbstätigen, „Gesamtbevölkerung“ den Anteil der Personen, die im April 1993 eine Erwerbstätigkeit ausübten oder suchten.)
Zit. nach Gräbel, Tab. 10

Tabelle 2.8: Gestaltung der Erwerbstätigkeit zu Beginn der Pflege

	Pflegebedarf insgesamt
Zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig	38%
Erwerbstätigkeit aufgegeben	16%
Erwerbstätigkeit eingeschränkt	14%
Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt	22%
Nichts davon	10%

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1996)

Tabelle 2.9: Einkommenssituation der Pflegenden ohne Berücksichtigung des Haushaltseinkommens

Einkommen (DM pro Monat)	Pflegepersonen
Unter 1000	34,5 %
1000 bis unter 2000	28,9 %
2000 bis unter 3000	19,8 %
3000 bis unter 4000	9,6 %
4000 bis unter 5000	4,5 %
5000 und mehr	2,6 %

Zitiert nach Gräbel, Tab. 11

Tabelle 2.10: Veränderung der finanziellen Situation von Pflegepersonen nach Aufnahme einer Pflege

Änderung der finanziellen Situation seit Pflegebeginn	Pflegepersonen (in%)
Verbessert	7,5%
Verschlechtert	32,1%
Unverändert	60,4%

Zitiert nach Gräbel, Tab. 11

hat für viele psychisch entlastende und insofern protektive Wirkung. Die Bereitschaft, den Pflegebedürftigen in stationäre Versorgung zu geben, ist unter den Erwerbstätigen nicht höher als unter den Nicht-Erwerbstätigen. Vielmehr gestalten die Pflegenden ihre Erwerbstätigkeit eher in Abhängigkeit zur Pflegesituation als umgekehrt (vgl. Tabelle 2.8).

2.4.5 EINKOMMENSITUATION PFLEGENDER

Für Pflegenden kann die dauerhafte Pflegeübernahme in Konflikt mit den Ansprüchen der Erwerbstätigkeit stehen. Dies gilt insbesondere für Frauen mittleren Alters, die als pflegende Töchter oder Schwiegertöchter mit weiteren beruflichen und familiären Verpflichtungen konfrontiert sind. Neben der Einschränkung sozialer Kontakte und beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten gehen damit auch finanzielle Einbußen einher (vgl. Tabelle 2.9).

Die große Gruppe derer, die unter DM 1.000,- monatlich erhalten, dürften die Pflegenden sein, deren Einkünfte sich auf das Pflegegeld beschränken. Doch auch erwerbstätige Pflegepersonen liegen deutlich unter dem Einkommen nichtpflegender Personen. Bei einem Drittel der Pflegepersonen hat sich die finanzielle Lage mit Beginn der Pflege verschlechtert (vgl. Tabelle 2.10).

Diese Zahlen widerlegen das häufig geäußerte Vorurteil, Pflegenden würden sich durch Inanspruchnahme des Pflegegeldes am Pflegebedürftigen ‚bereichern‘.

2.4.6 PFLEGEAUFWAND

Aus Tabelle 2.11 geht hervor, mit welchem Hilfe- bzw. Pflegeaufwand Pflegenden im Durchschnitt konfrontiert sind. Bei zwei Dritteln der Pflegebedürftigen ist eine Pflege rund um die Uhr nötig (6 Std. davon entfallen auf reine Hilfs- bzw. Pflegetätigkeiten).

Tabelle 2.11: Art des Hilfe- und Pflegebedarfs

	Vollständig hilfsbedürftig	Teilweise hilfsbedürftig	Kein Hilfebedarf
Körperpflege	78 %	20 %	1 %
Ernährung	36 %	53 %	11 %
Ausscheidung	46 % (d.h. inkontinent)	36 %	17 %
Mobilität	21 % (d.h. bettlägerig)	63 %	16 %
Selbständige	94 %	6 %	0,2 %
Haushaltsführung			

Zitiert nach Gräbel, Tab. 28.

Bei ca. der Hälfte der Pflegenden ist der Nachtschlaf wegen Pflegetätigkeiten unterbrochen, bei drei Vierteln davon mehr als einmal pro Nacht. Bedarf an nächtlicher Pflege besteht in 53 % der Fälle.

2.4.7 TÄGLICHE DAUER DER PFLEGETÄTIGKEIT

Sie beträgt im Durchschnitt 6 Stunden (+/- 3 Std.). Nach Erhebungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist die Hauptpflegeperson bei 92% der Pflegebedürftigen mit ständigem Pflegebedarf und bei 85% der Personen mit täglichem Pflegebedarf rund um die Uhr verfügbar. Bei Personen mit mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf ist sie in 65% der Fälle ständig verfügbar.

Der von der Pflegeversicherung berücksichtigte Zeitaufwand für Pflege in Stufe I (bzw. II; bzw. III) beträgt mindestens 1,5 (bzw. 3; bzw. 5) Std. pro Tag. Tatsächlich jedoch sind Pflegende, wie diese Zahlen belegen, in weit höherem Ausmaß verfügbar für die Pflegebedürftigen.

2.5 BEISPIELE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE MIT BESONDEREM PFLEGEBEDARF

2.5.1 DEMENZ-KRANKE PFLEGEBEDÜRFTIGE

Nach Berechnungen des Kieler Instituts für Gesundheitsforschung leben derzeit 1,2 bis 1,6 Mio. Demenzkranke in Deutschland, von denen 80% zuhause betreut werden. Damit haben Demenzkranke einen Anteil von ca. 20 bis 30% an allen Pflegebedürftigen.

Ihre Pflege stellt eine besondere psychische Belastung dar. Hauptursache für den erhöhten und besonders belastenden Pflegebedarf stellen die krankheitsspezifischen Symptome wie extreme Unruhe, Vergesslichkeit, Desorientiertheit, Weglauftendenzen, Nicht-Wiedererkennen der Pflegeperson, Depressivität oder Aggressivität dar, die meist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung erfordern.

Bei einer Befragung von Angehörigen, die ältere Menschen mit Hirnleistungsstörungen pflegen, die 1999 im Rahmen eines Projekts in den Gemeinden Stuhr und Weyhe bei Bremen durchgeführt wurde, gaben 46% der

Angehörigen an, sich „stark belastet“, 15% „sehr stark belastet“ zu fühlen. Die vier (von 12) stärksten Belastungen waren

- Befinden bzw. Verhalten der erkrankten Person,
- ständige Verfügbarkeit,
- eigene gesundheitliche Beeinträchtigungen und
- seelische Belastung.

Insbesondere eine 24-Stunden-Pflege bedeutet eine Aufgabe, die in keinem anderen Arbeits- oder Lebensbereich einem Menschen abverlangt wird. Nach bundesweiten Untersuchungen geben mehr als doppelt so viel Pflegepersonen von Demenzkranken an, sich psychisch belastet zu fühlen (50%), als Pflegepersonen nicht dementiell erkrankter Pflegebedürftiger (20%). Es ist nachgewiesen, dass die Pflege Demenzkranker mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer eigenen psychiatrischen Symptomatik einhergeht. Und auch hinsichtlich chronischer körperlicher Erkrankungen lässt sich ein schlechterer Gesundheitsstatus bei dieser Gruppe Pflegender nachweisen.

Hier zeigt sich eine weitere Lücke in der Pflegeversicherung: Die Notwendigkeit der ständigen Betreuung bzw. Beaufsichtigung ist durch die dort genannten somatisch orientierten Pflegeverrichtungen nicht erfasst. So kommt es vor, dass Pflegende trotz der permanenten Präsenz und Verantwortung für einen stark dementen Angehörigen, der somatisch wenig oder keinen Pflegebedarf hat, vom Bezug des Pflegegeldes ausgeschlossen sind.

Das Bundesministerium für Gesundheit plant hier eine Reform mit folgenden Schwerpunkten:

- Möglichkeit der flexibleren Nutzung von Tages- und Nachtpflege ohne Verrechnung mit den häuslichen Pflegeleistungen, damit freie Zeiten zur Entlastung und Erholung der Pflegenden,
- Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote durch angeleitete Ehrenamtliche,
- Aufbau und Mitfinanzierung Träger-unabhängiger Beratungsstellen durch die Pflegekassen,
- Verstärkte Ausrichtung der Pflegekurse der Pflegekassen auf praktische Pflegeanleitung in der häuslichen Umgebung,
- Ausgestaltung der Pflege-Pflichteinsätze zum Beratungsbesuch,
- An finanziellen Leistungen stehen 84,- DM pro Monat und Pflegeperson zur Diskussion (Rechtsdienst der Lebenshilfe 4/00, S. 164).

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Angesichts des begrenzten finanziellen Spielraums der Pflegeversicherung ist es unwahrscheinlich, dass diese Maßnahmen flächendeckend umgesetzt werden, so dass die aufgezeigten Probleme der häuslichen Pflege Demenzkranker vermutlich nur ansatzweise gelöst werden können.

2.5.2 PFLEGEBEDÜRFTIGE MIGRANT/INNEN

Eine weitere besondere Gruppe unter den pflegenden Frauen stellen die Migrantinnen dar, da ihre Lebenssituation in Deutschland aufgrund ihrer Sprache, Kultur, Lebensweise und Lebensbedingungen häufig von zusätzlichen Problemen gekennzeichnet ist.

Anhand der Daten zu Frühberentungen und Rehabilitationsanlässen lässt sich zeigen, dass Migrantinnen und Migranten u.a. aufgrund ihrer überdurchschnittlich häufigeren Beschäftigung an Arbeitsplätzen mit schwerer körperlicher und z.T. gesundheitsschädigender Tätigkeit gesundheitlich stärker gefährdet sind, früher erkranken und früher pflegebedürftig werden.

Auch der Familienbericht der Bundesregierung vom Herbst 2000 belegt anhand einzelner Erkrankungen, dass Ausländer/innen mit einem häufig geringeren sozio-ökonomischen Status ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen. Er weist auch auf die Schlüsselfunktion der Frauen hin, von deren Wahrnehmung und Inanspruchnahme medizinischer Hilfe vorrangig die Gesundheit der Kinder abhängt; gleiches gilt für pflegebedürftige alte Familienmitglieder. Zudem erschweren bestehende Sprachbarrieren Migrantinnen den Zugang zum Gesundheitssystem und auch zum Pflegesektor.

In Bremen leben ca. 80.000 Ausländer/innen, das entspricht 12 % der Bevölkerung. Die erste Generation der Arbeitsmigrant/innen kam in den 60er und 70er Jahren nach Deutschland. Diese Gruppe – 3,3% der Bremer Bevölkerung (Bericht des Bremer Pflegedienstes ProSano) – gehört heute zu den älteren Menschen, wobei der Großteil zu den „jungen Alten“ zu zählen ist: 68% der älteren ausländischen Bevölkerung in Bremen ist zwischen 60 und 69 Jahre alt. Die Versorgung pflegebedürftiger Ausländerinnen und Ausländer wird somit erst in den kommenden Jahren zu einem quantitativ bedeutsamen Thema.

Nach Untersuchungen in der Altenhilfe sowie einer Studie der AWO sind Defizite zu benennen: Migranten und Migrantinnen haben unzureichendes Wissen über Unter-

stützungssysteme. 70% der befragten Migranten und Migrantinnen gaben an, nicht in der Lage zu sein, eigenständig Behördengänge zu erledigen. Im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, in dem ggf. Kontakte zu Krankenkasse, Pflegekasse, MDK, Sozialamt und anderen Einrichtungen nötig werden, sind ältere Migranten und Migrantinnen damit deutlich benachteiligt.

Der Bremer interkulturelle Pflegedienst ProSano greift die inzwischen bekannten Probleme auf und hat ein Konzept für ein Beratungsangebot für ausländische Pflegendе entwickelt – genannt „Hayat bakimi“, d.h. „Leben pflegen“.

Beratungskonzept für ausländische Pflegendе – „Hayat bakimi“

Es umfasst folgende Schwerpunkte:

1. Information über Körperpflege und Hygiene der Patientinnen und Patienten in der häuslichen Umgebung;
2. Ernährung pflegebedürftiger Menschen (z.B. bei koronaren Herzerkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen);
3. Informationen über Diabetes mellitus (20 % aller über 60-jährigen sind davon betroffen.);
4. Lagerung bettlägeriger Patienten, Anleitung für rückschonendes Arbeiten, Informationen über Pflegehilfsmittel;
5. Informationen zur Vorbeugung gegen Zusatz-erkrankungen (Prophylaxen);
6. Umgang mit den eigenen psychischen Belastungen durch Krankheit und Sterben;
7. Informationen über Entlastungsangebote wie z.B. Tagespflege, Kurzzeitpflege, Hausnotrufsystem;
8. Hilfestellung bei Antragstellungen bei Behörden bzw. Krankenkassen; Unterstützung beim Umgang mit Ärzten; Informationen über Beratungsstellen.

Das Programm wird von einem türkischen Sozialarbeiter und einer Krankenschwester durchgeführt. Es findet in Kleingruppen bis zu 10 Teilnehmern in den Räumen des zentral gelegenen Pflegedienstes statt. Zwei weitere Aspekte unterscheiden dieses Angebot von den üblichen Pflegekursen:

- Bei Bedarf wird die Betreuung des Pflegebedürftigen während des Kurses sichergestellt.
- Die Hälfte der Zeit dient der Informationsvermittlung, die andere steht für Erfahrungsaustausch und individuelle Beratung zur Verfügung.

Zur Beratung bei akut auftretenden Problemen stehen den pflegenden Angehörigen ihre jeweiligen Pflegefachkräfte zwei Mal pro Woche im Beratungsbüro telefonisch zur Verfügung. Über Kontakte zur türkischen Presse in Bremen, zu den Sozialarbeiter/-innen des Amtes für Soziale Dienste, dem MDK und den Pflegekassen entwickelt der Verband Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. Über die türkischen Pflegefachkräfte kann ein weites Netz an Kontakten für die Patienten und Pflegepersonen genutzt werden. Das Projekt – als zweijähriges Modellprojekt finanziert vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales – hat im Frühjahr 2000 begonnen.

2.5.3 PFLEGEBEDÜRFTIGE KINDER

Immerhin 13% der Ursachen für regelmäßigen Pflegebedarf bestehen von Geburt an, ein Teil davon sind behinderte oder von Geburt an kranke Kinder. Zu den von Geburt an pflegebedürftigen Kindern kommt die Zahl nicht angeborener schwerer chronischer Erkrankungen im Kindesalter hinzu, die zu Pflegebedürftigkeit führen können.

Pflegebedürftige Kinder werden nahezu ausschließlich von ihren Müttern gepflegt und dies nicht selten auch dann noch, wenn sie bereits erwachsen sind. Zwar sind auch in Bremen zahlreiche Institutionen mit der Versorgung chronisch kranker oder behinderter Kinder beauftragt, ihre Mütter jedoch werden vom Sozial- und Gesundheitssystem vergleichsweise wenig wahrgenommen. Diese Gruppe ist mit besonderen Problemen konfrontiert: Es sind häufig junge Mütter, die infolge der hohen zeitlichen, körperlichen und seelischen Beanspruchung durch die Pflege eines behinderten oder schwerkranken Kindes auf die Realisierung eigener Vorstellungen in Beruf, Freizeitgestaltung, Partnerschaft und sozialen Beziehungen verzichten. Zudem obliegt Müttern häufig die Verantwortung für Entscheidung, Durchführung und Überwachung der erforderlichen Therapien.

2.6 PFLEGEKOSTEN

Auch die Pflegeversicherung in Deutschland baut auf die gesundheitspolitisch und -ökonomisch wirksamen Leistungen der pflegenden Angehörigen auf, ohne deren Beitrag sie in dieser Form nicht funktionieren könnte. Ca. zwei Drittel aller Pflegebedürftigen werden ambulant und ca ein knappes Drittel vollstationär gepflegt. Mit ins-

gesamt 12,7 Mrd. DM werden für die ambulante Pflege vergleichbare Beträge wie für die vollstationäre Pflege (13,8 Mrd. DM) aufgewandt.

Betrachtet man diejenigen Leistungsarten, die pflegende Angehörige unterstützen können, so fällt auf, dass der Kostenaufwand der Pflegekassen hierfür verhältnismäßig gering ist (vgl. 2.12).

Die geringe Inanspruchnahme dieser Leistungen der Pflegeversicherung geht auf mehrere Gründe zurück:

- Pflegekassen werben dafür nicht offensiv,
- Pflegepersonen sind nicht genügend vertraut mit den Arbeitsformen der Einrichtungen oder lehnen sie ab und ziehen deshalb private häusliche Arrangements vor.

Auf Grundlage der vorhandenen Daten ist eine Kostenanalyse für das Land Bremen nicht möglich, die Daten in Tabelle 2.13 geben jedoch Hinweise auf die ökonomische Seite der Angehörigenpflege.

Ein Dauer-Heimplatz für Bewohner/innen der Pflegestufe II kostet nach Angaben der Pflegestatistik im Land Bremen derzeit durchschnittlich DM 4.230 im Monat (einschl. Unterkunft u. Verpflegung). Die Pflegekasse übernimmt 75% des Bewohnerentgelts für pflegebedingte Aufwendungen, maximal DM 2.300 (bei Pflegestufe I DM 2.000, bei Pflegestufe III DM 2.800), d.h. die/den Bewohner/in kostet ein Heimplatz DM 1.930. Für eine/n Pflegebedürftige/n in Pflegestufe II, der/die ausschließlich von einem ambulanten Pflegedienst gepflegt und hauswirtschaftlich versorgt wird, wendet die Pflegekasse durchschnittlich DM 1.800 im Monat auf. Pflegende Angehörige erhalten für ihre nichtprofessionelle Pflegeleistung bei Pflegestufe II DM 800 (ohne Tages- und Kurzzeitpflege). Die Pflegekasse „spart“ am Beispiel eines mittelschwer Pflegebedürftigen also DM 500 im Monat für einen professionell ambulant Gepflegten und DM 1.500 monatlich für die kostengünstigste Lösung der ausschließlichen Angehörigenpflege gegenüber der teuersten der Heimunterbringung.

Eine wenn auch nicht die Wirklichkeit abbildende Modellrechnung soll den „Wert“ der Angehörigenpflege verdeutlichen: Alle Pflegebedürftigen im Land Bremen würden – stationär entsprechend ihrer Pflegestufe untergebracht – einen Kostenaufwand von DM 69.623.400 im Monat verursachen. Ambulant von Angehörigen versorgt würde die Versorgung DM 11.946.300 kosten.

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Tabelle 2.12: Kostenanteil der relevanten Pflege-unterstützenden Leistungen am Gesamtaufwand der Pflegeversicherung, Stand: 2000

Leistungsart	Anzahl der Leistungsfälle (in %)	Kostenanteil an allen Ausgaben der Pflegekassen (in %)
Tages- und Nachtpflege	0,4 %	0,3 %
Verhinderungspflege	0,2 %	0,4 %
Kurzzeitpflege	0,3 %	0,8 %
Bundesgesundheitsministerium		

Tabelle 2.13: Leistungen der Pflegekassen nach Leistungsbereichen, Stand 2000

Leistungsart	Anzahl der Leistungsfälle	Kosten gesamt	Kosten pro Leistungsfall
Insgesamt	1.794.664 (100 %)	26,48 Mrd.	-
Pflegesachleistung	133.895 (7,5%)	3,89 Mrd.	29.526,-
Pflegegeldleistungen	962.669 (53,6%)	8,38 Mrd.	8.749,-
Kombination Geld- u. Sachleistungen	171.764 (9,6%)	Keine Angaben	Keine Angaben
Tages- u. Nachtpflege	6.774 (0,4%)	0,09 Mrd.	13.286,-
Verhinderungspflege	4.070 (0,2%)	0,11 Mrd.	27.027,-
Kurzzeitpflege	6.199 (0,3%)	0,21 Mrd.	33.876,-
Vollstationäre Pflege	452.750 (25,2%)	13,37 Mrd.	29.530,-
Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	56.543 (3,2%)	0,43 Mrd.	7604,-
Bundesministerium für Gesundheit			

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Nicht zuletzt die ökonomisch wirksamen Leistungen der pflegenden Angehörigen rechtfertigen höhere Investitionen in verbesserte intensive Werbe- und Beratungs-

strategien, in Qualifizierungsangebote und in Unterstützung bei der Lösung individueller Bedürfnislagen.

Tabelle 2.14: Hauptmotive für Angehörigenpflege

Pflegemotiv	Anteil der Pflegenden
Zuneigung	28%
Verpflichtung	18%
Ablehnung der Pflege im Heim	14%
Wunsch des Pflegebedürftigen	6%
Pflegeheim zu kostspielig	2%
Keinen Heimplatz gefunden	0,2%
Sonstige Motive	2%

Zitiert nach Gräbel, Tab. 33

Tabelle 2.15: Hauptmotive nach Geschlecht

Pflegemotiv	Partnerpflege			Eltern-Pflege		
	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer
Zuneigung	47 %	49 %	43 %	23 %	24 %	12 %
Verpflichtung	11 %	11 %	12 %	21 %	19 %	34 %
Ablehnung der Pflege im Heim	8 %	8 %	7 %	17 %	18 %	12 %
Wunsch des Pflegebedürftigen	1 %	1 %	1 %	7 %	7 %	6 %
Mehrere Motive	33 %	31 %	37 %	32 %	32 %	36 %

Zitiert nach Gräbel, Tab. 34

2.7 MOTIVE ZUR PFLEGE EINES ANGEHÖRIGEN

Es gibt nur wenige Untersuchungen über die Gründe, die Frauen (und Männer) dazu veranlassen, einen Angehörigen zuhause zu pflegen (vgl. Tabelle 2.14). In Befragungen geben Pflegende überwiegend an, es sei für sie eine Selbstverständlichkeit gewesen. Systematische Studien haben jedoch gezeigt, dass mit längerer Pflegedauer diese positive Motivation bei 70% der Pflegenden dem konflikthaften Erleben der Pflegesituation weicht.

Hinsichtlich der Geschlechterdifferenzierung zeigen sich bei der Frage nach dem Hauptmotiv zur Partnerpflege kaum Unterschiede (vgl. Tabelle 2.15). Knapp die Hälfte der Frauen und Männer nennt hier Zuneigung. Bei der Elternpflege hingegen äußern Frauen Zuneigung und Ablehnung der Pflege im Heim deutlich häufiger als Männer; diese hingegen bezeichnen Verpflichtung als stärkstes Motiv. Es ist bislang nicht ausreichend untersucht, welche Wirkungen die eher intrinsischen Motive Zuneigung und Verpflichtung gegenüber den eher extrinsischen Motiven Ablehnung der Heimpflege und Wunsch des Pflegebedürftigen zeigen. Von Bedeutung scheint vor allem zu sein, dass eine so weitreichende Entscheidung informiert und bewusst getroffen wird. In der alltäglichen Praxis findet dieser Aspekt selten ausreichende Berücksichtigung, so dass die Chancen, aus einer grundsätzlichen Pflegebereitschaft eine bewusste und überzeugte werden zu lassen, nicht genutzt werden.

2.8 BELASTUNGEN DURCH PFLEGE

Knapp die Hälfte aller Pflegenden leidet an gesundheitlichen Problemen. Um systematisch Bewältigungsstrategien entwickeln und diese zum Beispiel in eine professionelle Pflegeberatung eingehen lassen zu können, ist die Kenntnis relevanter Krisensituationen auch für Pflegende erforderlich. Im folgenden werden daher zwei Arten der Belastung, die körperliche und die psychosoziale erörtert.

2.8.1 KÖRPERLICHE BELASTUNGEN PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Körperliche Beschwerden und subjektiv empfundene Belastungen bis hin zu einem höheren Sterberisiko sind bei Menschen, die als Hauptpflegeperson für eine/n Pflegebedürftige/n tätig sind, im Vergleich zu alters- und

geschlechtsspezifischen Werten der Allgemeinbevölkerung häufiger und stärker ausgeprägt. Die Kombination von Verlusterfahrungen, länger andauerndem Stress, den physischen Anforderungen der Pflege und altersbedingter Vulnerabilität wirken sich negativ auf die physiologische Funktionsfähigkeit aus und erhöhen das Risiko gesundheitlicher Probleme. Die am häufigsten genannten Beschwerdekompexe pflegender Angehöriger sind Erschöpfung, Gliederschmerzen, Magen- und Herzbeschwerden. Diese sind bei pflegenden Angehörigen statistisch signifikant häufiger als bei Nicht-Pflegenden und werden – mit Ausnahme der Herzprobleme – von Frauen durchweg häufiger als von Männern angegeben.

2.8.2 PSYCHOSOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN

Psychische Belastungsfaktoren gelten als Stressoren, die bei entsprechender Häufung und Dauer zu somatischen, psychosomatischen und/oder psychiatrischen Störungen und Krankheiten führen können. Etwa 70% der Pflegenden geraten im Verlauf einer länger andauernden Pflege dadurch in eine Überforderungskrise, dass sie sich einer Situation gegenüber sehen, in der es ihnen nicht gelingt, eigenen Ansprüchen und von außen an sie herangetragenen Anforderungen gerecht zu werden. Während die körperlichen Belastungen durch eine Pflege mittels Einsatz technischer Hilfsmittel oder Inanspruchnahme einer zeitweisen professionellen Pflegeunterstützung reduziert werden können, ist die psychische und soziale Entlastung weitaus schwieriger zu organisieren.

In den meisten Pflegebeziehungen gibt es eine Hauptpflegeperson, die überwiegend oder allein verantwortlich die Pflege durchführt. Die Pflegebeziehung ist wie jede andere familiäre Beziehungsform von Dynamik und Konflikt begleitet. Das Konfliktpotential ergibt sich einerseits aus der spezifischen Beziehungsstruktur ‚Pflege‘, andererseits aus dem Konfliktverhalten der Individuen.

Insbesondere die Anfangsphase der Pflege ist geprägt von hoher Beanspruchung; sie geht einher mit dem Verlust der gewohnten Alltagsroutinen, fehlender Pflegekompetenz und dem Zwang zu einer Neudefinition von Rollen. Studien zufolge sind etwa 95% der Angehörigen zu diesem Zeitpunkt überfordert. Der weitere Verlauf ist gekennzeichnet durch ständige körperliche und seelische (Über-) Beanspruchung, oft begleitet vom Verlust persönlicher Freiräume und sozialer Außenkontakte. Veränderungen im Krankheitsbild des Pflegebedürftigen

Tabelle 2.16: Belastungen in der Angehörigenpflege

Fragestellung	Anteil der Pflege- personen	Demenz- Kranke	Internistisch- geriatrisch Kranke
Zu wenig Zeit für eigene Interessen	81 %	85 %	73 %
Pflege kostet viel Kraft	79 %	84 %	66 %
Traurigkeit über das Schicksal der gepflegten Person	76 %	79 %	65 %
Wunsch nach Ausspannung	74 %	76 %	71 %
Körperliche Erschöpfung	62 %	65 %	53 %
Außerhalb der Pflegesituation nicht ‚abschalten‘ können	62 %	66 %	55 %
Morgendliche Unausgeschlafenheit	60 %	63 %	50 %
Erschwerte Bewältigung pflegeunabhängiger Aufgaben	59 %	63 %	44 %
Aufgabe von Zukunftsplänen aufgrund der Pflege	55 %	58 %	43 %
Wunsch, aus der Pflegesituation ‚auszubrechen‘	54 %	57 %	48 %
Konflikt zwischen Pflege und sonstigen Anforderungen	52 %	55 %	47 %
Pflegebedingte Abnahme der Zufriedenheit mit dem Leben	51 %	54 %	42 %

Zitiert nach Gräbel, Tab. 17, 18, 19

erfordern ständige Anpassungsprozesse mit i.d.R. steigenden Anforderungen bei sinkenden Ressourcen bei der Pflegeperson. Als besonders belastend wird die permanente zeitliche Beanspruchung erlebt (vgl. Tabelle 2.16).

Die Tabelle weist auf den höheren Belastungsgrad bei Pflegenden von Demenz-Kranken hin, der in allen Kategorien deutlich wird.

Krisen erzwingen Umorientierung mit dem Ziel einer Neustrukturierung. Im günstigen Fall kann durch Mobilisierung familiärer, nachbarschaftlicher oder fachlicher Hilfen eine Entlastung der Hauptpflegeperson erreicht werden. Viele Pflegenden können jedoch keine problemlösenden Handlungsfreiräume erkennen, so dass die Umorientierung in der Einstellung auf dauerhafte Kontaktverluste, Entbehrungen und Beziehungsbeeinträchtigungen bzgl. des Pflegebedürftigen besteht.

Psychosoziale Unterstützung erfahren pflegende Angehörige, wenn sie sich in Selbsthilfegruppen organisieren. Der Austausch zwischen gleichermaßen Betroffenen, zwischen neu und länger Pflegenden ermöglicht

- Aufhebung der Individualisierung von Problemlagen,
- Entlastung von Schuldgefühlen,
- Heraustreten aus der Isolation,
- Reflexion der eigenen Befindlichkeit und
- Austausch pflegerelevanter Informationen.

Gruppen von pflegenden Angehörigen gibt es auch im Land Bremen. Sie werden i.d.R. unter der Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes angeboten und von Fachkräften angeleitet. Es ist zu empfehlen, diese Gruppen an den Schnittstellen (bei Hausärzten, Krankenhäusern, Pflegekassen etc.) gezielt bekannt zu machen und ihren Ausbau verstärkt zu fördern. Ein weiteres Angebot für

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

psychosoziale Unterstützung besteht in Beratungen durch die Mitarbeiterinnen der ‚Psychosozialen Beratungsstelle für Pflegende Angehörige und ältere Menschen‘ (Träger: AWO; gefördert durch den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales).

Neben diesen Formen der psychosozialen Unterstützung mit Komm-Struktur sind dringend Angebote mit zugehendem Charakter zu entwickeln.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind bislang ungleich verteilt: Fast alle finanziellen und organisatorischen Ressourcen zur Entlastung von Pflegepersonen beziehen sich auf Leistungen im Bereich körperlicher Verrichtungen. Der Bereich psychosozialer Unterstützung, der nach Angaben von Angehörigen größere Entlastungseffekte bewirkt, ist demgegenüber stark unterentwickelt.

Eine Zusammenfassung und Ergänzung der Probleme von Angehörigenpflege für Pflegende und Gepflegte sowie Erfahrungen aus Sicht einer langjährigen Beratungsstelle gibt der nachfolgende Beitrag:

Über die Schwierigkeiten, sich helfen zu lassen und bedürfnisgerechte Hilfen zu bekommen

Es sind die informellen sozialen Netzwerke der Familie, deren Vorhandensein, Belastbarkeit oder Begrenzung letztendlich entscheiden, ob und wie lange ein pflegebedürftiger Mensch zu Hause bleiben kann.

Das familiäre Netzwerk, das sind in aller Regel Frauen: Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter, Enkelinnen, die auf dem Hintergrund einer immer noch spezifisch weiblichen Sozialisation unter hohem moralischen Druck Pflege übernehmen. Dabei werden sie mit einem idealisierten gesellschaftlichen Bild familiärer Pflege konfrontiert, an dem sie im Alltag scheitern müssen. Dieses Nicht-Genügen wird von den Frauen in der Regel als individuelles Versagen erlebt und kann zu massiven Identitätskrisen führen.

Die Pflegeübernahme ist gekennzeichnet durch einen heftigen Eingriff in das bisherige Leben, der mit einer hohen Belastung und negativen Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit einhergehen kann. Untersuchungen, die sich mit der Situation pflegender Angehöriger beschäftigt haben, weisen als Belastungsquellen neben der starken körperlichen Beanspruchung vor allem die Eingebundenheit und die daraus resultie-

rende soziale Isolation aus. Die Spannungen, die sich aus der Ambivalenz zwischen der konkreten Pflegesituation und den eigenen Zukunftsperspektiven ergeben, werden als psychisch überfordernd erlebt.

Im Vergleich zu Nicht-Pflegenden ist eine Zunahme an Krankheiten, vor allem mit psychosomatischen Beschwerden, festzustellen. Da es sich bei der Dauer der Pflegebedürftigkeit oftmals um einen langen und nicht überschaubaren Zeitraum handelt, ist das Risiko sehr groß, dass aus der täglichen Überforderung eine latente bzw. manifeste Aggressionsbereitschaft erwächst. Wenn das Handlungsgleichgewicht zerbricht, die Balance zwischen den Risikofaktoren und den davor schützenden Faktoren verloren geht, bestimmen das Erleben von Ohnmacht, das Ausgeliefertsein, Schuld und Angst die Pflegesituation. Die zunehmenden aggressiven Impulse werden gerade von Frauen in ihrer Sorgerolle als fremd erlebt, was aus frauenpolitischer Sicht zu thematisieren wäre. Um den psychischen Konflikt zu ‚lösen‘, werden von daher rollenkonforme Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Wendung gegen die eigene Person, Verleugnung oder Verkehrung ins Gegenteil bevorzugt.

In jeder Angehörigenpflege werden alte, noch aus der Kindheit stammende Konfliktmuster zwischen Eltern und Kind/ Geschwistern reaktiviert. Die damit verbundenen unliebsamen Vorstellungen und unbewussten Wünsche z.B. nach ausschließlicher Liebe, Anerkennung oder auch Rache werden mit viel Energieaufwand verdrängt, weil scheinbar nur so Handlungskompetenz wieder erreicht werden kann.

Als eine Form der Selbstbestrafung werden Schuldgefühle mobilisiert, mit denen sehr viele pflegende Frauen leben, wenn die verinnerlichten idealisierten Normen und Ansprüche der strengen Überprüfung nicht standhalten.

Überzogener Aktionismus – am zu pflegenden Menschen muss immer etwas getan werden – und auch das starre Festhalten am „alten Bild“ verleugnen Hinfälligkeit, Sterben und Tod, um der Verlustangst zu entkommen. Die Vorstellung, dass jede noch so gute Pflege beim alten Menschen doch zum Tode führt, ist für viele zu kränkend.

Aggressive Impulse lassen sich durch Überfürsorglichkeit in ihr Gegenteil verkehren. Der Gepflegte muss sich dann dem strengen Regiment „ich weiß, was für Dich gut ist“ unterwerfen. Autonomiebestrebungen werden untersagt. Die Aufopferung in der Pflege verbindet sich mit dem Nimbus von Unersetzlichkeit und stabilisiert so wieder

das Selbstwertgefühl. Die einerseits schützenden, andererseits aber destruktiven Bewältigungsstrategien werden als Ausweg in einer ansonsten nicht mehr aushaltbaren Situation gewählt. Das gilt es zu verstehen: Es sind Kompromisse zum Überleben.

Die durch das rigide Punktesystem zeitlich begrenzten medizinisch-pflegerischen Einsätze von professionellen Pflegekräften werden von Angehörigen nur als geringe Entlastung, teilweise sogar als zusätzliche Belastung erfahren. Diese Einschätzung stützt sich auf Aussagen pflegender Angehöriger während der 11 jährigen Arbeit unserer Beratungsstelle und rechtfertigt sich ebenso durch die Ergebnisse von drei durchgeführten Fachtagungen. Viele der derzeitigen Hilfsangebote für pflegende Angehörige finden in erster Linie auf einer formellen und/oder informativen Ebene statt und weniger vor dem psychosozialen Hintergrund der familiären Konstellation. Anbieter sehen häufig „nur“ die objektivierbaren Belastungen, bezogen auf Pflegestufe, Pflegeumfang und Art

der Hilfeleistungen. Konflikte, die aus der Pflegebeziehung resultieren, werden häufig mit pragmatischen Hilfestellungen zugedeckt, ohne einen Raum für das Konflikthafte der Situation zuzulassen. Dieser pragmatische Umgang, der letztlich die bestehenden Probleme nur auf eine Organisationsfrage reduzieren will, scheint als Hilfe in einer emotional aufgeladenen Pflegesituation jedoch wenig hilfreich.

Das subjektive Belastungsempfinden muss aber mit einbezogen werden, sonst werden Angehörige nicht erreicht, und es entsteht ein hohes Maß an Unzufriedenheit und Rückzug, sowohl bei den Hilfesuchenden als auch bei den Dienstleistern. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen Nachfrage und Angebot. Professionelle Hilfesysteme sind meist nicht kompatibel mit familiären Pflegesystemen.

- Psychosoziale Beratungsstelle für Pflegende Angehörige und ältere Menschen -

Tabelle 2.17: Wünsche von Pflegenden nach Entlastung

Wunsch nach (mehr):	Anteil der befragten Pflegepersonen
Finanzielle Zuschüsse	50%
Familiäre Pflegehilfe (einschl. Verwandte, Freunde etc.)	46%
Rentenansprüche	44%
Familiäre Alltagshilfe	37%
Anerkennung der Pflege	34%
Kurzzeitpflege	27%
Wohnungsanpassung	26%
Pflegeschulung	23%
Fachlicher Pflegehilfe	21%
Hausarzt-Aufklärung	20%
Tagespflege	19%
Facharzt-Aufklärung	16%
Pflegehilfsmittel	14%

Zitiert nach Gräbel, Tab. 31

2.9 ENTLASTUNGSWÜNSCHE VON PFLEGENDEN

Neben stärkerer finanzieller Unterstützung, Stärkung der Rentenansprüche und Engagement der Familie in Pflege und Haushalt wünscht sich ein Drittel der Pflegenden mehr Anerkennung ihrer Pflegetätigkeit, was damit noch vor dem Bedarf an professioneller Pflegehilfe rangiert. Damit bestätigt sich ein weiteres Mal, dass die Anerkennung, die zu einer Aufwertung der Pflegeperson führt, trotz der physischen und psychischen Belastungen höher bewertet wird als die Entlastung bei pflegebezogenen Tätigkeiten (vgl. Tabelle 2.17) .

2.10 STRUKTURELLE MÖGLICHKEITEN ZUR FÖRDERUNG DER ANGEHÖRIGENPFLEGE

Für die positive Beeinflussung der Angehörigenpflege ist die Struktur des professionellen Systems und hier insbesondere der Schnitt- und Kontaktstellen von großer Bedeutung. Eine Verbesserung der Arbeitsweise von Sozialdiensten (SD) und Überleitstellen (ÜL) der Krankenhäuser, der hausärztlichen Versorgung sowie des Angebotes komplementärer professioneller Pflegedienstleistungen wie ambulante Pflegedienste, Kurzzeit- und Nachtpflege stehen dabei im Vordergrund.

2.10.1 SOZIALDIENST UND ÜBERLEITSTELLEN DER KRANKENHÄUSER

Für etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen stellt ein Krankenhausaufenthalt aufgrund einer akuten Erkrankung den Beginn der Pflegebedürftigkeit dar. Das bedeutet, dass Krankenhäuser eine wichtige Schnittstelle sind für den Übergang in häusliche oder Heimpflege. In den meisten Bremer Kliniken wurden in den vergangenen Jahren Überleitungsstellen (ÜL) als eigene Funktionsbereiche eingerichtet. Die Pflegeüberleitung fiel bis dahin in den Aufgabenbereich der Sozialen Dienste (SD). Die neu geschaffenen Funktionsstellen in den Krankenhäusern werden in Kooperation mit dem SD ausgeübt. Ziel der Dienste ist es, zu einem auf die individuellen Hilfebedarfe ausgerichteten Übergang vom stationären Bereich in die ambulante Betreuung beizutragen.

Es ist jedoch festzustellen, dass diese Strukturen nicht immer und in jedem Krankenhaus systematisch genutzt werden und die Praxis der Überleitung nicht immer Bedarfe von Angehörigen und Pflegebedürftigen angemessen berücksichtigt.

Folgende Probleme werden aus Sicht der Sozialdienste und Überleitstellen der Bremer Krankenhäuser benannt:

- Die Kooperation zwischen Stationen und SD gestaltet sich sehr unterschiedlich, dies gilt sowohl für die einzelnen Krankenhäuser untereinander als auch für die verschiedenen Stationen eines Hauses. Die Einbeziehung von SD/ÜL erfolgt nicht systematisch, das Pflegepersonal auf den Stationen schaltet nach eigenem Ermessen die SD/ÜL ein.
- Die SD/ÜL kümmern sich ausschließlich um Patientinnen und Patienten, bei denen keine oder keine pflegefähigen Angehörigen zur Verfügung stehen. ‚Unauffällige‘ Pflegebeziehungen kommen, wenn die Betroffenen nicht selbständig Bedarf anmelden, mit ihnen nicht in Kontakt.
- Alle SD/ ÜL klagen über Unterbesetzung und damit zu stark limitierte Beratungsmöglichkeiten, die sich damit vorrangig auf organisatorische und technische Bedarfe beziehen, psychosoziale Aspekte aber kaum beinhalten können.

Vorschläge zur Optimierung aus Sicht der SD/ÜL:

- Die Abhängigkeit des SD/ ÜL von der Meldebereitschaft der einzelnen Stationen ist ungünstig. Die Mitarbeiterinnen von SD/ÜL sollten regelmäßig an Übergabebesprechungen teilnehmen.
- SD/ ÜL sollten räumlich wahrnehmbar für die Patienten etabliert sein, so dass diese sich aus eigener Initiative Unterstützung holen können.
- Ergänzend sollte das Pflegepersonal insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit langen Liegezeiten Ressourcen für Angehörigengespräche, ggf. für Einweisung in Pflegetechniken einplanen.

Die skizzierten Problemfelder zeigen, dass eine regelhafte und systematische Einbeziehung vorhandener Strukturen in den Krankenhäusern sowie dortige Vereinbarungen einheitlichen Vorgehens im Sinne erhöhter Transparenz für Angehörige und Patient/innen aber auch für das Pflegepersonal dringend erforderlich sind.

Ein einfacher, kostengünstiger und hilfreicher Service für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen könnte darin

bestehen, eine übersichtliche Broschüre mit den wichtigsten Institutionen und Ansprechpartner/innen zum Thema Pflege durch die Pflegekräfte auf den Stationen an die Betroffenen auszuhändigen. Eine solche Broschüre sollte z.B. folgende Angaben enthalten:

- eine Wohnbezirks-bezogene Auflistung der ambulanten Pflegedienste, ggf. mit deren Schwerpunktsetzung (z.B. Diabetes-, Schlaganfall-, Demenz-Erkrankte, Kinder, Migrant/innen, Geräteversorgung etc.),
- ein Verzeichnis der Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen,
- Kontaktadressen des "Sozialdienstes Ältere Menschen" (Amt für Soziale Dienste) mit seinen spezifischen Dienstleistungsangeboten,
- Adressen der Dienstleistungszentren mit Angebotspalette für die Zielgruppe Pflegebedürftige und pflegende Angehörige,
- Adresse und Aufgabenfeld der "Psychoziale Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen",
- Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger,
- Kurs- und Beratungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige bei den Krankenkassen,
- Überblick über diverse Soziale Hilfsdienste (Hausnotruf, Essen auf Rädern etc.).

2.10.2 KURZZEITPFLEGE

Kurzzeitpflege wird in drei Situationen in Anspruch genommen: direkt nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn längere Rekonvaleszenzzeiten bzw. weitere Abklärung des Versorgungsbedarfs nötig sind, im Verlauf von Dauerpflegen bei Krankheit oder Urlaub der Pflegeperson oder zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Heimplatz.

Für die Gruppe der erstmals Pflegenden bietet sich mit der zwischen Krankenhaus und Heimkehr geschalteten Kurzzeitpflege ein günstiger Zeitpunkt, um sich auf Angehörigenpflege vorzubereiten. Diese Möglichkeit ist unter den derzeitigen Umständen eingeschränkt, denn die Strukturen in der Kurzzeitpflege haben sich mit Einführung der Pflegeversicherung in einigen Aspekten bedeutsam verändert:

- Reduktion der Verweildauer von 6 Monaten auf 4 Wochen. D.H. stationäre Pflegebedürftigkeit über den Zeitraum von vier Wochen hinaus führt i.d.R. zur Verlegung in die Dauerpflege. Nach den vier Wochen

in der Kurzzeitpflege besteht kein Recht auf Unterstützung für den weiteren Erhalt der Wohnung (früher: sechs Monate).

- Geändertes Begutachtungsverfahren: Vor der Pflegeversicherung nahmen der Sozialdienst im Krankenhaus und der Sozialdienst Ältere Menschen steuernd Einfluss auf die Gestaltung des Übergangs stationär/ambulant. Heute erfolgt die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bereits 14 Tage nach Krankenhaus-Entlassung. Bei dieser kurzen Genesungszeit besteht oft keine andere Wahl als die medizinische Bestätigung weiterer stationärer Pflegebedürftigkeit. Längere Rekonvaleszenzzeiten von Älteren werden in diesem System nicht adäquat berücksichtigt.
- Finanzielle Mangelausstattung: Durch die allmähliche Reduktion des Personals und der therapeutischen Angebote in der Kurzzeitpflege auf das Niveau der Langzeitpflege fehlt es an ausreichendem therapeutischen Personal, das für die Rückkehr vorbereitet und 'trainiert'.
- Zunahme an 'Streubetten' innerhalb von Dauerpflege-Einrichtungen bei Abbau von singulären Einrichtungen mit ausschließlicher Kurzzeitpflege-Belegung. Kurzzeitpflege, die lokal und konzeptionell an stationäre Heime angegliedert ist, legt den Verbleib am selben Ort nahe.
- 48% der Kurzzeitpflege-Gäste werden zur Nachsorge nach einer Krankenhausbehandlung aufgenommen, vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung waren dies lediglich 27 %.

Auch für Angehörige hat dies Bedeutung: stünde ihnen durch eine längere Kurzzeitpflegedauer z.B. ein größerer Zeitraum für die Entscheidungsfindung zu Verfügung, der auf Wunsch begleitet werden könnte durch Anleitung in Pflege-techniken, Probepflegen und Beratungsgespräche innerhalb der Einrichtung, so könnte evtl. manche Heimbelegung vermieden und vielen Problemen in der Angehörigenpflege rechtzeitig gegengesteuert werden.

2.10.3 HAUSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Hausärztinnen und -ärzte haben eine zentrale Funktion hinsichtlich des Zugangs pflegebedürftiger alter Menschen und ihrer Angehörigen zum Hilfesystem, insofern sie die hauptsächliche ärztliche Bezugsperson zur älteren Bevölkerung sind.

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Zudem entwickelt sich bei etwa der Hälfte der Pflegebedürftigen die Pflegebedürftigkeit allmählich und wird vorrangig durch Hausärztinnen und Hausärzte festgestellt, die damit ebenfalls eine Schnittstelle der Pflegebahnung darstellen.

Einen Schritt zur Stärkung der hausärztlichen Rolle in bezug auf Angehörigenpflege ist die Neuformulierung der Richtlinien zur häuslichen Pflegeversicherung vom Mai 2000. Hier wurde „Anleitung (...), Beratung und Kontrolle von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen“ in den Leistungskatalog der Hausärzte aufgenommen. Diese neue Form der Pflegeberatung kann fünf mal im Rahmen der Grundpflege und 10 mal als Behandlungspflege von Ärztinnen und Ärzten verordnet und von der Pflegekraft durchgeführt werden. Über Verordnungshäufigkeit und Akzeptanz dieser Form der Pflegeanleitung können aufgrund der kurzen Geltungsdauer des Gesetzes noch keine Aussagen gemacht werden.

2.10.4 AMBULANTE PFLEGEDIENSTE

Im Land Bremen beziehen etwa 64% der im ambulanten Bereich Gepflegten ausschließlich Pflegegeld, d.h. die Pflegeleistungen werden privat organisiert. 36 % nehmen reine Sachleistungen, d.h. ambulante Fachpflege bzw. Kombi-Leistungen in Anspruch. Es gibt derzeit 126 häusliche Pflegedienste, die pflegende Angehörige vorrangig im Rahmen von zeitlich begrenzter Krankenhaus-Nachsorge und in Form von dauerhaft zu leistender Pflege (Kombi-Pflege) unterstützen können. Obwohl Pflegedienste unter den professionellen Einrichtungen den intensivsten und regelmäßigsten Kontakt zur Pflegesituation haben, bieten sie aus verschiedenen Gründen nur eine eingeschränkte Entlastung für Pflegende:

- In Verbindung mit einem präzise vorgegebenen Leistungsspektrum arbeiten Pflegekräfte in knapp definierten Zeiteinheiten, die eine über die reine körperbezogene Hilfe hinausgehende Beschäftigung mit Pflegebedürftigen und Angehörigen kaum zulassen.
- Vergütbare Pflege bezieht sich ausschließlich auf Verrichtungen bei Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung und Mobilität bzw. Behandlungspflege; die psychosoziale Situation des Pflegebedürftigen in der Familie ist nicht ihr Gegenstand.

Für die geringe Nutzung der Kombinationspflege durch pflegende Angehörige lassen sich zudem folgende Gründe vermuten:

- Pflegepersonen ist die Möglichkeit von Kombinationspflege nicht bekannt.
- Pflegende gehen davon aus, dass sie nur im Notfall berechtigt sind, die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen.
- Pflegende verstehen sich nicht als „Kundinnen“, die frei sind in der Wahl ihres Pflegedienstes, im Wechsel des Dienstes und in der Entscheidung, welche Pflegemaßnahmen sie selbst übernehmen bzw. dem Fachpersonal übertragen.
- Pflegende erleben die ambulanten Dienste z.T. als wenig hilfreich, z.T. sogar als Zusatzbelastung, insofern als deren Vorgehen vorrangig auf objektivierbare Pflegeleistungen und ein abzuarbeitendes Programm fokussiert.
- Angehörige fühlen sich als Störfaktor wahrgenommen, ihre Interventionen werden in ihrer Wahrnehmung als unerwünscht entwertet; sie selbst entfallen als Part der Pflegebeziehung.
- Nicht zuletzt bedeutet das Pflegegeld für viele knapp ausgestattete Rentnerhaushalte einen unverzichtbaren Anteil des Haushaltseinkommens, was sie hindert, sich Pflegeunterstützung etwas kosten zu lassen. Pflegende Angehörige erhalten für ihre Leistungen etwa halb so viel wie professionelle Pflegedienste, so dass das in Pflegeunterstützung investierte Pflegegeld nur für einen vergleichsweise geringen Leistungsumfang ausreicht.

Um Entlastungen für Pflegende durch ambulante Pflegedienste stärker zu ermöglichen, sind folgende Maßnahmen denkbar:

- für regelmäßige Leistungen: verlässliche Präsenz der Fachkräfte zu verabredeten Terminen, so dass die Hilfeleistungen in den Familienalltag eingeplant werden können (besonders wichtig für pflegende Mütter und berufstätige Pflegende). Möglichst wenige und feste Bezugspersonen. Zeit für Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigem.
- für plötzlich auftretende Situationen: spontan abrufbare Hilfskräfte für die „kleinen Fluchten“: um für kurze Zeit einer überstarken Belastung entkommen zu können; in (subjektiven) Krisen- oder Notfall-Situationen; an Tagen körperlicher oder seelischer Unpässlichkeit, oder schlicht, um der eigenen Körperpflege nachkommen zu können (Duschen, Friseur, Arzttermine, Therapien etc.).

Im Ergebnis bedeuten die dargelegten Fakten zur Problematik an den Kontakt- und Schnittstellen, dass bereits vor Beginn einer häuslichen Pflege auftretende

Fragen und Probleme innerhalb des Gesundheitswesens keine systematische und strukturierte Beachtung finden. Damit bleibt die Chance ungenutzt, die Pflegesituation für Pflegende und Pflegebedürftige aktiv zu gestalten und besonders in der Anfangsphase einer Pflege auftretenden Schwierigkeiten vorzubeugen.

2.11 FAZIT UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Ökonomische Aspekte

Ambulante häusliche Pflege ist kostengünstiger als stationäre Versorgung. Das volkswirtschaftliche Einsparpotential sollte zumindest teilweise denjenigen, die es erbracht haben, in Form von Qualifizierung, Entlastung und Unterstützung zugute kommen. Diese Form der Ressourcenstärkung könnte die Bereitschaft, eine Angehörigenpflege zu übernehmen erhöhen, damit dem Wunsch vieler alter Menschen, so lange wie möglich im häuslichen Umfeld zu verbleiben entsprechen und zur finanziellen Entlastung im stationären Bereich beitragen.

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Pflege bezieht sich derzeit fast ausschließlich auf den stationären Sektor. Häusliche Laien-Pflege ist weitgehend nicht qualitätsgesichert. Die bestehenden Strukturen müssten erweitert werden, um an die Stelle von defizitorientierten Kontrollen Kompetenz-Förderung zu setzen. Insbesondere an den Schnittstellen zur Pflege sollte kontinuierliche Qualifizierung und Beratung umgesetzt werden. Besondere Bedarfe bestehen bei Pflegenden in Bezug auf psychosoziale Unterstützung.

Strukturelle Probleme in der Angehörigen-Pflege

Die Entscheidung zur Übernahme einer häuslichen Pflege wird häufig unter hohem zeitlichen und moralischen Druck und ohne ausreichende Information gefällt. Das gefährdet die Tragfähigkeit dieser weitreichenden Entscheidung und erhöht das Risiko für ihr Scheitern. An den institutionellen Schnittstellen, mit denen Angehörige zu Beginn und während der Pflege in Kontakt kommen, mangelt es an strukturierten Prozessen des Shared decision making, sowie an strukturierten Konzepten zur Vorbereitung bzw. Überleitung in häusliche Angehörigenpflege.

Für die Bewältigung pflegebedingter psychosozialer Krisen ist i.d.R. keine institutionelle und individuelle Vorsorge getroffen. Eine fachliche Begleitung kann dazu beitragen, individuell passende Hilfen zu entwickeln.

Mehr als zwei Drittel aller Pflegenden sind im erwerbsfähigen Alter, drei Viertel von diesen sind erwerbstätig mit steigender Tendenz. Für diese besteht eine Vereinbarkeitsproblematik. Die strukturellen Bedingungen für diese Gruppe Pflegenden sind in Deutschland gegenüber einigen anderen Ländern ungünstig: es fehlt an flexiblen Arbeitszeitregelungen in Betrieben, sowie an flexiblerer Einsatzbereitschaft der ambulanten Pflegedienste. Modelle, die eine Vereinbarkeit von Erwerbs-, Familien- und Pflegearbeit erleichtern, sind zu entwickeln und zu fördern.

Die Behebung dieser Defizite könnte die Rate von Abbrüchen häuslicher Pflegesituationen reduzieren.

2.12 KONKRETE PROJEKTE

Im Verlauf der Arbeit an diesem Bericht wurden durch den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Referat Gesundheitsberichterstattung, drei weitere Kooperations-Projekte geplant bzw. begleitet bzw. initiiert, die die Verbesserung der strukturellen Einbindung und Unterstützung pflegender Angehöriger zum Ziel haben. Diese werden im folgenden dargestellt.

2.12.1 MODELLPROJEKT ‚ERWEITERTE PFLEGEBERATUNGSBESUCHE‘

Das geplante Modellprojekt setzt an der einzigen verbindlichen Qualitätssicherungsmaßnahme, dem von den Pflegekassen nach § 37.3 SGB XI geforderten Beratungsbuch an. Die Kostenträger verpflichten Angehörige, die ohne professionelle Unterstützung pflegen, viertel- bzw. halbjährlich eine Fachkraft eines Pflegedienstes zur Begutachtung anzufordern. Diese Einsätze „dienen der Entlastung der pflegenden Familienangehörigen (...) und der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. Die Beratung erstreckt sich dabei u.a. auf

- die Notwendigkeit medizinischer Reha-Maßnahmen,
- den Einsatz von Pflegehilfsmitteln,
- eine Anpassung des Wohnraums,
- die Inanspruchnahme von Tages- und/ oder Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege,
- die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen (...),
- den möglichen Wechsel der Pflegestufe.“ (§ 37.3 SGB XI)

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Die Fachkraft hat darüber der Pflegekasse auf einem standardisierten Formblatt Bericht zu erstatten.

Der Beratungsbesuch in dieser Form ist durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

- Er erreicht alle pflegenden Angehörigen.
- Der zeitliche Rahmen von etwa 20 Minuten lässt kaum mehr als eine körperliche Prüfung auf gravierende Mängel des Pflegebedürftigen und eine oberflächliche Inspizierung der Räumlichkeiten zu.
- Die Beurteilung der Belastungssituation der Pflegeperson ist nicht Gegenstand der Maßnahme.
- Er wird allgemein als Kontrollbesuch aufgefasst; das führt u.a. dazu, dass Probleme kaschiert statt offengelegt werden.
- Pflegekräfte sind unzureichend vorbereitet und qualifiziert für Angehörigenprobleme und -beratung.

Das beantragte Modellprojekt beabsichtigt die Erweiterung des Pflegebesuches in ein unterstützendes Anleitungs- und Beratungssetting. Es ist vorgesehen, dass die stets gleiche Pflegefachkraft in regelmäßigen Abständen ‚Erweiterte Beratungsbesuche‘ bei Pflegebedürftigem und Pflegeperson abstattet. Sie soll möglichst beide Personen in einer Pflege anleiten, die sich an der individuellen Alltagsgestaltung orientiert. Diese Anleitung soll auf potentielle Probleme beim Pflegebedürftigen wie bei der Pflegeperson hinweisen. Außerdem sollen institutionelle Hilfsangebote gezielt und zum adäquaten Zeitpunkt angeboten werden. Der Hausarzt wird regelmäßig informiert und nach Möglichkeit einbezogen. Die Vorüberlegungen, Vorbereitung und Durchführung eines ggf. nötigen oder gewünschten Übergangs in stationäre Pflege kann begleitet werden. Ganz besonders soll auf die psychisch belastenden Momente einer dauerhaften Pflegebeziehung eingegangen werden können. Die Fachkraft fertigt eine Dokumentation des Pflegebesuchs an, die von der Pflegeperson gegengezeichnet und an die Pflegekasse übergeben wird. Für diese Aufgaben kann der Zeitrahmen des Pflege-Beratungsbesuchs je nach Bedarf bis auf max. eine Stunde ausgedehnt werden. Sollten weitere Beratungsbesuche aufgrund von Notsituationen vor Ablauf der vorgegebenen Fristen nötig werden, können diese auf Verordnung des Hausarztes erfolgen.

Folgenden Erfordernissen soll durch den ‚erweiterten Beratungsbesuch‘ Rechnung getragen werden:

- Adäquate Beurteilung des Pflegezustands des Pflegebedürftigen;
- Veranlassung von Maßnahmen, wenn möglich

zunächst in Form von Aufklärung und Pflegeanleitung der Pflegeperson, bei Bedarf eines Hausarzt-Besuches; Berücksichtigung des Rehabilitationspotentials und Beurteilung der Angemessenheit der bestehenden Pflegestufe;

- Anleitung in Pflegetechniken unter Berücksichtigung des Erhalts der Selbständigkeit;
- Beratung bei ‚technischen‘ Hilfen wie Wohnraumanpassung, Hilfsmittelbedarf und -beschaffung sowie Unterweisung in ihren Gebrauch;
- Anleitung zu aktivierender Pflege;
- Beurteilung der Pflegebeziehung und des sozialen Umfeldes, ggf. Erarbeitung eines modifizierten Pflege-settings;
- Beratung der Pflegenden unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen psychosozialen Belastung und diesbezüglicher Entlastungsmöglichkeiten,
- Qualifizierung der Fachkräfte für Angehörigenberatung.

Der Beratungsbesuch eignet sich aus folgenden Gründen in besonderer Weise als Anknüpfung für eine nachhaltige Unterstützung pflegender Angehörige:

- Die Pflegenden bzw. Gepflegten müssen sich nicht nach außen wenden an eine ihnen u.U. nicht vertraute Institution und dafür Pflegevertretung organisieren;
- Pflegeanleitung und -beratung findet direkt vor Ort und an der zu pflegenden Person statt, damit ist Beurteilung/ Optimierung der Strukturqualität gewährleistet;
- Die Regelmäßigkeit der Besuche macht die Unterstützung unabhängig von der Initiative der Pflegenden, deren Selbsteinschätzung über das Ausmaß ihrer Belastung oft inadäquat ist, so dass sie Hilfe, wenn überhaupt, meistens sehr spät nachfragen;
- Der Zeitrahmen erlaubt den Zugang zu psychosozialen Belastungen.

Es ist anzunehmen, dass ‚erweiterte Beratungsbesuche‘ in dieser Art insbesondere in den ersten zwei Jahren einer Pflegebeziehung hocheffektiv sind. Sie stellen nicht nur eine breit gefächerte Stärkung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen dar, sondern bewirken außerdem eine dauerhaft wirksame Qualifizierung. Durch die Qualifizierung der Laienkompetenz wird die Qualität ambulanter Pflege kontrolliert, gesichert und weiterentwickelt. Die Intention des neuen Pflegequalitäts-Sicherungsgesetzes, das bisher vor allem im stationären Bereich ansetzt, wird durch diese Maßnahme auch für den ambulanten Bereich modellhaft umgesetzt.

Für die Durchführung ‚erweiterter Beratungsbesuche‘ müssen Pflegekräfte qualifiziert werden. Pflegekräfte sollen befähigt werden, den individuellen Beratungsbedarf zu ermitteln. Aufgrund der Kenntnisse der Beratungsschwerpunkte sollten die Pflegekräfte in der Lage sein, den Fokus eines Beratungsgesprächs auf Stärkung des Selbstbewusstseins der Pflegenden, ihrer Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, zur adäquaten Abgrenzung gegenüber dem Pflegebedürftigen und zur Inanspruchnahme von Unterstützung zum nötigen Zeitpunkt zu richten. Außerdem ist anzunehmen, dass von dieser Qualifizierungsmaßnahme für jeweils einzelne Fachkräfte eines Pflegedienstes positive Auswirkungen auf den ganzen Pflegedienst ausgehen: Die Sensibilität für Angehörigenpflege könnte zunehmen und größere organisatorische Flexibilität hinsichtlich der Bedürfnislage von Angehörigen bei den Dienstleistern bewirken. So wäre langfristig eine effizientere Nutzung der Entlastungsfunktion der Dienste für pflegende Angehörige zu erwarten.

Die Dauer der Maßnahme ist zunächst auf eineinhalb Jahre konzipiert. Bei positiven Ergebnissen wird eine Übernahme des Projektes durch die Pflegekassen angestrebt.

Projektstand zur Zeit der Berichterstattung: Entwicklung der Konzeption und Antragstellung auf Förderung aus Landesmitteln ist erfolgt, auf Wunsch des Beirats des Landespflegeausschusses wird eine Bedarfserhebung für das Land Bremen (Sommer 2001) durchgeführt.

2.12.2 PROJEKT ‚ANGEHÖRIGEN-QUALIFIZIERUNG ZUR SICHERUNG DES STATIONÄREN REHABILITATIONSERFOLGS BEIM ÜBERGANG IN HÄUSLICHE PFLEGE‘

Ziel dieses Projektes ist die Optimierung der Behandlungssituation neurologischer Langzeitpatienten. Das Projekt „Programm-, Prozess- und Ergebnisevaluation stationärer Frührehabilitation und Konzepte einer langfristigen Qualitätssicherung“ wurde von der neurologischen Abteilung des ZKH Bremen Ost und dem neurologischen Therapiezentrum Friedehorst in Zusammenarbeit mit dem Institut für angewandte Pflegeforschung im Zentrum für Public Health der Universität Bremen entwickelt. Es befindet sich im Antragsstadium und ist auf zwei Jahre festgelegt. Ziel ist die langfristige Verbesserung des Rehabilitationsverlaufs dieser spezifischen Zielgruppe

(Schädel-Hirnverletzte, neurologische Erkrankungen etc.) unter Erprobung innovativer Instrumente.

Es gilt allgemein als erwiesen, dass stationär erreichte Rehabilitationserfolge in der alltäglichen Dauerpflege häufig nicht gesichert werden können. Die Gründe im einzelnen :

- unzureichende medizinische, therapeutische und pflegerische Nachbehandlung;
- Informationsdefizit auf Seiten der Pflegenden bzgl. weiterer Behandlungsmöglichkeiten, bzw. einem fehlenden Prozessmanagement für den langfristigen Rehabilitationsverlauf;
- vorschnelle negative Bewertungen der Patientensituation durch Professionelle, Angehörige und Patienten;
- Überlastung der Angehörigen durch die häusliche Pflege.

Eine der intendierten Maßnahmen des Projekts besteht in der frühen Einbindung von Angehörigen in den Pflegeprozess, sowie in der strukturierten Überleitung in häusliche Pflege durch das stationäre Pflegepersonal. Ein Instrument hierzu besteht in der Umgestaltung der Funktionsin Bezugspflege (primary nursing), die sich bei Langzeitpatienten ganz besonders anbietet. Ein Patient wird hier von wenigen Pflegekräften umfassend betreut, diese wiederum sind ausschließlich für wenige Patienten (entsprechend dem individuellen Pflegeaufwand) verantwortlich. Diese – finanziell aufwendigere – Pflegeform ermöglicht ein größeres Vertrauensverhältnis, sie vereinfacht Kommunikationsprozesse und reduziert Vermittlungsaufwand zwischen Patienten und Pflegeteam, Arzt und innerhalb des Teams. Auch zu den Angehörigen lässt sich leichter und schneller Kontakt herstellen.

Das Projekt sieht folgende Innovationen vor:

- Zwei Wochen nach Aufnahme führt die zuständige Bezugs-Pflegekraft mit Angehörigen und Patienten eine sog. Eingangsbesprechung, während des Aufenthaltes ein Verlaufsgespräch und zur Entlassung hin eine Abschlussbesprechung. Die Ergebnisse werden in Form von Dokumentationsberichten an Hausärzte, zukünftige ambulante Pflegedienste und therapeutische Dienste weitergeleitet.
- Während des stationären Aufenthaltes sollen die Angehörigen gezielt in pflegerische und therapeutische Maßnahmen eingeführt werden, die für eine Langzeitpflege erforderlich sind.
- Die Bezugs-Pflegekräfte sollen die Kontakte zu nach-

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

sorgenden Instanzen bahnen.

- Gemeinsam mit den Angehörigen und ggf. ambulanten Diensten sollen sie entlassungsvorbereitende Hausbesuche durchführen, die räumliche und soziale Aspekte des häuslichen Umfelds unter Pflegeaspekten beurteilen und ggf. Veränderungen einleiten.
- Über eine Hotline zwischen Patienten/ Angehörigen und Klinikteam kann Beratung und Begleitung poststationär in den häuslichen Bereich fortgeführt werden.
- Pflegekräfte initiieren maßgeblich die Vernetzung zwischen allen am Pflegeprozess beteiligten Akteuren.
- Die Pflegekräfte sollen für diese Bedarfe durch Schulungsprogramme qualifiziert werden.

Projektstand: Die Entwicklung der Projektskizze (Konzeption, Ablauf) ist abgeschlossen; derzeit werden Finanzmittel akquiriert.

2.12.3 KONZEPTENTWURF FÜR DIE STRUKTURIERTE EINBINDUNG VON ANGEHÖRIGEN IN DER KURZZEITPFLEGE

Insbesondere für die erstmals Pflegenden, deren Angehörige nach akuter Krankheit relativ unvorbereitet pflegebedürftig werden, bietet sich mit der zwischen Krankenhaus und Heimkehr geschalteten Kurzzeitpflege potentiell ein günstiger Zeitpunkt, um Angehörigenpflege vorzubereiten und zu qualifizieren.

Die Reduktion der Verweildauer sowie die Angleichung der Kurz- an Langzeitpflegestrukturen erschweren den Auftrag zu einer abklärenden, therapeutisch aktivierenden und auf Rückkehr in die häusliche Umgebung ausgerichteten Funktion der Kurzzeitpflege. Daraus resultieren Fehlplatzierungen in Richtung stationärer Dauerpflege. Der Anstieg von stationären Heimplätzen lässt sich möglicherweise z.T. auf genannte Fehlentwicklungen der Kurzzeitpflege zurückführen.

Auf dem Sektor der Altenhilfe in Bremen (Referat Altenhilfe, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales) gibt es Bestrebungen, zumindest in Form von Modellprojekten diesen Entwicklungen entgegenzuwirken. Kurzzeitpflege soll so ausgerichtet und ausgestattet werden, dass sie dem Gedanken der kurzfristigen Überbrückung bis zur häuslichen Pflege entspricht.

Im Rahmen des Modellprojekts ‚modifizierte Kurzzeitpflege‘ wäre das Konzept zur strukturierten Einbindung von erstmals pflegenden Angehörigen sinnvoll zu verorten.

Vorschläge für eine Angehörigen-gestützte Kurzzeitpflege:

- Angehörige und ggf. Patienten werden vom Krankenhaus bzw. vom Hausarzt aufgefordert, die zukünftige Kurzzeitpflegeeinrichtung vor Aufnahme zu besuchen.
- Angehörige begleiten die Überführung des Pflegebedürftigen vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflegeeinrichtung und übergeben die Pflegeberichte, in die sie Einblick haben.
- Angehörige werden, sofern ihre Pflegeleistung betroffen ist, an den Teambesprechungen über ‚ihren‘ Pflegebedürftigen beteiligt. Pflegeplan und Entlassungstermin werden mit ihnen gemeinsam festgelegt.
- Der Pflegeplan wird mit dem Pflegebedürftigen und der Angehörigen gemeinsam erstellt. Pflegemaßnahmen, die die Angehörige übernehmen kann und will, werden ihr nach Maßgabe der von ihr gewünschten Verbindlichkeit übertragen. Dies wird dokumentiert.
- Die Angehörige wird in die Pflegehandlungen und das Pflegekonzept einer aktivierenden Pflege angeleitet.
- Für Krisensituationen gibt es die Möglichkeit eines rooming-in.
- Die Kurzzeiteinrichtung bietet zwei mal pro Woche eine professionell angeleitete Angehörigengruppe an, die zum Erfahrungsaustausch und zur Konfliktbearbeitung sowie zur Information über Pflege-Entlastungsangebote dient.
- Es werden regelmäßig Expert/innen und ‚erfahrene pflegende Angehörige‘ als Referent/innen geladen, um potentielle Konflikte in der häuslichen Dauerpflege zu thematisieren. Kontakte zu Angehörigengruppen und Beratungsmöglichkeiten im Wohngebiet werden vermittelt.

Es ist mit folgenden positiven Aspekten zu rechnen:

- Angehörige gewinnen Zeit für den clearing-Prozeß, er kann begleitet werden durch institutionell gestütztes ‚shared decision making‘.
- Pflegende und Gepflegter erwerben gezielt und in kurzer Zeit grundlegende Sachinformationen.
- Pflegebedürftige und pflegende Person befinden sich in einem gemeinsamen gleichberechtigten Lernprozess.
- Pflegepersonen erwerben in kurzer Zeit Fachwissen

über die spezifische Krankheit/ Belastung ihres Angehörigen.

- Pflegepersonen haben die Möglichkeit, vor der Entscheidung Pflege praktisch zu ‚testen‘ und so die auf sie zukommende Realität adäquater einzuschätzen und Konflikte zu antizipieren, d.h. ihnen damit ggf. vorzubeugen. Sie können von Verantwortung entlastet in Pflegetätigkeit hineinwachsen und diese in Übereinstimmung mit ihren Kräften und Fähigkeiten ausbauen.
- Durch die Vermittlerfunktion der pflegenden Angehörigen gestalten sich manche Pflegen für das Personal einfacher; die Fachkräfte werden evtl. von bestimmten Pflegesequenzen entlastet.
- Für Kurzzeitpflege-Einrichtungen stellen Angehörige eine hoch effiziente Ressource für eine aktivierende auf Integration ins häusliche Umfeld ausgerichtete Pflege dar.

Projektstand: Das Projekt ist an die Umsetzung des Modellprojekts ‚modifizierte Kurzzeitpflege‘ gebunden, das derzeit mit den Pflegekassen verhandelt wird. Es soll am Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße realisiert werden.

2.12.4 FORSCHUNGSPROJEKT ‚HÄUSLICHE NACHTPFLEGE‘

Vom Februar 2000 bis zum April 2001 wurde an der Hochschule Bremen das Forschungsprojekt ‚Häusliche Nachtpflege‘ durchgeführt.

Ausgangspunkt war das Wissen um

- die besondere Belastungssituation pflegender Angehöriger in der Nacht und
- die Probleme, professionelle Pflege in der Nacht zu organisieren.

Die Forschung fand in drei Phasen statt:

1. Umfrage zur Feststellung der vorhandenen Angebote Häuslicher Nachtpflege in Bremen;
2. Interviews von Betroffenen und Experten, insbesondere zur qualitativen Erfassung von Nachfrage und Hinderungsgründen. D.h. gefragt wurde nach der Art der benötigten Hilfe sowie nach den Gründen, die zum einen Pflegebedürftige bzw. Angehörige hindern, ihren Bedarf zu formulieren, zum anderen die Anbieter

davon abhalten, ein Konzept Häuslicher Nachtpflege offensiv anzubieten;

3. Workshop zur Klärung der Bedingungen für die Etablierung eines Angebotes Häuslicher Nachtpflege in Bremen.

zu 1) Die Umfrage unter den ambulanten Anbietern von Pflege in der Stadt Bremen zeigte, dass insbesondere in der Zeit von 0 Uhr bis 6 Uhr Häusliche Nachtpflege nur punktuell angeboten wird. Nachtpflege ist damit als flächendeckendes Regelangebot nicht verlässlich abrufbar. Demgegenüber gaben fast alle Anbieter ambulanter Pflege (93 an, Anfragen nach Häuslicher Nachtpflege zu erhalten. Hinderungsgründe für die Etablierung einer Häuslichen Nachtpflege sind vor allem im Bereich der Finanzierung und der Rekrutierung des Personals zu sehen.

zu 2) Aus den Interviews ergeben sich drei deutlich differenzierte Bedarfe hinsichtlich Häuslicher Pflege in der Nacht:

- Pflegerische Tätigkeiten zu vorhersehbaren Zeiten, die im Wesentlichen über die Kranken- und Pflegeversicherung als Leistungskomplex abgerechnet werden können;
- pflegerische und betreuende Tätigkeiten, die nach Bedarf abgerufen werden können (Pflegenotruf);
- Pflege- und Betreuungseinsätze in schweren Fällen, die über die ganze Nacht dauern, etwa in Sterbesituationen oder bei schweren Behinderungen oder zur Entlastung von Angehörigen bei Demenzerkrankten.

Projektstand: Im Forschungsprojekt wurden Empfehlungen erarbeitet und veröffentlicht, die auch die infrastrukturellen Bedingungen zur Etablierung eines Anbieters von Nachtpflege in Bremen berücksichtigen. Die Empfehlungen sollen von einem breiten Kreis Bremer Institutionen diskutiert und in Bezug auf Umsetzbarkeit geprüft werden.

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Etwa 11% aller erwerbstätigen Frauen Deutschlands sind in Gesundheitsberufen tätig. Ein Grossteil der professionellen Gesundheitsversorgung wird von Frauen übernommen. Dies ist ein Grund, in einem Frauengesundheitsbericht diese Berufsgruppe nicht nur im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu betrachten, sondern auch einmal den Fokus auf die Beschäftigten selbst zu richten. Dabei wird u.a. folgenden Fragen nachgegangen:

- Wie viele Frauen arbeiten in Gesundheitsberufen in Bremen?
- Wie sieht die Verteilung der Geschlechter in den
- Hierarchieebenen aus?
- Warum sind viele Gesundheitsberufe traditionelle Frauenberufe?
- Worin unterscheidet sich die Karriere von Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten?
- Welche Modelle gibt es für die Beschäftigung schwangerer Mitarbeiterinnen in Gesundheitsberufen?
- Wie werden Frauen in Gesundheitsberufen in Bremen gefördert?
- Was macht krank in Gesundheitsberufen?
- Welche Modellprojekte und Lösungsansätze gibt es für einen verbesserten Gesundheits- und Arbeitsschutz in Bremen?

3.1 GESUNDHEITSBERUFE SIND WEIBLICH UND NICHTAKADEMISCH

3.1.1 ZAHLEN UND FAKTEN

Ziel dieses Abschnittes ist es, Informationen über die Zahl der in Bremen beschäftigten Frauen in Gesundheitsberufen im Vergleich zu Männern zu liefern.

In kurzen Worten - Im Land Bremen:

- waren Ende Juni 1999 insgesamt 21.186 sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Gesundheitsberufen gemeldet, davon 17.973 (85%) Frauen. Die häufigsten von Frauen ausgeübten Berufe sind Krankenschwester und Hebamme mit rund 40%, Sprechstundenhelferin mit rund 30% und Helferin in der Krankenpflege mit rund 10%. Bei den Männern sind die Krankenpfleger ebenfalls die größte Gruppe mit rund 39%. An zweiter Stelle stehen hier jedoch mit rund 32% die Ärzte;
- unterscheiden sich die Frauenanteile bei der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzteschaft zwischen dem Arbeitsamtbezirk Bremen (42%) und dem Arbeitsamtbezirk Bremerhaven (29%);
- sind 36% der Ärzteschaft weiblich. Der Frauenanteil unterscheidet sich vom Bundesdurchschnitt nur unwesentlich (Deutschland: 37%);
- wird die zahnärztliche Versorgung von 140 Zahnärztinnen und 373 Zahnärzten übernommen. 76% der Zahnärztinnen und 86% der Zahnärzte sind in eigener Praxis tätig;
- sind 395 berufstätige Apothekerinnen und 161 berufstätige Apotheker verzeichnet;
- sind insgesamt 3.099 Ärztinnen und Ärzte tätig, davon 43% in Krankenhäusern;
- arbeiten nahezu 12.000 Menschen in Krankenhäusern – der überwiegende Teil sind Frauen (insgesamt: 9.090). Hinsichtlich der Berufsgruppen dominiert hier der Pflegedienst mit insgesamt 5.207 Beschäftigten;
- sichern 2.749 Beschäftigte die Versorgung von pflegebedürftigen Personen im ambulanten Bereich und 3.840 im stationären Bereich. Diese Arbeit wird zu über 80% von Frauen geleistet.

Fazit: Gesundheitsberufe sind insgesamt Frauenberufe. Sprechstundenhelferinnen sind nahezu ausschließlich weiblich, Krankenschwestern/-pfleger zu rund 85% und auch in der ambulanten Pflege sind 85% der Beschäftigten Frauen. Einzig im ärztlichen Bereich liegt der Frauenanteil unter 50%.

Tabelle 3.1: Berufstätige Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Tierärztinnen/Tierärzte, Apothekerinnen/Apotheker im Land Bremen am 31.12.1999

	Frauen Absolut	Männer Absolut	Frauenanteil in %
Ärztin/Arzt, davon:	1.130	1.969	36
- Fachärztin/Facharzt	635	1.513	30
- Praktischer Arzt/Praktische Ärztin	7	-	100
- Ärztinnen/Ärzte ohne Fachgebiet	401	364	52
- Ärztinnen/Arzt im Praktikum (AiP)	87	92	49
Zahnärztin/Zahnarzt, davon:	140	373	27
- In eigener Praxis	106	320	25
- Assistentinnen/Assistenten und Praxisvertreterinnen/-vertreter	30	40	43
- In sonstiger zahnärztlicher Tätigkeit	4	13	24
Tierärztin/Tierarzt, davon:	48	63	43
- Praktizierend tätig	24	33	42
- Assistentinnen/Assistenten und Praxisvertreterinnen/-vertreter	14	4	22
- In sonstiger zahnärztlicher Tätigkeit	10	26	28
Apothekerin/Apotheker, davon	305	161	65
- In öffentlichen Apotheken	289	144	67
- In Krankenhausapotheken	10	10	0
- In sonstiger pharmazeutischer Tätigkeit	6	7	0

Statistisches Bundesamt

Eine vollständige Darstellung der Beschäftigten im Gesundheitswesen kann weder für Bremen noch bundesweit erfolgen, da es weder eine allgemein gültige Systematik hinsichtlich der Begriffe, Definitionen und Kategorisierungen der Berufe des Gesundheitswesens noch eine vollständige und einheitliche Statistik gibt. Informationen über einzelne Berufsgruppen liefern die folgenden Statistiken:

Angaben über die Zahl der Beschäftigten in akademischen Berufen (Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerinnen/Apotheker) werden bei den jeweiligen Kammern und Dachorganisationen¹ vorgehalten (vgl. Tab.2.1). Von den 3.099 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten sind insgesamt 36% Frauen. Bei näherer Differenzierung fällt auf, dass sie mit 30% bei den Fachärzt/-innen unterrepräsentiert sind, während ihr

¹ Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Deutsche Tierärzteschaft und Bundesvereinigung Deutscher Apotheker stellen die Daten dem Statistischen Bundesamt für eine gemeinsame Statistik zur Verfügung. Weitere Angaben zu Ärztinnen und Ärzten im Land Bremen sind dem Kapitel "Ärztinnen in Bremen" zu entnehmen.

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Anteil bei den Ärzt/-innen ohne Fachgebiet mit 52% deutlich höher als ihre Gesamtquote liegt.

Die zahnärztliche Versorgung in Bremen wird zu gut einem Viertel von Frauen sichergestellt. Etwa 76% aller Zahnärztinnen arbeiten in eigener Praxis, bei den Zahnärzten sind es 86%. Im Vergleich zu den Männern sind überdurchschnittlich viele Zahnärztinnen als Assistentinnen und Praxisvertreterinnen tätig. Der einzige akademische Gesundheitsberuf, den mehr Frauen als Männer ausüben, ist Apothekerin. Die Versorgung mit Produkten aus öffentlichen Apotheken wird zu Zwei dritteln von Frauen gewährleistet.

Nichtakademische Gesundheitsberufe sind in der Statistik der „sonstigen in Gesundheitsdienstberufen tätigen

Personen“ des Statistischen Bundesamtes aufgeführt². Allerdings beruhen diese Angaben nicht auf einer exakten Zählung, sondern auf dem Mikrozensus bzw. auf der 0,45%-EG Arbeitskräftestichprobe³. Nach Aussagen des Statistischen Bundesamtes erlauben diese Angaben „nur eine grobe Orientierung und schränken die Möglichkeit zum zeitlichen Vergleich deutlich ein“ (Statistisches Bundesamt, 2000, Seite 4). Aus diesem Grund wird auf eine Darstellung dieser Statistik verzichtet und stattdessen auf die „Statistik über die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Gesundheitsberufen“ der Bundesanstalt für Arbeit zurückgegriffen (vgl. Tabelle 3.2). Auch diese Statistik unterliegt einer Beschränkung, da sie lediglich die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten umfasst⁴. Selbständige in Gesundheitsdienstberufen wie beispiels-

Tabelle 3.2: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen im Arbeits-amtsbezirk Bremen und Bremerhaven - nach Geschlecht, 1999

Beruf	Frauen Absolut	Männer Absolut	Frauenanteil In %
Krankenschwestern/Krankenpfleger,			
Hebammen/Entbindungspfleger	7.155	1.248	85
Sprechstundenhelferinnen/Sprechstundenhelfer	5.436	26	100
Helferinnen/Helfer in der Krankenpflege	1.874	446	81
Masseurinnen/Masseure,			
Therapeutinnen/Therapeuten	973	261	79
Medizinallaborantinnen/-laboranten	971	59	94
Ärztinnen/Ärzte	663	1.029	39
Diät-, Pharmazeutisch-techn. Assistentinnen/ Assistenten	534	6	99
Apothekerinnen/Apotheker	272	61	82
Tierärztinnen/Tierärzte	37	24	61
Zahnärztinnen/Zahnärzte	31	37	46
Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker	27	16	63
Gesamt	17.973	3.213	85

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

² Dazu zählen Heilpraktiker/-innen, Masseur/-innen, Medizinische Bademeister/-innen, Krankengymnast/-innen, Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hebammen/Entbindungspfleger, Diätassistent/-innen, Ernährungsfachleute, Pharmazeutisch-technische Assistent/-innen und verwandte Berufe, Medizinisch technische Assistent/-innen und verwandte Berufe, Therapeutische Berufe.

³ Der Mikrozensus und die EG-Arbeitskräfteerhebung sind amtliche Haushaltsbefragungen bei 1% bzw. 0,5% aller Haushalte.

⁴ Dazu zählen alle Arbeitnehmer/-innen einschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten, die krankenversicherungspflichtig, rentenversicherungspflichtig oder

weise niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden in dieser Statistik nicht aufgeführt.

Bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Gesundheitsberufen dominieren bei Männern wie bei Frauen die Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen/Entbindungspfleger. Bei den Frauen steht an zweiter Stelle die Sprechstundenhelferin mit etwa 30%, während es bei den Männern der Arztberuf ist (32%). Von allen aufgeführten, in sozialversicherungspflichtigen Berufen Beschäftigten sind allein im Arztberuf mehr Männer tätig als Frauen. Dort beträgt der Frauenanteil 39%. An der Spitze stehen die Sprechstundenhelferinnen mit einem Frauenanteil von 100%.

Eine Übersicht über einen weiteren Teilbereich der Beschäftigten im Gesundheitswesen bietet die Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730). Nach dieser Verordnung werden Angaben über in den Krankenhäusern beschäftigte Personen erhoben (vgl. Tab. 3.3).

Die stationäre Versorgung wird überwiegend von Frauen gewährleistet. Im Pflegedienst, medizinisch-technischen Dienst und im Funktionsdienst sind mehr als 80% Frauen tätig. Einzig im ärztlichen Bereich ist der

Frauenanteil mit 35% deutlich niedriger.

Über Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege gibt die Pflegestatistik auf der Basis des § 109 Abs. 1 des Elften Sozialgesetzbuches - SGB XI. Auskunft. Für das Land Bremen wurden Daten erstmalig zum Stichtag 15.12.1999 erhoben.

Danach gibt es im Land Bremen 126 ambulante Pflegedienste (97 in Bremen-Stadt, 29 in Bremerhaven). Insgesamt 2.749 Beschäftigte versorgen 4.545 Pflegebedürftige. Zu 85% wird diese Versorgung von Frauen geleistet. Der häufigste Berufsabschluss der insgesamt 2.331 beschäftigten Frauen in ambulanten Pflegediensten ist „Krankenschwester“. Mehr als ein Viertel der weiblichen Beschäftigten haben diese Ausbildung absolviert. An zweiter Stelle steht der „sonstige Berufsabschluss“ mit 22% - ein Indiz dafür, dass viele „fachfremde“ Frauen aus anderen Berufen in ambulanten Pflegediensten arbeiten. Etwa 15% der weiblichen Beschäftigten zählen zu den „sonstigen pflegerischen Berufen“ (Haus- und Familienpflegehelferinnen, Familienbetreuerinnen, Schwesternhelferinnen und Altenpflegerinnen ohne staatlichen Abschluss). Für die Kategorie „ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung“ - der immerhin jede neunte Beschäftigte angehört - ist anzunehmen, dass der Anteil der ohne Berufsausbildung Beschäftigten deutlich höher liegt als

Tabelle 3.3: Beschäftigte in den Krankenhäusern im Lande Bremen am 31.12.1999

	Frauen Absolut	Männer Absolut	Frauenanteil in %
Ärztliches Personal	473	875	35
Nichtärztliches Personal, davon	8.617	2.024	81
- Pflegedienst	4.480	727	86
- Medizinisch-technischer Dienst	1.300	158	89
- Funktionsdienst	974	287	77
- Wirtschafts- und Versorgungsdienst	856	271	76
- Verwaltungsdienst	556	223	71
- Andere Dienste (z.B. klinisches Hauspersonal, Sonderdienste)	451	358	56
Gesamt	9.090	2.899	76

Statistisches Landesamt

beitragspflichtig nach dem SGB III sind oder für die Beitragsanteile zu den gesetzlichen Rentenversicherungen zu entrichten sind. Auch Personen, die aus einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis zur Ableistung des gesetzlichen Wehrdienstes oder zivilen Ersatzdienstes einberufen werden, werden von der Beschäftigtenstatistik erfasst; das gleiche gilt für Zeitsoldaten mit einer Verpflichtung bis zu 2 Jahren. Nicht einbezogen sind dagegen Selbständige, mithelfende Familienangehörige, Berufs- und Zeitsoldaten, Wehrpflichtige ohne vorangegangene Beschäftigung sowie Beamte. Somit sind alle sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeiter und Angestellte (einschließlich der Beschäftigten in beruflicher Ausbildung) enthalten.

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Tabelle 3.4: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten im Land Bremen am 15.12.1999			
	Frauen Absolut	Männer Absolut	Frauenanteil In %
Insgesamt, davon mit Berufsabschluss:	2.331	418	85
- Staatliche anerkannte/r Altenpfleger/-in	269	47	85
- Staatliche anerkannte/r Altenpflegehelfer/-in	50	3	94
- Krankenschwester/-pfleger	617	139	82
- Krankenpflegehelfer/-in	101	16	86
- Kinderkrankenschwester/-pfleger	61	1	98
- Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieherin	2	1	67
- Heilerziehungspflegehelfer/-in	0	1	0
- Heilpädagogin, Heilpädagoge	1	1	50
- Ergotherapeut/-in	3	0	100
- Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	46	0	100
- Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	23	4	85
- Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	23	0	100
- Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	0	0	0
- Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	10	4	71
- Sonstiger pflegerischer Beruf	337	16	95
- Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen	1	0	100
- Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	18	0	100
- Sonstiger Berufsabschluss	506	81	86
- Ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	263	104	72
Statistisches Landesamt			

Tabelle 3.5: Überwiegender Tätigkeitsbereich der Beschäftigten in den Pflegediensten im Land Bremen, 15.12.99

	Frauen Absolut	Männer Absolut	Frauenanteil In %
Pflegedienstleitung	172	51	77
Grundpflege	1.756	284	86
hauswirtschaftliche Versorgung	277	16	95
Verwaltung, Geschäftsführung	90	37	71
Sonstiger Bereich	36	30	55
Statistisches Landesamt			

der Anteil der Auszubildenden.

Das überwiegende Tätigkeitsfeld für Frauen in ambulanten Pflegediensten ist die Grundpflege. Dreiviertel aller beschäftigten Frauen leisten diese Versorgung.

Im Land Bremen gibt es insgesamt 71 stationäre Pflegeeinrichtungen (61 in Bremen-Stadt und 10 in Bremerhaven). Dort sind zur Versorgung von 4.659 Pflegebedürftigen 3.840 Beschäftigte tätig. Auch hier liegt der Frauenanteil über 80%. Der häufigste Berufsabschluss der beschäftigten Frauen in Pflegeheimen ist „Altenpflegerin“ (24%). Auffällig ist der relativ hohe Anteil der „ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung“ Beschäftigten. Mehr als jede fünfte weibliche Beschäftigte in Pflegeheimen ist dieser Kategorie zuzuordnen. Dabei dürfte der Anteil „ohne Berufsabschluss“ im Vergleich zu „noch in Ausbildung“ deutlich überwiegen. Eine grobe Schätzung geht von vier Fünftel zu ein Fünftel aus. Etwa 14% der weiblichen Beschäftigten zählen hier zu den „sonstigen pflegerischen Berufen“ (Haus- und Familienpflegehelferinnen, Familienbetreuerinnen, Schwesternhelferinnen und Altenpflegerinnen ohne staatlichen Abschluss).

Pflege und Betreuung sind auch in den Pflegeheimen der zentrale Tätigkeitsbereich der dort beschäftigten Frauen (65%).

Seit dem 1. Oktober 1995 werden Angaben über Selbstständige in Gesundheitsfachberufen gemäß des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in den Gesundheitsämtern erhoben. Nach § 27 Abs. 1 haben „Heilpraktiker und Angehörige der Gesundheitsfachberufe, die selbstständig tätig sind, (...) dem Gesundheitsamt unverzüglich den Beginn und die Beendigung der Tätigkeit zu melden sowie die Anschrift und Änderung der Niederlassung anzuzeigen.“ Da lediglich die Daten der neu hinzugekommenen Selbstständigen aufgeführt sind, bietet diese Statistik (noch) keine Gesamtübersicht. Zahlen über Beschäftigte in Gesundheitsämtern werden beim Statistischen Bundesamt geführt. Die Angaben sind nicht nach Geschlechtern getrennt erhältlich.

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Tabelle 3.6: Beschäftigte in Pflegeheimen im Land Bremen am 15.12.1999			
	Frauen Absolut	Männer Absolut	Frauenanteil In %
Insgesamt, davon mit Berufsabschluss	3.196	644	83
- Staatliche anerkannte/r Altenpfleger/-in	773	117	87
- Staatliche anerkannte/r Altenpflegehelfer/-in	100	12	89
- Krankenschwester/-pfleger	238	31	88
- Krankenpflegehelfer/-in	101	5	95
- Kinderkrankenschwester/-pfleger	18	0	100
- Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieherin	5	2	71
- Heilerziehungspflegehelfer/-in	2	2	50
- Heilpädagogin, Heilpädagoge	6	1	86
- Ergotherapeut/-in	27	6	82
- Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	20	6	77
- Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	32	7	82
- Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	3	0	100
- Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	0	0	0
- Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	6	2	75
- Sonstiger pflegerischer Beruf	443	59	88
- Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen	4	1	80
- Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	93	6	94
- Sonstiger Berufsabschluss	625	215	74
- Ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	700	172	80
Statistisches Landesamt			

Tabelle 3.7: Überwiegender Tätigkeitsbereich der Beschäftigten in den Pflegeheimen im Land Bremen, 15.12.99

	Frauen Absolut	Männer Absolut	Frauenanteil In %
Pflege und Betreuung	2.091	322	87
Soziale Betreuung	130	52	71
Hauswirtschaftsbereich	755	100	88
Haustechnischer Bereich	4	105	4
Verwaltung, Geschäftsführung	166	44	79
Sonstiger Bereich	50	21	70
Statistisches Landesamt			

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

3.1.2 DIE ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSBERUFE

Ziel dieses Kapitels ist es, durch einen kurzen historischen Abriss die derzeitige Position von Frauen in Gesundheitsberufen deutlich zu machen und anhand aktueller Tendenzen mögliche zukünftige Entwicklungen für Frauen einzuschätzen.

Wichtige Ergebnisse sind, dass der vormals große Einfluss von Frauen auf die Heilkunde im 15. Jahrhundert deutlich abnahm, fortan eine männlich dominierte Medizin praktiziert wurde und Frauen vorwiegend in zuarbeitenden Funktionen tätig sind.

In der Gegenwart ist das Gesundheitswesen zu einem wichtigen beschäftigungspolitischen Faktor geworden, der jeder neunten erwerbstätigen Frau einen Arbeitsplatz bietet. Die Tendenz ist u.a. infolge der demographischen Entwicklung und einer Veränderung des Krankheitsspektrums steigend. Noch immer sind leitende Positionen in erster Linie von Männern besetzt. Inwieweit Frauen davon profitieren, dass dieser Beschäftigungssektor expandiert, ist derzeit jedoch noch offen.

Bis ins Mittelalter und darüber hinaus war die Heilkunde deutlich weiblich geprägt. „Weise Frauen“ übernahmen vor allem auf dem Land nicht nur die Aufgabe der Hebamme, sondern übten auf der Grundlage überlieferter Volksmedizin Heilkunde aus. In den Städten praktizierten Ärztinnen und in den Klöstern waren gelehrte Frauen in der Klostermedizin tätig. Diese weibliche Ausrichtung änderte sich mit der Entwicklung des akademischen Ärztestandes. Im 12. und 13. Jahrhundert wurden die ersten Universitäten mit medizinischen Fakultäten gegründet. Anfangs genossen deren Ärzte zwar noch wenig Ansehen. Aber nachdem im 15. Jahrhundert Approbationsordnungen erlassen wurden, nach denen Heilkunde nur nach einem Universitätsstudium ausgeübt werden durfte, sank der Einfluss der Frauen deutlich. Denn Frauen war der Zugang zum Studium verwehrt. Die Arbeit der Hebammen wurde durch Ärzte kontrolliert – ihr Status änderte sich von einer Heilkundigen zu einer Helferin. Die Hexenverfolgungen verstärkten diese Entwicklung zu Ungunsten der heilkundigen Frauen, da Ärzte in Hexenprozessen als medizinische Gutachter eingesetzt wurden. Die Krankenpflege wurde vorwiegend von Ordensfrauen (aus Adel und Bürgertum) für „Gotteslohn“ übernommen. Ihnen zur Unterstützung dienten Krankenwärter und Krankenwärterinnen aus den proletarischen Schichten.

Durch die Entwicklung der Krankenhäuser im 18./19. Jahrhundert, die Entwicklung der Medizin und durch kriegerische Auseinandersetzungen stieg die Nachfrage nach qualifiziertem – und möglichst „billigem“ – Pflegepersonal. „Pflege wurde als unbezahlte und unbezahlbare Liebestätigkeit dem weiblichen Wesen entsprechend angepriesen“ (Brown, 1995, S. 12). Für bürgerliche Frauen wurde Krankenpflege zu einem „erfüllten Frauenleben außerhalb der Ehe deklariert“ (Brown, 1995, S.13). Vor dem Hintergrund der damals eingeschränkten Rechtsfähigkeit der Frauen, die in besonderem Maße für unver-

heiratete Frauen galt, wurde jedoch keine echte ökonomische Unabhängigkeit ermöglicht.

Für den Arztberuf wurden Frauen noch immer als ungeeignet betrachtet. Die zahlreichen Argumente reichten von der Gefahr der Kurzsichtigkeit infolge des langen Lesens, die sich auch auf nachfolgende Generationen übertragen kann, über mögliche Nervenzusammenbrüche infolge hoher Examensanforderungen bis hin zur Menstruation, die nach dem damaligen Denken leistungsmindernd auf Körper und Geist wirkte. Zudem sprachen auch hygienische Gründe gegen operierende Ärztinnen in diesem Zeitraum.

Frauen wurden erst im 20. Jahrhundert zum Medizinstudium zugelassen. Die erstmalige Besetzung eines C4-Lehrstuhls in der Gynäkologie mit einer Frau erfolgte im Jahr 1999.

In der Gegenwart stellen Gesundheitsberufe einen wichtigen beschäftigungspolitischen Faktor dar. Die Anzahl der Erwerbsarbeitsplätze in den Gesundheitsberufen ist gestiegen und wird auch zukünftig – ebenso wie in den Dienstleistungsberufen insgesamt – weiter zunehmen. Demographische Entwicklungen („Alterung der Gesellschaft“) und ein sich veränderndes Krankheitspektrum hin zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität in Verbindung mit gesellschaftlichen Veränderungen (u.a. Zunahme von Ein-Personen-Haushalten, Singularisierung) und gesetzlichen Veränderungen (z.B. Pflegeversicherung) lassen die Nachfrage an Arbeitskräften im Gesundheitsdienstbereich steigen. Vor allem im Bereich der ambulanten Pflege werden Zuwachsraten an Beschäftigten prognostiziert.

So stieg beispielsweise die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zwischen den Jahren 1991 und 1999 um 19% (1991: 244.238; 1999: 291.171). Beim Krankenpflegepersonal ist eine Steigerung um 10% zu verzeichnen

(1991: 708.000; 1999: 781.000) und bei den Sprechstundenhelfer/-innen sogar um 41% (1991: 364.000; 1999: 515.000).

Für einen Beschäftigungszuwachs sorgte u.a. auch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995. Durch sie dürften bundesweit etwa 150.000 Arbeitsplätze neu geschaffen worden sein (im Vergleich zu 1997 wurden 1999 Zunahmen bei Krankenschwestern/-pflegern um 12%, bei Altenpfleger/-innen um 21% und bei Helfer/innen in der Krankenpflege sogar um 30% ermittelt).

Dieser bundesweite Trend ist auch in Bremen zu beobachten. Waren im Jahr 1980 noch 12.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen zu verzeichnen, ist deren Zahl in 1999 auf mehr als 21.000 angestiegen. Die Zahl der privaten Pflegedienste nahm von 25 Anfang der 90er Jahre auf 126 in 1999 zu.

Neben der quantitativen Ausweitung werden zunehmend qualitative Veränderungen angestrebt. Wichtigstes Stichwort ist hierbei die Professionalisierung der Pflege. In Bremen sind insbesondere folgende Entwicklungen bedeutsam:

- Einrichtung einer Integrierten Modellausbildung für die Krankenpflege, die Altenpflege und die Kinderkrankenpflege, bei der nach zweijähriger gemeinsamer Ausbildung im dritten Jahr die jeweiligen Fachspezialisierungen im Mittelpunkt stehen.
- Aktualisierung und Erweiterung des Angebots fach- und funktionsbezogener Weiterbildungen.
- Verbesserung der praktischen Ausbildung der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschüler/-innen in der ambulanten Pflege.
- Intensivierung der berufspolitischen Aktivitäten des

Landesfachbeirats Pflege zu den Themen „Professionelle Pflege“ sowie „Qualitätssicherung in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege“.

- Einrichtung akademischer Qualifizierungswege im Bereich Pflegewissenschaft/-pädagogik und Pflegemanagement, die inzwischen als Regelstudiengänge etabliert sind:
- Einrichtung des Lehramtsstudiengangs Pflegewissenschaft an der Universität Bremen im Wintersemester 1994/95, dessen Absolvent/-innen die Möglichkeit haben, neben der Lehramtsbefähigung für das Lehramt an Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen auch einen Diplomabschluss ‚Pflegewissenschaft‘ zu erwerben.
- Einrichtung des Internationalen Studienganges für Pflegeleitung an der Hochschule Bremen, an dem die Absolvent/-innen, die obligatorisch ein Semester im Ausland studieren, mit dem Abschluss Diplom-Pflegewirt/-in Stabs- und Leitungsfunktionen insbesondere in den Einrichtungen der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege übernehmen können.

Was bedeutet diese Entwicklung für Frauen? Profitieren Frauen davon, dass ein traditionell weiblicher Beschäftigungssektor expandiert oder führen die quantitativen und qualitativen Veränderungen dieses Erwerbsbereichs zu einer größeren Attraktivität als Beschäftigungsbereich für Männer?

Diese Frage scheint zur Zeit noch nicht entschieden. Sicher wird es so sein, dass Frauen nicht automatisch profitieren, indem sie sich z.B. für neu geschaffene (Führungs-)positionen qualifizieren und diese dann auch einnehmen - z.B. im Rahmen der Professionalisierung des Pflegemanagements.

Tabelle 3.8: Studierende an der Hochschule Bremen im Internationalen Studiengang Pflegeleitung

	Wintersemester 1997/1998	Wintersemester 1998/1999	Wintersemester 1999/2000
Frauen	56	64	53
Männer	26	34	31
Gesamt	82	98	84
Statistisches Landesamt Bremen			

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Ein Blick auf die oben aufgeführten Zahlen von Studierenden legt diesen Schluss nahe: Die Zugangsvoraussetzung für den Internationalen Studiengang Pflegeleitung umfasst eine dreijährige Ausbildung in Kranken-, Kinderkranken-, Heilerziehungs-, Entbindungs- oder Altenpflege und mindestens ein Jahr pflegerische Berufspraxis. Der Frauenanteil in diesen Berufsfeldern beträgt weit über 80%. Somit wäre eine ebensolche Verteilung bei den Studierenden zu erwarten. Tatsächlich liegt der Frauenanteil bei den Studierenden bei etwa Zweidrittel (97/98: 68%; 98/99: 65%; 99/00: 63%)⁵. Für die weitere Absicherung eines den Verhältnissen in der Pflege entsprechenden Anteils von Frauen in den Stabs- und Leitungspositionen wäre zu klären, ob ein Vollzeitstudium von der Form her grundsätzlich die Qualifizierungsmöglichkeiten der Frauen in der Pflege behindert oder ob bereits das grundsätzliche Interesse an einer Weiterqualifizierung bei den weiblichen und männlichen Pflegekräften unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

Zeitgleich mit der Akademisierung der Pflege ist in den Pflege- und Sozialberufen eine Deprofessionalisierung zu beobachten. So nahm in Deutschland im ambulanten wie im stationären Altenpflegebereich die Zahl der qualifizierten Pflegekräfte ab, während die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Qualifikation um das Sechsfache zunahm. D.h. auf der einen Seite entstehen hoch qualifizierte Berufsfelder während auf der anderen Seite das Qualifikationsniveau der Basisversorgung sinkt. Dabei bildet dieser Tätigkeitsbereich den Grundpfeiler der Versorgung. Im Hinblick auf den hohen Frauenanteil werden demnach grundpflegerische Tätigkeiten zunehmend von nicht ausreichend qualifizierten Frauen übernommen.

3.1.3 FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN FÖRDERN

Ansätze für eine berufliche Förderung und Qualifizierung für Frauen im Gesundheitswesen enthält in Bremen sowohl das Landesgleichstellungsgesetz als auch das Beschäftigungspolitische Aktionsprogramm (BAP).

Beschäftigungspolitische Aktionsprogramm für Bremen und Bremerhaven (BAP) - Berufliche Qualifizierung für Frauen in Gesundheitsberufen

Ein Beitrag von Frau Ute Görzel, Senator für Arbeit Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

⁵ Der Zeitraum genügt noch nicht, um die bei diesen Zahlen deutliche Abwärtstendenz des Frauenanteils als grundsätzliche Tendenz einzuordnen. Sie geben aber Anlass zur aufmerksamen weiteren Betrachtung dieser Entwicklung.

Berufliche Qualifizierung für Beschäftigte in Pflege- und Gesundheitsberufen ist einer der Schwerpunkte im Qualifizierungsfonds des Beschäftigungspolitischen Aktionsprogramms für Bremen und Bremerhaven (BAP). Damit wird auf strukturelle Änderungen im Gesundheits- und Pflegesektor reagiert, die von den Beschäftigten auch der unteren Hierarchieebenen ein zunehmendes Maß an Professionalität verlangen.

In den Gesundheitsberufen sind Frauen besonders zahlreich vertreten, ihr Anteil in Leitungsfunktionen entspricht allerdings bei weitem nicht ihrem Beschäftigtenanteil. Die Qualifizierungsaktivitäten im Rahmen des BAP verfolgen zwei Ziele.

Zum einen werden berufsbegleitende Qualifizierungen für Beschäftigte, in der Mehrzahl Frauen, in den unteren bis mittleren Hierarchieebenen unterstützt. Schwerpunkte sind hier:

- Vorbereitung auf staatlich anerkannte Abschlüsse, wie z.B. Erzieherin, Heilerziehungspflegerin, Altenpflegerin. Damit wird insbesondere für Frauen, die ohne formale Qualifikation in diesen Tätigkeitsfeldern beschäftigt sind, die mit diesen Abschlüssen verbundene höhere Arbeitsplatzsicherheit, höhere Verdienstmöglichkeit sowie weitere Qualifizierungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen eröffnet.
- Berufsfeldübergreifende Qualifizierungen, die sich auf die Schnittstellen zwischen verschiedenen medizinischen und pflegerischen Berufen beziehen. Damit erhöhen sich einerseits die Berufsmöglichkeiten der Teilnehmer/-innen, andererseits wird damit eine Grundlage für die Übernahme von Führungsaufgaben in Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege gelegt.
- Berufsbegleitende Qualifizierung für Führungskräfte. Aufgrund ihres geringen Anteils in Führungspositionen sind Frauen hier bislang nur wenig beteiligt. Es werden zur Zeit verstärkt Anstrengungen unternommen, die Zahl der beteiligten Frauen zu erhöhen, indem Qualifizierungsprojekte entsprechende Auflagen erhalten.

Zum anderen werden Modellprojekte für Arbeitslose und Auszubildende gefördert, in denen neue Ausbildungsinhalte erprobt werden. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt zur gemeinsamen Grundausbildung für Krankenpfleger/-innen, Kinderkrankenpfleger/-innen und Altenpfleger/-innen. Damit wird ein Beitrag zur Entwicklung innovativer Berufsausbildung geleistet.

Im Rahmen der Prioritätensetzung 2000 des Qualifizierungsfonds wurden insgesamt sechs Projekte zur

Förderung vorgeschlagen, zwei davon in Bremerhaven. Vier davon richten sich an Beschäftigte, zwei an Arbeitslose. Es wird eine Teilnehmer/-innenzahl von ca. 430 erwartet, davon 280 Frauen.

Eine gesetzliche Grundlage für die Förderung von Frauen im öffentlichen Dienst – hierzu zählen z.B. die fünf kommunalen Krankenhäuser des Landes Bremen – ist das Landesgleichstellungsgesetz. Im „Gesetz zur Gleichstellung von Frau und Mann im öffentlichen Dienst des Landes Bremen“ (Landesgleichstellungsgesetz)⁶ ist u.a. geregelt, dass

- bei der Vergabe von Ausbildungsplätzen Frauen mindestens zur Hälfte je Ausbildungsgang zu berücksichtigen sind (§ 3);
- bei der Einstellung (einschließlich der Begründung eines Beamtenverhältnisses) und bei der Übertragung einer Tätigkeit in eine höhere Lohn-, Vergütungs- und Besoldungsgruppe Frauen bei gleicher Qualifikation wie ihre männlichen Mitbewerber in den Bereichen vorrangig zu berücksichtigen sind, in denen sie unterrepräsentiert sind, sofern nicht in der Person eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen (§ 4);
- bei Benennungen für und Entsendungen in Gremien, öffentliche Ämter, Delegationen, Kommissionen, Konferenzen, repräsentative Funktionen, Veranstaltungen und Personalauswahlgremien Frauen zur Hälfte berücksichtigt werden sollen;
- zum Abbau der Unterrepräsentation der Frauen Frauenförderpläne in den Dienststellen aufzustellen sind, die Zielvorgaben und einen Zeitrahmen enthalten sollen;
- Arbeitsplätze familiengerecht gestaltet werden;
- grundsätzlich Vollzeitarbeitsplätze zur Verfügung zu stellen sind. Im übrigen sind Arbeitsplätze so zu gestalten, dass sie auch vorübergehend in Form von Teilzeitbeschäftigung oder bei Ermäßigung der Arbeitszeit wahrgenommen werden können. Dies gilt insbesondere auch auf der Funktionsebene des gehobenen und höheren Dienstes sowie für entsprechende Positionen bei Arbeiterinnen und Arbeitern sowie Angestellten;
- in die Fort- und Weiterbildungsangebote die Thematik „Gleichberechtigung von Mann und Frau“ aufzunehmen ist. Es sind Veranstaltungen anzubieten, die gezielt der Fort- und Weiterbildung von Frauen dienen, insbesondere auch solche, die Frauen auf die Übernahme von Leitungspositionen vorbereiten.

⁶ Der vollständige Gesetzestext sowie der Behörden-/Dienststellenübergreifende Frauenförderplan gemäß § 6 Abs. 2 LGG, 1999 ist im Internet unter <http://www.bremen.de/info/zgf/gesetz.htm> erhältlich und downloadbar.

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

3.2 ARZTHELFERIN – EIN TRAUMBERUF?

Mit einem Frauenanteil von 100% ist der Beruf Arzthelferin der „weiblichste“ unter den Gesundheitsberufen. Und auch hinsichtlich der Zuwachsraten steht dieser Beruf – verglichen mit anderen Gesundheitsberufen – ganz vorn: Die Zahl der Beschäftigten stieg in Deutschland zwischen 1991 und 1999 um rund 41% (1991: 364.000; 1999: 515.000).

Im Arbeitsamtsbezirk Bremen waren 1999 insgesamt 5.436 Frauen als Arzthelferin beschäftigt (sowie 26 Männer). Der Beruf Arzthelferin zählt zu den beliebtesten bei Schulabgängerinnen. In Bremen steht dieser Ausbildungsberuf bei Frauen an erster Stelle – im Bundesgebiet an zweiter Stelle. Im Jahr 1999 waren insgesamt 434 Auszubildende in Bremen und 122 in Bremerhaven verzeichnet (davon war ein Auszubildender männlichen Geschlechts).

Mit einem Anteil von 13% Auszubildender ausländischer Herkunft scheint dieser Beruf insbesondere für ausländische Frauen interessant zu sein.

Hinsichtlich der Zahl neu abgeschlossener Ausbildungsverträge ist in 2000 jedoch eine Reduzierung um 13%

gegenüber 1999 zu beobachten. Diese Abnahme beruht darauf, dass in Bremen-Stadt weniger Ausbildungsverträge abgeschlossen wurden als dies in früheren Jahren der Fall war.

Die Angestelltenkammer Bremen kam 1998 in ihrem Abschlußbericht „Private Dienstleistungen“ zu dem Ergebnis, dass die berufliche Situation von Arzthelferinnen unbefriedigend sei. Angeführt wurden unter anderem

- das Missverhältnis zwischen dem Qualifikationsniveau (mittlerer Bereich) und dem Einkommensniveau (unterer Bereich) sowie
- das Missverhältnis zwischen der hohen Bedeutung, die die Beschäftigten selbst ihrer Arbeit beimessen, und der geringen gesellschaftlichen Wertschätzung und
- die wenig attraktiv wirkenden Arbeitsbedingungen.

Kennzeichnend ist zudem, dass viele Arzthelferinnen in Klein- und Kleinstbetrieben arbeiten, der Grad tariflicher Regelungen gering ist und wenige Mitarbeiterinnen gewerkschaftlich organisiert sind. Diese Erkenntnisse finden sich auch in einem Interview mit einer ehemaligen Zahnarzthelferin wieder.

Tabelle 3.9: Auszubildende Arzthelferinnen im Land Bremen 1999

1999	1. Ausbildungs-jahr	2. Ausbildungs-jahr	3. Ausbildungs-jahr	4. Ausbildungs-jahr
Bremen	158	131	138	7
Bremerhaven	45	36	40	0
Ärzttekammer Bremen				

Tabelle 3.10: Zahl neu abgeschlossener Ausbildungsverträge als Arzthelferin im Land Bremen

	1996	1997	1998	1999	2000
Bremen	178	134	146	163	138
Bremerhaven	41	40	37	47	44
Land Bremen	219	174	183	210	182
Ärzttekammer Bremen					

Interview mit einer ehemaligen Zahnarzthelferin 27 Jahre, 1 Kind, 6 Jahre als Zahnarzthelfern tätig

Was gefiel Ihnen an diesem Beruf?

Zahnarzthelferin an sich ist ein sehr schöner Beruf. Er ist sehr abwechslungsreich. Ich hatte mit den unterschiedlichsten Menschen zu tun. Und gerade im Bereich der Prophylaxe hatte ich auch sehr viel mit Kindern zu tun, was mir sehr gut gefiel. Ebenso konnte ich mich in Büroarbeit vertiefen oder interessante gestalterische Tätigkeiten ausüben, wie Provisorien anfertigen, Abdrücke nehmen u.v.m. Als positiv erachtet habe ich auch, dass der Beruf sehr sauber ist und Wochenendarbeit ganz selten anfiel. Den medizinischen Aspekt möchte ich natürlich auch noch erwähnen, denn es war sehr spannend, den schnellen Fortschritt in der Zahnmedizin zu verfolgen.

Wie wirkte sich der Beruf auf Ihr Privatleben aus?

Ich hatte oder habe auch noch schnell ein Gesprächsthema im Bekanntenkreis, denn jeder, der von meinem Beruf erfuhr oder erfährt, hat sofort ein Dentalproblem, welches er klären oder mir einfach mitteilen möchte. Besonders negativ wirkten sich einige Folgen, die mit diesem Beruf zwangsläufig verbunden waren, auf mein Beziehungsleben aus. Denn es ist sehr schwer, eine entspannte Beziehung zu führen, wenn man dazu kaum Zeit hat! Ich konnte aufgrund der langen und unregelmäßigen Arbeitszeiten keine pünktlichen Verabredungen treffen oder war zu kaputt, um überhaupt noch etwas zu unternehmen. Einen gerne schnackenden Chef oder Schmerzpatienten kann man eben nicht pünktlich um 19.00 Uhr aus der Praxis schicken, da muss man geduldig warten, bis die Praxis leer ist. Durch den andauernden Stress, was auch viel mit der Tatsache zu tun hat, dass aufgrund von Sparmaßnahmen zu wenig Personal da war, gehörte Migräne bei mir häufig zum Alltag dazu. Ebenso die Rückenschmerzen von unbequemen Haltungen in der Assistenz.

Was gefiel Ihnen nicht an diesem Beruf? Warum haben Sie sich entschieden, einen anderen Beruf zu ergreifen?

Die schlechten Arbeitszeiten haben mich am meisten gestört. Ich hatte wenig Privatleben in der Woche. Ich wollte nicht, dass der überwiegende Teil meines Lebens aus Arbeit besteht. Ich brauche auch ein wenig Ausgleich, damit ich gerne arbeite und mehr von meinem Privatleben mitbekomme. Aufstehen - arbeiten - essen - schlafen - da fehlte mir noch einiges!

Als zweites möchte ich den geringen Lohn bemängeln. Wenn ich schon soviel Zeit und Energie für diesen Beruf

aufbringen muss, möchte ich dann wenigstens einen vernünftigen finanziellen Ausgleich haben.

Ebenso hat mir der "Kleinbetrieb" als solches missfallen. Die sehr enge Zusammenarbeit mit dem Chef gefiel mir nicht, da ich nie Luft holen konnte! Ich fühlte mich bei meinen ehemaligen Chefs immer als kleines Dienstmädchen. Man muss immer "bei Fuß" sein und bekommt keinen Dank dafür!

Als letztes möchte ich die geringen Aufstiegschancen in dem Beruf aufzeigen. Ich war ca. 6 Jahre in dem Beruf und war bei meinem letzten Chef sogenannte "Erst-helferin", was mit dieser Ausbildung schon das Größte war, und ich hätte doch gerne bis zu meiner Rente noch einiges in meinem Beruf erreichen wollen!

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

3.3 ÄRZTINNEN IN BREMEN

Es ist hinlänglich bekannt, dass es auch innerhalb des Arztberufs eine geschlechtsspezifische Differenzierung gibt, die als Benachteiligung von Frauen zu beschreiben ist.

Ein Blick auf den Arbeitsmarkt zeigt: Im Land Bremen – wie im Bundesgebiet auch – sind Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten überproportional häufig arbeitslos. Hinsichtlich der Qualifikation ist festzustellen, dass Ärztinnen eine niedrigere Facharztquote aufweisen als Ärzte, dass sie auf besondere Probleme in der Weiterbildung stoßen können und dass ihr Anteil in leitenden Positionen weit unter dem der männlichen Ärzte liegt.

Eine zentrale Problemsicht ist hierbei auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und es sind auch in diesem Bereich strukturelle Maßnahmen zu fordern, die u.a. die Doppelbelastung von Frauen und deren Folgen mindern sollen (z.B. Teilzeit, Maßnahmen zum beruflichen Wiedereinstieg). Bezogen auf die Teilzeitbeschäftigung sind im stationären Sektor in Bremen deutliche Veränderungen zu konstatieren. So arbeitete in Bremer Krankenhäusern im Jahr 1999 nahezu jede dritte Ärztin in Teilzeit.

3.3.1 DER ARBEITSMARKT FÜR ÄRZTINNEN IN BREMEN

Im Land Bremen waren zum Stichtag 31.12.1999 insgesamt 1.130 Ärztinnen in ihrem Beruf tätig – 35% arbeiteten im niedergelassenen Bereich, 52% im stationären Bereich. Bei den Ärzten waren es 45% im niedergelassenen Bereich und 48% im stationären Bereich. Im Zeitvergleich der Jahre 1995 und 1999 ist im Land Bremen eine Zunahme der Anzahl berufstätiger Ärztinnen um 7% zu verzeichnen, während bei den Ärzten lediglich eine Steigerung von 2% zu beobachten ist. Dieses Phänomen ist nicht bremenspezifisch. Im Bundesgebiet nahm die Zahl der berufstätigen Ärztinnen im gleichen Zeitraum um 10% zu (1995: 97.353, 1999: 107.257), während die Zahl der Ärzte um 4% abnahm (1995: 183.914,

1999: 176.527).

Dieser Trend bedeutet aber nicht, dass Ärztinnen weniger von Arbeitslosigkeit betroffen sind als Ärzte. Im Land Bremen sind – wie im Bundesgebiet auch – Ärztinnen überproportional häufig arbeitslos: So beträgt der Frauenanteil in der berufstätigen Ärzteschaft 36%, demgegenüber sind unter den arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten 44% Frauen. Im Bundesgebiet ist diese Differenz zwischen Männern und Frauen noch viel deutlicher ausgeprägt. Bundesweit beträgt der Anteil arbeitsloser Ärztinnen 58% bei einem Berufstätigenanteil von 37%. Für beide Geschlechter gilt, dass die Zahl der langzeitarbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte deutlich zunimmt. Waren 1990 insgesamt 6% aller arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte länger als 2 Jahre ohne Arbeit, betrug dieser Anteil 1999 10%.

Tabelle 3.11: Ärztinnen und Ärzte im Land Bremen

	31.12.1995		31.12.1999	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Ambulant, darunter			434	903
niedergelassen	345	843	395	879
Stationär	603	969	590	949
In Behörden, Körperschaften u.a.	90	102	69	71
In sonstigen Bereichen	16	17	37	46
Gesamt (berufstätig)	1.054	1.931	1.130	1.969
Bundesärztekammer				

Tabelle 3.12: Teilzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern des Landes Bremen im Zeitvergleich

	Ärztinnen			Ärzte		
	Beschäftigt absolut	In Teilzeit absolut	In Teilzeit in %	Beschäftigt absolut	In Teilzeit absolut	In Teilzeit in %
1995	456	63	14	827	10	1
1999	473	149	32	875	49	6

Statistisches Landesamt

Für das Land Bremen gibt es keine gesicherten Analysen und Prognosen über die Entwicklung des Arbeitsmarktes für Ärztinnen und Ärzte. Der Deutsche Ärztinnenbund befürchtet, dass der vom Bundesgesundheitsministerium als realistisch eingeschätzte weitere Stellenabbau überproportional häufig Ärztinnen treffen wird. Infolge von potentiellen Ausfallzeiten bedingt durch Schwangerschaft, Mutterschutz und Erziehungszeiten würden wohl zukünftig weniger Frauen eingestellt werden. „Bereits jetzt ist nachgewiesen, dass Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten überproportional häufig arbeitslos sind, dass sie im Durchschnitt weniger Dauerverträge erhalten und dass ihre sonstigen Arbeitsverträge von geringerer Laufzeit sind“ (Deutscher Ärztinnenbund, 1999). Dies belegt auch die 1996 publizierte Studie „Beruf und Familie bei Medizinerinnen und Medizinern“. Danach lag der Anteil der Frauen mit befristetem Arbeitsvertrag 10% höher als bei den Männern.

3.3.2 TEILZEIT

In Bremen ist im stationären Sektor eine deutliche Zunahme von teilzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzten zu beobachten. So stieg nach Angaben des Statistischen Landesamtes Bremen der Anteil teilzeitbeschäftigter Ärzte innerhalb von 5 Jahren von 1% auf 6%. Bei den Ärztinnen ist die Zunahme noch ausgeprägter. Arbeitete im Jahr 1995 noch etwa jede siebte im Krankenhaus beschäftigte Ärztin in Teilzeit, war dies in 1999 nahezu jede dritte Ärztin (vgl. Tabelle 3.12).

Dies könnte zum einen auf die Änderung der Weiterbildungsordnung zurückzuführen sein, nach der die Weiterbildung nun auch vollständig in Teilzeit abgeleistet

werden kann. Zum anderen traten in den kommunalen Krankenhäusern Frauenförderpläne in Kraft, die Teilzeitbeschäftigung unterstützen. Im stationären Pflegedienst ist die Teilzeitbeschäftigung weitaus mehr verbreitet. Dort arbeiten 47% der Frauen und 18% der Männer in Teilzeit.

Interview mit einer Assistenzärztin

34 Jahre, keine Kinder, beschäftigt in einer psychiatrischen Abteilung

Was gefällt Ihnen an Ihrem Beruf?

Die Arbeit im intensiven Kontakt mit sehr unterschiedlichen Menschen reizt mich immer noch sehr. Insbesondere spannend ist für mich die Arbeit im multiprofessionellen Team – das ist aber eher spezifisch für den psychotherapeutischen Bereich. Der Beruf Ärztin bietet für mich eine hohe Identifikationsmöglichkeit mit dem Job. Ich kann meine ideellen Ziele verfolgen („soziale Psychiatrie“), kann unter Einbeziehung aller meiner persönlichen Eigenschaften arbeiten, was die Möglichkeit und Notwendigkeit „der Arbeit an sich selbst“ beinhaltet. Wenn's gut läuft, erfahre ich eine hohe Befriedigung durch meinen Job. Zwar nicht erstrangig, aber doch nicht zu vernachlässigen ist, dass der Beruf Arzt/Ärztin in großen Teilen der Bevölkerung noch sehr wertgeschätzt wird – das ist natürlich ein angenehmer Nebeneffekt.

Wie wirkt sich der Beruf auf Ihr Privatleben aus?

Die Identifikation mit dem Job hat auch Nachteile. Durch oft sehr nahegehende, traumatische, persönlich bewegende Erlebnisse bin ich oft in meiner Freizeit gedanklich mit Arbeitsinhalten beschäftigt. Die Offenheit für andere Kontakte und Menschen, denen diese Inhalte eher fremd

sind, nimmt leider ab. Ich muss zumindest sehr bewusst Grenzen zur Arbeit setzen und mich für andere öffnen – das kostet viel Kraft.

Durch die belastende Arbeit (z.T. 32 Stunden am Stück, keine freien Tage danach, jedes 2. Wochenende Dienst und zeitweise rund 80 Wochenstunden) fehlt mir die Kraft, meine sozialen Kontakte kontinuierlich zu pflegen. Auch habe ich durch die häufigen intensiven Kontakte mit Menschen/Schicksalen/ Traumata ein viel größeres Rückzugsbedürfnis als früher. Ich kann viel weniger im Kontakt mit anderen regenerieren, kann oft einfach nicht mehr zuhören.

Auch merke ich, dass meine körperliche Belastbarkeit stark abnimmt. Ich bin oft krank, habe ein ständiges Schlafdefizit, mit zunehmenden Arbeitsjahren merke ich schon deutliche Symptome eines Burn-out-Syndroms.

Was gefällt Ihnen nicht an diesem Beruf?

Die schon genannten Arbeitszeiten, die oft ein „Leben außerhalb des Jobs“ unmöglich machen.

In meinem Beruf ist leider noch immer allzu sehr Helden-tum angesagt. Es gibt wenig Akzeptanz persönlicher Belastungsgrenzen. Oft besteht eine extrem hohe Erwartungshaltung von Seiten der Patienten und Angehörigen, aber auch von Vorgesetzten an die ständige Verfügbarkeit (nie überarbeitet, nie schlecht gelaunt, nie krank, immer ansprechbar). Abgrenzung und Selbstfürsorge werden häufig als fehlendes Engagement gewertet.

Welche Verbesserungen – insbesondere für Frauen – erachten Sie für wichtig?

Wichtigster Punkt: Es muss mehr Teilzeitbeschäftigung geben – und nicht die gleiche Arbeit in weniger Zeit. Teilzeitkräfte gelten immer noch als die weniger motivierten, weniger ernstzunehmenden Arbeitskräfte in meinem Beruf. So besteht auch wenig Motivation, funktionierende Teilzeitmodelle zu entwickeln.

Wünschenswert ist natürlich mehr Personal – selbst im Psychatriebereich ist die Personaldecke, gemessen an der Belastung, sehr dünn.

Bei der hohen psychischen Belastung halte ich Supervision als regelmäßiges Angebot für unerlässlich.

3.3.3 QUALIFIKATIONSSPEKTRUM - HÜRDEN UND HINDERNISSE

In der Bundesrepublik ist die Facharztausbildung zentral für die Erwerbschancen von Ärztinnen und Ärzten. Hierzu sieht der Ausbildungsweg vor, nach dem Medizinstudium und dem „Arzt im Praktikum“ (AiP) eine Weiterbildung in

einer speziellen Disziplin zu absolvieren. Die Weiterbildung „erfolgt im Rahmen mehrjähriger Berufstätigkeit unter Anleitung zur Weiterbildung befugter Ärzte“ (§ 1 der Weiterbildungsordnung für Ärzte im Land Bremen, Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen, ausgegeben am 24. Juli 1996, S. 323). Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen und berechtigt dann dazu, besondere Arztbezeichnungen zu führen wie beispielsweise Arzt für Allgemeinmedizin, Chirurg, Internist etc. Insgesamt gibt es derzeit 41 Facharztbezeichnungen. Die Weiterbildung dauert zwischen 4 und 6 Jahre. Sie ist erforderlich, um den Titel „Facharzt/Fachärztin“ zu erlangen. Nur mit diesem Titel ist eine Niederlassung möglich und häufig wird der Erhalt unbefristeter Arbeitsverträge von der abgeschlossenen Weiterbildung abhängig gemacht. Die Qualifikationsstruktur von Ärztinnen und Ärzten im Lande Bremen zeigen die Tabellen 3.13 und 3.14.

Die Facharztquote ist bei den Ärztinnen deutlich niedriger als bei den Ärzten. Während bei den Frauen 56% eine Fachgebietsbezeichnung führen, sind dies bei den Männern 77%. Fachärztinnen haben darüber hinaus ein anderes Spektrum an Fachgebieten als Ärzte. Frauen bevorzugen vor allem Weiterbildungen mit kürzerer Ausbildungszeit. Für die männlich dominierten Facharztgebiete werden hingegen die längsten Ausbildungszeiten veranschlagt. Bei den Männern in Bremen nehmen (wie im Bundesgebiet auch) mit der Inneren Medizin und Chirurgie zwei Bereiche mit besonders hohem Ansehen die ersten Plätze ein.

Auffällig ist, dass von den Ärztinnen das Fachgebiet „Anästhesiologie“ am häufigsten ausgeübt wird. Dies ist insbesondere auf die in diesem Bereich für die Bedürfnisse von Frauen günstigeren Rahmenbedingungen zurückzuführen, z.B. im Hinblick auf die Arbeitszeiten.

Wie in Deutschland insgesamt sind auch in der Bremer Ärzteschaft deutlich weniger Frauen in leitenden Positionen zu finden als Männer.

Bezogen auf die Gesamtzahl der in Krankenhäusern beschäftigten Ärzteschaft (N = 1.348) liegt der Anteil Leitender Ärztinnen bei nicht einmal einem halben Prozent, während 9% aller männlichen Ärzte in dieser Position tätig sind. An dieser Relation hat sich zwischen 1995 und 1999 nichts geändert. Ähnliches gilt für den Anteil der Oberärztinnen und Oberärzte. Der Anteil der Oberärztinnen stagniert bei 4%, während dieser bei den Männern von 15% auf 17% stieg (vgl. Tabelle 3.15).

Tabelle 3.13: Berufstätige Ärztinnen im Land Bremen, nach Qualifikation und Fachgebieten, im Zeitvergleich, Stichtag 31.12.

	1995	1999	Veränderung
Gesamt	1.054	1.130	+ 7%
Ohne Gebietsbezeichnung	548	401	-27%
Fachärztinnen	506	635	+ 25%
TOP 5 der Facharztgebiete			
1. Anästhesiologie	85 (17%)	89 (14%)	+ 5%
2. Innere Medizin	76 (15%)	83 (13%)	+ 9%
3. Allg. Medizin	41 (8%)	78 (12%)	+ 90%
4. Kinderheilkunde	63 (12%)	67 (11%)	+ 6%
5. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	43 (8%)	60 (9%)	+ 40%

Bundesärztekammer

Tabelle 3.14: Berufstätige Ärzte im Land Bremen, nach Qualifikation und Fachgebieten, im Zeitvergleich, Stichtag 31.12.

	1995	1999	Veränderung
Gesamt	1.931	1.969	+ 2%
Ohne Gebietsbezeichnung	590	364	- 38%
Fachärzte	1.341	1.513	+ 13%
TOP 5 der Facharztgebiete			
1. Innere Medizin	297 (22%)	310 (20%)	+ 4%
2. Chirurgie	141 (11%)	157 (10%)	+ 11%
3. Allg. Medizin	97 (7%)	157 (10%)	+ 62%
4. Anästhesiologie	102 (8%)	127 (8%)	+ 25%
1. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	107 (8%)	112 (7%)	+ 5%

Bundesärztekammer

Tabelle 3.15: Hauptamtlich beschäftigte Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern des Landes Bremen nach funktioneller Stellung, 1999

Funktionelle Stellung	Frauen	Männer	Frauenanteil
	Absolut	Absolut	in %
Leitende Ärztinnen/Ärzte	5	121	4
Oberärztinnen/-ärzte	54	223	50
Assistenzärztinnen/-ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	116	166	41
Assistenzärztinnen/-ärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung	298	365	45
Gesamt	473	875	35
Quelle: Statistisches Landesamt			

Auffällig beim Funktionsspektrum der Frauen ist der hohe Anteil der Assistenzärztinnen ohne abgeschlossene Weiterbildung. Nahezu Zweidrittel aller in Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen arbeiten in dieser Position. Diese Zahl bekräftigt die These, dass Frauen auf spezielle Hindernisse bei der Absolvierung ihrer Weiterbildung stoßen (können).

Die Verteilung von Männern und Frauen in den verschiedenen Funktionsbereichen und Hierarchieebenen ist auch deshalb von Bedeutung, weil sie Einfluss auf die gesundheitliche Versorgung nimmt. Die Überrepräsentanz von Männern in höheren Positionen führt dazu, dass die Entscheidungsmacht hinsichtlich der Patientinnen- und Patientenversorgung vorwiegend den männlichen Ärzten obliegt. Diagnoseformen, Studien und Therapien orientieren sich vornehmlich an männlichen Lebenssituationen und Gesundheitsempfinden.

In Bremen hat es in den letzten Jahren eine Reihe von Veranstaltungen gegeben – organisiert von der Ärztekammer Bremen, den kommunalen Krankenhäusern im Lande Bremen und ihren Frauenbeauftragten sowie der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, die verschiedene Aspekte rund um den „Arbeitsplatz Krankenhaus“ thematisierten. Eine Veranstaltung beschäftigte sich 1997 mit den möglichen Ursachen für die unterschiedliche Qualifikationsstruktur sowie weiteren Problemen bei der Weiterbildung

von Ärztinnen⁷: Innerhalb der Weiterbildung muss eine bestimmte Anzahl von Behandlungsmaßnahmen, Eingriffen und Operationen absolviert werden – je nach Disziplin. Es gibt hier jedoch bisher kaum strukturelle Vorgaben – z.B. im Rahmen eines zeitlichen Ablaufplans. Nach dem Heilberufsgesetz leitet der zur Weiterbildung befugte Arzt diese persönlich.

Es ist zu beobachten, dass Frauen bei der Zuteilung häufig übergangen werden und länger auf den jeweiligen Stationen verbleiben als ihre männlichen Kollegen. Für beide Geschlechter gilt, dass oft nur befristete Stellen angeboten werden. Es gibt Widerstände – insbesondere in der Weiterbildungszeit – Frauen einzustellen, da sie (insbesondere in dieser Zeit vom Alter her) schwanger werden könnten.

Die Veranstaltung mündete darin, dass Maßnahmen formuliert wurden.

1. Die Klinikleitungen sollen maßgeschneidert für jede Klinik einen flexiblen Rahmenplan der ärztlichen Weiterbildung erarbeiten, auf dessen Grundlage Weiterbildungspläne erstellt werden.
2. Klinikleitungen, Betriebsärztinnen und -ärzte sollen in Zusammenarbeit mit den Frauenbeauftragten Arbeitsplatzbeschreibungen für schwangere Ärztinnen erstellen.
3. Im Rahmen der gesetzlichen Regelungen sollen die

⁷ Vgl. dazu auch den Tagungsreader "Arbeitsplatz Krankenhaus - Über Hürden und Hindernisse in der ärztlichen Weiterbildung", Dokumentation einer Tagung am 16. April 1997 im Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Strasse.

Klinikleitungen sicherstellen, dass Ärztinnen während der Schwangerschaft so eingesetzt werden, dass sie die Weiterbildungsmöglichkeiten weitmöglichst ausschöpfen können.

4. Während der Erziehungszeiten halten die Klinikleitungen Kontakt zu den Beurlaubten und informieren sie über hauseigene und externe Fortbildungen.
5. Fortbildungen sollen zu familienfreundlichen Zeiten angeboten werden.
6. Zur Wiedereingliederung der Ärztinnen in Erziehungszeit führt die Klinikleitung rechtzeitig vor Arbeitsbeginn ein Gespräch, um gemeinsam die Wiedereingliederung zu planen.
7. Die Krankenhausleitungen sind aufgefordert, Verfahren zu entwickeln, die durch Schwangerschaft und Erziehungszeiten verursachte personelle Ausfälle kompensieren helfen.
8. Krankenhausdirektionen, Klinikleitungen, Frauenbeauftragte und Personalräte sollen vorhandene Arbeitszeitmodelle auswerten und neue Formen auch für Leitungsfunktionen entwickeln.
9. Das Thema „Achtung familiärer Lebensbedingungen“ soll in den Personalentwicklungsstrategien der Krankenhausdirektionen deutlich berücksichtigt werden.
10. Ein Teil der Forderungen muss in die nach dem Bremischen Landesgleichstellungsgesetz vorgeschriebenen Frauenförderpläne eingehen.

Was ist daraus geworden?

Nachdem die Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau alle Krankenhausdirektionen befragt und zum Teil sehr dürftige Antworten erhalten hat, wurden im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Berichtes die ärztlichen Direktionen aller Krankenhäuser des Landes Bremen erneut gebeten, zur Umsetzung der Maßnahmenvorschlägen Stellung zu nehmen und zu beschreiben, inwieweit die Vorschläge aufgegriffen wurden. Angeschrieben wurden alle 16 Krankenhäuser im Lande Bremen. Neun Krankenhäuser haben geantwortet. Die Antworten waren sehr heterogen und unterschieden sich zum Teil auch zwischen den Kliniken eines Hauses.

Individuelle Weiterbildungspläne werden in vier Krankenhäusern erstellt (z.T. nicht in allen Kliniken). Die Skala bei der Berücksichtigung der familiären Situation reicht von einem eindeutigen „nein – kann auch gar nicht“ bis hin zu flexiblen Anpassungen in Abstimmung mit der in Ausbildung befindlichen Person.

Arbeitsplatzbeschreibungen für schwangere Ärztinnen konsequent für jede Klinik, erstellt im Konsens mit der Klinikleitung, der Betriebsärztin und der Frauenbeauftragten gibt es in einem Krankenhaus (sowie in einem weiteren, das sich nicht an der Umfrage beteiligt hat; siehe hierzu auch das nachfolgende Kapitel).

Hinsichtlich des Einsatzes von Ärztinnen während der Schwangerschaft in der Weise, dass sie die Weiterbildungsmöglichkeiten weitgehend ausschöpfen können – außer in den Bereichen, wo es infolge der Tätigkeiten (z.B. Rehabilitationsbereich) keine Einschränkungen gibt – wurde auf die Regelungen des Mutterschutzgesetzes verwiesen. Lediglich in einem Krankenhaus existieren in jeder Klinik entsprechende, dem Klinikbetrieb angepasste und mit den Mitarbeiterinnen abgesprochene Konzepte. Ein weiteres Krankenhaus schlug im Falle einer Schwangerschaft einen Wechsel der weiterbildenden Klinik vor. Dies wurde zwar bislang noch nicht praktiziert, könnte aber nach Einschätzung des Hauses für einzelne verwandte Fachgebiete (z.B. Neurochirurgie/Neurologie) „mit Gewinn auch für die Weiterbildung“ praktiziert werden.

Der Kontakt der Klinikleitungen zu den Beurlaubten während der Erziehungszeiten und die Information über hauseigene und externe Fortbildungen wird in drei Krankenhäusern und einer Klinik systematisch durch die Einbeziehung in den Verteiler sichergestellt. Überwiegend wird auf die allgemeine Bekanntheit von Fortbildungsprogrammen hingewiesen. Die Kontakte scheinen eher auf kollegialer und individueller Ebene stattzufinden.

In den Antworten wurde auf die Forderung, dass Fortbildungen zu familienfreundlichen Zeiten angeboten werden sollen, bemängelt, dass unklar sei, was unter „familienfreundlichen Zeiten“ zu verstehen ist.

Die Planung der Wiedereingliederung von Ärztinnen nach der Erziehungszeit durch ein Gespräch rechtzeitig vor Arbeitsbeginn hat sich insgesamt etabliert.

Die Entwicklung von Verfahren, die durch Schwangerschaft und Erziehungszeiten verursachte personelle Ausfälle kompensieren helfen, scheint schwierig umsetzbar. In zwei Krankenhäusern wird eine Kompensation durch die befristete Einstellung von Ersatzkräften vorgenommen. Ein weiteres Krankenhaus weist auf die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung hin, die den „Aufbau einer zusätzlichen Personalreserve (...) nicht zulässt“.

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Zwei Krankenhäuser gaben an, dass die „Achtung familiärer Lebensbedingungen“ in den Personalentwicklungsstrategien berücksichtigt wird.

Das Thema Arbeitszeitmodelle war Gegenstand einer weiteren Tagung in 1998, veranstaltet von der Ärztekammer Bremen, der Arbeitnehmerkammer, den kommunalen Krankenhäusern im Lande Bremen und ihren Frauenbeauftragten sowie der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau. Auf dieser Tagung wurde aufgezeigt, welche Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Bereich in einzelnen Häusern entwickelt wurden. Die Möglichkeiten sind vielfältig – sie reichen von der Teilung von Vollzeitstellen in Teilzeitstellen – auch für Oberärztinnen – bis zur stundenweisen Verkürzung der Arbeitszeit festangestellter Ärztinnen und Ärzte, um eine Übernahme von Ärztinnen und Ärzten nach der AiP-Zeit zu ermöglichen. Dennoch scheint es hier mehr Potential zu geben als derzeit umgesetzt wird⁸.

Fazit:

Im Hinblick auf die zehn Forderungen sind in einigen Krankenhäusern bzw. Kliniken sehr positive Ansätze und Umsetzungen zu beobachten. Einzelne Beispiele zeigen wie es gehen könnte, z.B. beim Einsatz von schwangeren Ärztinnen („Positiver Tätigkeitskatalog“), bei der Erstellung individueller Weiterbildungspläne oder auch bei den Arbeitszeitmodellen.

Inwieweit eine grundsätzliche Neuorientierung stattgefunden hat, ist den Antworten nicht zu entnehmen – zudem haben auch nicht alle Krankenhäuser geantwortet, so dass hier kein vollständiges Bild wiedergegeben werden kann.

Wie auch die Bremische Zentralstelle zur Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau nach ihrer ersten Umfrage festgestellt hat, müssen „wir verstärkt die beschlossenen und umzusetzenden Maßnahmen begleiten und kontrollieren“ (Hauffe, 1998). Schriftliche Umfragen allein reichen hier nicht aus.

Interview mit der Präsidentin der Ärztekammer Bremen und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Frau Dr. med. Ursula Auerswald

Woran liegt es aus Ihrer Sicht, dass in Relation gesehen deutlich weniger Ärztinnen in Leitungspositionen tätig sind als Ärzte?

Hierbei stellt sich zunächst die Frage, ob es genügend Frauen gibt, die aus der Position der Oberärztin heraus den Mut haben, bei Einschränkung von familiären

Verpflichtungen eine leitende Position anzunehmen. Das Auswahlverfahren an sich ist in Bremen ja sehr transparent, und es wird eigentlich schon geguckt, ob Frauen genommen werden können. Es scheint sich aber wohl zu zeigen, dass sich nicht genügend Frauen bewerben. Ein weiterer Gesichtspunkt ist, welche Qualifikationen im Auswahlverfahren bei Chefärzten im Vordergrund stehen. Ist das die Habilitation, ist es, möglichst viel veröffentlicht zu haben, oder ist es die Fähigkeit, als normaler Arzt tätig zu sein. Man müsste vielleicht das Auswahlverfahren prüfen, was dort gefragt ist, damit die Fähigkeiten von Frauen positiv bewertet werden können.

Sollten Frauen mehr gefördert werden?

Ja. Wir vom Ärztinnenbund forcieren sehr, dass insbesondere die Wissenschaft den Frauen nahegebracht wird. So widmet sich der nächste Wissenschaftliche Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes im September 2001 auch dem Thema „Die Medizin forscht für Frauen – Frauen forschen in der Medizin“. Man sollte Frauen mehr dazu anhalten, ihre Publikationen noch breiter zu streuen und das Selbstbewusstsein in diesem Bereich zu stärken. Ich glaube, es funktioniert nur, wenn bereits im Studium darauf hin gewirkt wird, Frauen die Angst zu nehmen, in Führungspositionen zu gehen. Daher werden im Rahmen des Ärztinnenausschusses der Bundesärztekammer derzeit Schriften entwickelt für Studentinnen im ersten Semester zum Thema „Wie behaupte ich mich am Arbeitsplatz?“

... das heißt, der Fokus sollte nicht nur auf die Doppelrolle „Familie und Beruf“ gerichtet werden, sondern auch auf die Stärkung des Selbstbewusstseins?

Ja. Und dann hängt das natürlich mit der typisch deutschen Mentalität zusammen „Frauen gehören an den Herd und zu ihren Kindern“ und „Kinder, die nicht von Ihren Müttern betreut werden, leiden psychisch erheblich darunter“. Es ist ja noch immer Ausnahmefall, dass der Mann die Kinder mitbetreut. Frauen in Führungspositionen sind entweder nicht verheiratet und haben keine Kinder – oder sie haben einen Ehemann, der den Beruf der Frau befürwortet und es findet Gleichberechtigung in der Ehe statt.

Also liegt es an den Männern?

Zum großen Teil an den Männern und zum großen Teil, wie ich aus eigener Erfahrung weiß, dass Sie alles für sich selber „wegorganisieren“ müssen, wenn Sie ihren Job machen wollen – sei es beruflich oder berufspolitisch. Vonseiten des Landes bzw. des Staates gibt es keine Unterstützung, angefangen bei der Frage „Für wen sind Ganztagschulen zugänglich?“ bis hin zur Frage wie: „Wer

⁸ Vgl. dazu auch den Tagungsreader: Arbeitsplatz Krankenhaus – Chancen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Bereich – Dokumentation einer Tagung vom 4. November 1998 im Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Strasse.

hütet das Haus, wer putzt, wer kocht?“ Wenn Sie nicht selber in der Lage sind, dies wegzuorganisieren, haben Sie keine Chance.

Im Vergleich zu den männlichen Ärzten sind überdurchschnittlich viele Ärztinnen als Assistenzärztinnen ohne abgeschlossene Weiterbildung tätig. Inwieweit sehen Sie hier Handlungsbedarf? Welche Maßnahmen könnten greifen?

Da muss man zunächst schauen, wie viele Frauen die Weiterbildung in Teilzeit ableisten – also wesentlich länger brauchen, um den Facharzt zu machen. Zudem müssen Sie berücksichtigen, dass die meisten Stellen befristet sind für die Weiterbildungszeit. Solange die Weiterbildungszeit nicht beendet ist, hat derjenige oder diejenige noch eine Stelle.

Aber das gilt für beide Geschlechter...

Das stimmt. Aber ich könnte ich mir vorstellen, dass Frauen sich eher familiär gebunden fühlen, weil beispielsweise der Mann hier eine Stelle hat, so dass der Druck, den Facharzt zu machen, nicht so groß ist – und weil es in der Weiterbildungszeit leichter ist, eine Verlängerung des Arbeitsvertrages zu erhalten.

Würden sie hier bestimmte Maßnahmen vorschlagen, um die Situation für Frauen dahingehend zu verbessern, dass sie in kürzerer Zeit ihre Weiterbildung abschließen können?

Die Befristung von Weiterbildungsstellen aufheben.

Und schließlich: Auch in der ärztlichen Selbstverwaltung sind Frauen stark unterrepräsentiert. Sie sind Deutschlands einzige Präsidentin einer Ärztekammer. Nach Ihrer Wahl haben sie den Ausschuss „Ärztinnen“ aufgelöst. Warum?

Seit 1980 mache ich Berufspolitik – und werde als Frau permanent in die Ecke gestellt, dass man sich um frauenpolitische Belange kümmern muss und – ich sage es ganz deutlich – ich habe die Nase voll, immer wieder in Argumentationsrunden neu zu entdecken, dass Frauen schwanger werden und deswegen aus bestimmten Gründen irgendwelche Tätigkeiten nicht ausüben können. Die Gründung des Ärztinnenausschusses konnte damals ein Startschuss sein. Nachdem man gemerkt hat, dass dieser Startschuss nur damit endete, dass aus bestimmten Bereichen anderer Ausschussarbeit Frauen nicht beteiligt wurden, sondern in den Ärztinnenausschuss abgedrängt wurden, war mein aller erster Schritt als Präsidentin der Ärztekammer in Bremen, den Ärztinnenausschuss aufzulösen und in jedem Ausschuss, der von politischer

Relevanz ist, wie z.B. der Weiterbildungsausschuss oder der Krankenhausausschuss, Frauen zu beteiligen. Hier gilt es nun, Frauen bereits im Vorfeld für die Kammerarbeit, die Arbeit in der Kassenärztlichen Vereinigung oder für andere berufspolitische Verbandsarbeit zu interessieren. Und dann gilt es Frauen zu finden, die Lust und Laune haben, in ihrer Freizeit nebenbei, neben dem normalen Klinikjob – der meines Erachtens zur Zeit ausbeuterisch ist – unter Verzicht auf sämtliche andere Freizeitaktivitäten diese Arbeit zu leisten.

Bremen hat hier insgesamt eine Vorreiterposition, weil von fünf Vorstandsmitgliedern zwei Frauen sind. Prozentual ergibt das einen hohen Anteil; dabei ist aber zu berücksichtigen ist, dass die Grundmenge sehr klein ist.

Wie sehen Sie die Zukunft von Medizinerinnen?

Positiv, weil wir einen absoluten Ärztemangel kriegen werden. Das Gerangel um Positionen wird in Ermangelung von zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzten zukünftig entfallen. Vielleicht werden wir uns in 10 Jahren darüber unterhalten: Der Arztberuf wird unter drangsaliierenden Bedingungen nur noch von Frauen ausgeübt. Das meine ich ganz ernst, denn wahrscheinlich können nur Frauen diese Bedingungen aushalten. Insofern halte ich den Arztberuf als Zukunftsberuf für Frauen für typisch.

Das Interview wurde geführt am 07.07.2001.

3.4 SCHWANGERSCHAFT UND MUTTERSCHUTZ IM KRANKENHAUS

Das Mutterschutzgesetz enthält neben Regelungen zum Kündigungsschutz sowie einer Freistellung von schwangeren Arbeitnehmerinnen 6 Wochen vor der Entbindung und 8 Wochen nach der Entbindung auch allgemeine Beschäftigungsverbote. Schwangere Frauen dürfen u.a. keine schweren körperlichen Arbeiten verrichten oder mit gefährlichen Stoffen umgehen. Für schwangere Ärztinnen und Krankenschwestern ergeben sich mit dieser Bestimmung im Arbeitsalltag häufig Probleme, da nahezu alle Körperflüssigkeiten wie Blut, Urin etc., mit denen sie beruflich in Kontakt kommen, hierzu zählen. Als eine Lösungsmöglichkeit hierfür bieten sich sog. Tätigkeitskataloge an.

In operativen Fächern dürfen Ärztinnen während ihrer gesamten (angezeigten) Schwangerschaft nicht eingesetzt werden. Gesetzlich geregelt ist auch ein Beschäftigungsverbot zwischen 20 und 6 Uhr morgens. Spätschichten dauern jedoch bis 21 Uhr – und schwangere Arbeitnehmerinnen wollen häufig auch die Spätschicht übernehmen. Problematisch ist zudem die Vertretungsregelung: eine Schwangerschaftsvertretung wird meist frühestens 6 Wochen vor der Entbindung finanziert.

Was ursprünglich vorgesehen war als Verbesserung für Schwangere im Berufsleben, stößt heute nicht nur bei Arbeitgebern, sondern auch bei Arbeitnehmerinnen auf Kritik. Welche Lösungen hierfür in den Krankenhäusern entwickelt wurden und an welchen Punkten weiterhin Probleme bestehen, zeigen beispielhaft die Berichte von Betriebsärztinnen aus zwei Bremer Krankenhäusern – dem St. Joseph Stift (in freier Trägerschaft) und dem Zentralkrankenhaus Bremen-Nord (in kommunaler Trägerschaft).

Mutterschutz im Krankenhaus am Beispiel des Krankenhauses St. Joseph-Stift in Bremen

Ein Beitrag von Frau Dr. Uta Hermann, Betriebsärztlicher Dienst

Im St. Joseph-Stift sind Frauen im Reinigungsdienst, in der Küche, in der Verwaltung, in der Pflege, in den Funktionsbereichen und im ärztlichen Dienst beschäftigt. Im Reinigungsdienst, in der Küche mit angeschlossener Cafeteria und in der Verwaltung gibt es keine Probleme mit der Umsetzung des Mutterschutzes.

In der Pflege gibt es unterschiedliche Probleme. Das erste Problem stellt sich, wenn Krankenschwestern den Eintritt der Schwangerschaft nicht rechtzeitig der Verwaltung melden. Das geschieht häufig, wenn sie im Nachtdienst eingesetzt sind, oder aber in einem Funktionsbereich, in dem sie während der Schwangerschaft nicht arbeiten können. Meldet eine Schwester ihre Schwangerschaft in der Verwaltung, wird sie umgehend in den betriebsärztlichen

Dienst einbestellt und umfassend über Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes während der Schwangerschaft von der Betriebsärztin informiert.

In den letzten Jahren gab es keine Probleme mit den Stationsleitungen, was die Einhaltung der Grenzen nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) anbelangt. Auf unseren beiden Intensivstationen hatten wir wiederholt mehrere Schwangere gleichzeitig, woraufhin es zu Umsetzungen kommen musste. Solange wir eine oder zwei schwangere Schwestern auf unseren Intensivstationen haben, lässt sich nach meiner Meinung der Mutterschutz gut umsetzen. Zusammen mit der Stationsleitung, der Betroffenen und der Betriebsärztin wird ein genaues Vorgehen erarbeitet.

Die Schwestern in den Funktionsbereichen wollen sehr ungern auf eine normale Station. Die Arbeit ist in der Regel körperlich anstrengender. Die Stationen sind nicht glücklich über den Wechsel, weil sie den Ausfall der schwangeren Mitarbeiterin während des Mutterschutzes zu tragen haben und die Betreffende nicht gut eingearbeitet ist. Die schwangeren Schwestern in den OPs werden umfassend informiert über die Belastung mit Narkosegasen. Sie halten sich überwiegend im Hintergrund auf, möglichst wenig in den Räumen, wo Narkosen ein- und ausgeleitet werden. Sie leisten Springerdienste, führen Schulungen für die neuen Mitarbeiter durch und führen administrative Tätigkeiten aus.

Im Labor gestaltet sich die Umsetzung des Mutterschutzes ebenfalls sehr schwierig, da es keine Arbeitsplätze gibt, an denen nicht mit Blut und Blutprodukten umgegangen wird. Schwangere Mitarbeiterinnen in der Röntgenabteilung sind nicht im Kontrollbereich tätig.

Am schwierigsten gestaltet sich die Umsetzung des MuSchG im ärztlichen Bereich. In unserem Krankenhaus sind ungefähr im gleichen Verhältnis Männer wie Frauen als Assistenzärzte eingesetzt. Häufig melden die Ärztinnen sehr spät ihre Schwangerschaft. In den einzelnen Abteilungen ist die Umsetzung des Mutterschutzes unterschiedlich. Es liegt sehr häufig in der Hand der betroffenen Ärztin, den Mutterschutz bei ihrem Vorgesetzten durchzusetzen. In der inneren Abteilung haben wir meh-

rere Schwangere, die den Mutterschutz perfekt eingehalten haben. Sehr viel schwieriger gestaltet sich die Umsetzung des MuSchG in operativen Fächern.

Auf das Bestreben, eine Positivliste aller Tätigkeiten, die eine schwangere Ärztin während der Schwangerschaft in der Abteilung erledigen kann, zusammen mit den Chefärzten zu erarbeiten, stießen wir auf Widerstand bei den Chefärzten. Die Erfahrung zeigt, dass schwangere Ärztinnen ihre Schwangerschaft sehr spät angeben, um möglichst lange operieren zu können. Sie nehmen dann die Nachtdienste in Kauf. Mein Eindruck ist, dass Frauen, besonders in der ersten Schwangerschaft, ihre eigene Karriere deutlich über den Schutz des ungeborenen Kindes und ihren eigenen Schutz stellen.

Mutterschutz im Krankenhaus am Beispiel des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord

Ein Beitrag von Frau Dr. Malgorzata Lutoslawska, Betriebsärztlicher Dienst

Ein positives Beispiel des frauengesundheitsfördernden Konzepts stellt der sog. positive Tätigkeitskatalog für schwangere Ärztinnen dar. Die mutterschutzgerechten Tätigkeiten z.B. für Pflegepersonal sind im Hause festgelegt und den Vorgesetzten bekannt. Die jeweils für

schwangere Krankenschwestern und Pflegerinnen formulierten negativen Tätigkeitskataloge werden mit Unterstützung des Teams eingehalten.

Anders war es bei den schwangeren Ärztinnen. Die Kaschierung der Versorgungsausfälle ist in diesem Bereich nicht so problemlos und die Entscheidung der Chefärzte bei Zuweisung der mutterschutzgerechten Tätigkeiten war häufig auf Grund der angespannten Personallage oder ggf. unzureichenden Informationslage falsch.

In Zusammenarbeit mit der Frauenbeauftragten haben wir alle Chefärzte aufgefordert, sogenannte positive Kataloge für schwangere Ärztinnen in ihren Bereichen zu erstellen. Mit fachlicher Unterstützung der Betriebsärztin wurden bereichsspezifische Kataloge erstellt und von Chefärzten unterschrieben. Das o.g. Verfahren ermöglicht eine schnelle und fehlerfreie Einsatzentscheidung bei bekannt gegebener Schwangerschaft. Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen werden auch entsprechend informiert. Anschließend wird der Katalog, wie bei anderen Berufsgruppen üblich, in individuellen Gesprächen zwischen der Schwangeren und der Betriebsärztin besprochen.

Eine inzwischen einjährige Erfahrung mit dem o.g. Verfahren zeigt, dass eine stressfreie und mutterschutzgerechte Tätigkeit für die Zeit der Schwangerschaft auch für Ärztinnen gut organisiert werden kann.

3.5 GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Aus den vielfältigen Anforderungen an die Beschäftigten im Gesundheitsbereich können gesundheitliche Belastungen erwachsen. Neben der Erfüllung der Doppelrolle „Familie und Beruf“, die viele der überwiegend weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen leisten, zählen dazu u.a. die Arbeitszeiten (Schicht- und Nachtarbeit, Überstunden), körperliche Beanspruchung durch Heben und Tragen, Infektionsgefahren, organisatorische Rahmenbedingungen sowie psychosoziale Anforderungen durch die Interaktionen mit Vorgesetzten, Kolleg/-innen, Patient/-innen und deren Angehörigen.

Ziel dieses Abschnittes ist eine quantitative und qualitative Darstellung dieser Belastungen sowie das exemplarische Aufzeigen gelungener Lösungsmöglichkeiten und Modellvorhaben in Bremen.

Die Quantifizierung für das Land Bremen wurde per Analyse verfügbarer Daten (Arbeitsunfähigkeit und Berufskrankheiten) durchgeführt mit dem Ergebnis: Die Aussagekraft ist begrenzt. Selbst wenn die Datenbasis erweitert werden würde (z.B. durch Beteiligung mehrerer Krankenkassen) und die Auswertung detaillierter erfolgen würde (mit Altersstandardisierung, Differenzierung in Einzeldiagnosen), könnten die erläuterten grundsätzlichen Einschränkungen nicht gänzlich ausgeräumt werden, so dass es wenig sinnvoll erscheint, ausschließlich diesen Weg weiter zu beschreiben.

Durch qualitative Beiträge haben Bremer Expertinnen und Experten sowohl gesundheitliche Belastungen in Gesundheitsberufen dargestellt als auch Möglichkeiten aufgezeigt, diesen Belastungen entgegenzuwirken. Ihre Kernaussagen sind:

- Auf dem Gebiet des konventionellen Arbeitsschutzes (Unfallverhütung, Arbeitssicherheit, Begrenzung schädlicher oder gefährlicher Umgebungseinflüsse) wurden in den Krankenhäusern eine Reihe von Erfolgen erzielt (vgl. z.B. die Infektionsschutzkampagne).
- Das Belastungsprofil der Beschäftigten im Gesundheitswesen hat sich verändert. Die Bedeutung von körperlichen Belastungen und Umgebungsgefahren nimmt ab zugunsten von psychischen und psychosozialen Belastungsfaktoren wie beispielsweise Stress (hervorgerufen u.a. durch Arbeitsverdichtung).
- Der betriebliche Gesundheitsschutz bedarf eines Ansatzes, der über den klassischen Arbeitsschutz hinausgeht. Er sollte insbesondere auch Aspekte wie Organisationsentwicklung, Weiterqualifikation und Personalentwicklung einbeziehen. Hierzu zählt auch eine erhöhte Gewährung von Altersteilzeit für ältere Pflegekräfte⁹.
- Durch die Erarbeitung von Gesundheitsförderungskonzepten unter Beteiligung der zuständigen Arbeitsschutzfachleute sowie verschiedener Hierarchie- und Organisationsebenen und nicht zuletzt der Mitarbeiter/-innen selbst können gute Grundlagen für gezielte und effektive Maßnahmen geschaffen werden.
- In ambulanten Pflegediensten ist von anderen Arbeitsbedingungen auszugehen als im stationären Bereich (z.B. täglich mehrfach wechselnde Einsatzorte in Privatwohnungen). Vor allem im ambulanten Bereich wird Handlungsbedarf für Verbesserungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gesehen.

Angeichts gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (z.B. Alterung der Bevölkerung) und begrenzter finanzieller Ressourcen steigen die Anforderungen an Qualität und Effizienz in der gesundheitlichen Versorgung. Diese veränderten Rahmenbedingungen wirken sich bereits jetzt schon auf die Beschäftigten des Gesundheitswesens aus. Vor dem Hintergrund eines wirtschaftlich und arbeitsmarktpolitisch expandierenden Sektors sollte jetzt und zukünftig ein besonderes Augenmerk den wichtigsten Ressourcen der gesundheitlichen Versorgung – den Beschäftigten – gelten.

Ein Faktor sind hier sicherlich die Kosten. Krankheitsbedingte Fehlzeiten und Frühverrentungen, deren Ursache in den Arbeitsbedingungen liegen, verursachen Kosten für Unternehmen, Krankenkassen und den Landeshaushalt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Qualität der Arbeit. Die gesundheitliche Situation der Beschäftigten wirkt sich auf die Qualität der Arbeit, d.h. auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten aus. „Good health is good business“ – wie es in der nationalen „Healthy-Workplace-Strategy“ Großbritanniens heißt.

⁹ Auf der Tagung „Arbeitsplatz Krankenhaus - Chancen und Risiken der Altersteilzeit“ im November 2000 wurde deutlich, dass Altersteilzeitwünsche von Betroffenen zwischen 55 und 60 Jahren bisher nur sehr selten berücksichtigt werden. Entsprechende Anträge werden erst ab 60 genehmigt.

Und nicht zuletzt gilt es hier im Hinblick auf die individuelle gesundheitliche Situation der Beschäftigten „alte Zöpfe“ eines Berufsbildes abzuschneiden, das lange Zeit von einem Einsatz ohne Rücksicht auf eigene Bedürfnisse bis hin zur Selbstaufgabe geprägt war.

Welches sind die spezifischen gesundheitlichen Belastungsfaktoren des vorwiegend weiblichen Berufsfeldes „Gesundheitswesen“?

Gesundheitsberufe zeichnen sich dadurch aus, dass sie personenbezogene Dienstleistungsberufe sind. Zentral ist die Behandlung und Pflege von Menschen. Hierdurch ergeben sich spezifische Arbeitsbedingungen und –belastungen.

Arbeitszeit: Pflegebedürftige müssen rund um die Uhr versorgt werden, auch am Wochenende und an Feiertagen. Die Arbeitszeiten erfordern daher in vielen Gesundheitsberufen einen Einsatz, wenn andere Feiertage haben. Es ist seit langem bekannt, dass sich Schicht- und Nachtarbeit sowohl auf das soziale Leben der Beschäftigten (Partnerschaft, Familie) als auch auf ihre Gesundheit auswirkt. Der geschlechtersensible Fokus ist insbesondere auf den Dauernachtdienst zu richten. Dieser Dienst wird auf der einen Seite gern von Frauen gewählt, z.B. von Müttern mit kleineren Kindern, die auf diese Weise ihre Erwerbstätigkeit ausüben und sich tagsüber um die Kinder kümmern; auf der anderen Seite birgt er jedoch besondere gesundheitliche Belastungen (Aufbau von Schlafdefiziten durch eingeschränkte Schlafqualität beim Tagschlaf). „Für den männlichen Schicht- und Nachtarbeiter wirkt sich der Status des Zusammenlebens mit einer Frau in der Regel als Entlastung aus, während Nachtdienst leistende Frauen durch ihre Mehrfachrolle in weitaus stärkerem Maße belastet sind“ (Bartholomeyczik, 1993, S. 34). In Deutschland arbeiten 5 bis 10% des Pflegepersonals in Krankenhäusern im Dauernachtdienst, der Männeranteil ist gering.

Überstunden: Insbesondere im ärztlichen Bereich wurden trotz des Bestehens des Arbeitszeitgesetzes, das seit dem 1.1.1996 auch im Gesundheitswesen einheitlich anzuwenden ist, massive Verstöße belegt. Aber auch im Pflegebereich gehören Überstunden häufig zum „normalen Arbeitsalltag“.

Auswirkungen der spezifischen Arbeitszeiten im Krankenhaus hinsichtlich ihrer möglichen Konsequenzen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten sind bislang wenig untersucht. Einzeluntersuchungen zeigen z.B. erhöhte Fehlerraten bei chirurgischen Eingriffen nach unzureichender Nachtruhe.

Körperliche Belastung: Obgleich inzwischen im stationären Bereich verschiedene Hilfsmittel zur Verfügung stehen, umfasst die Arbeit besonders im Pflegebereich schwere körperliche Tätigkeiten (z.B. Heben, Lagern von Patientinnen und Patienten). Zum Teil müssen die Tätigkeiten in ungünstiger Körperhaltung (gebeugt oder gedreht) ausgeführt werden. So ergab eine Umfrage von 1.017 Pflegekräften in Akutkrankenhäusern, dass zwar in 70% der Fälle Hebehilfen zur Verfügung stehen, dass diese aber nicht konsequent genutzt werden. Als Gründe für den Verzicht auf die Benutzung wurden u.a. genannt, dass z.T. jede Station nur über eine Hebehilfe verfügt und das Herbeiholen zu umständlich und zeitintensiv sei.

Umgebungsgefahren: Ein besonderes Risiko im Gesundheitsbereich ist der Umgang mit Körperflüssigkeiten in Verbindung mit Stich- und Schnittverletzungen (Infektionsrisiko).

Organisationsbedingte Belastungen: Sie können sich aus den Rahmenbedingungen einer Tätigkeit ergeben, z.B. Arbeitsabläufe, die mehr oder minder klare Zuordnung von Zuständigkeiten oder auch die Zeit, die für die entsprechenden Tätigkeiten zur Verfügung steht. Art und Ausmaß der arbeitsorganisatorisch bedingten Belastungen im Gesundheitsbereich sind stark vom Tätigkeitsfeld abhängig (ambulant/stationär, bettenführend/nicht-bettenführend etc.), so dass hier keine pauschalen Aussagen gemacht werden können. Im Krankenhausbereich scheinen vor allem die Faktoren „Zeitdruck“ und „Arbeitsunterbrechungen“ als belastend empfunden zu werden, wobei der Faktor Zeitdruck eng verbunden ist mit der personellen Ausstattung. Zudem hat sich durch die Verkürzung der Verweildauer nicht nur der „Patientendurchlauf“ erhöht, sondern die Patientinnen und Patienten sind im Durchschnitt pflegeintensiver. Die Anforderungen an die Pflege und die Bewältigung organisatorischer Aufgaben steigen. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für den stationären Altenpflegebereich. „Durch den Ausbau der ambulanten Versorgung [ziehen] Menschen später und tendenziell schwerer pflegebedürftig in Heime um“ (Kuratorium Deutsche Alterspflege, 2001).

Im Zentralkrankenhaus Links der Weser in Bremen wurde 1998 eine Patienten-Mitarbeiter/-innenbefragung durchgeführt. Gefragt nach bestimmten Aspekten, die im Krankenhaus Unzufriedenheit auslösen, antworteten Patient/-innen, Pflegepersonal und Ärzt/-innen einhellig: „Zu wenig Zeit für seelische Bedürfnisse“. Interessant dabei ist die unterschiedlich starke Ausprägung: Während es bei den Patientinnen und Patienten etwa 30% waren, die Unzufriedenheit äußerten, waren es bei der Ärzte-

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

schaft und beim Pflegepersonal 70 bis 80%. Dies zeigt den hohen Anspruch der Beschäftigten hinsichtlich der Versorgung von Patientinnen und Patienten, der über eine rein medizinische Behandlung hinausgeht.

Psychosoziale Anforderungen: Pflege- und Behandlungstätigkeiten erfordern zum einen hohe Anforderungen an die Aufmerksamkeit und Genauigkeit. Eine fehlerhafte Ausführung kann schwerwiegende Folgen sowohl für die Pflegebedürftigen haben als auch für die Pflegenden selbst (z.B. Verletzungsgefahr). Zum anderen stellt diese Tätigkeit hohe psychosoziale Anforderungen, die sich aus der tagtäglichen Interaktion mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen ergeben. Dazu zählen z.B.:

- der Eingriff in die Intimsphäre von Menschen (z.B. Scham, Ekelgefühle),
- aggressive oder „schwierige“ Patientinnen und Patienten,
- der Umgang mit unheilbar Kranken und mit Sterben und Tod.

Und nicht zuletzt können Beziehungen zu Kolleginnen bzw. Kollegen und zu Vorgesetzten belastend erlebt werden. Branchenvergleichende Studien zum Thema „mobbing“ zeigen eine deutliche Überrepräsentanz im Verhältnis 7:1 im Gesundheits- und Sozialbereich.

Es ist anzunehmen, dass sich Bremen in Bezug auf die gesundheitlichen Belastungen der im Gesundheitswesen Beschäftigten von anderen Ländern nicht grundsätzlich unterscheidet. Eine umfassende Analyse liegt für das Land Bremen jedoch nicht vor. Eine erste regionalspezifische Annäherung wird im folgenden zusammengefasst anhand

- einer Analyse verfügbarer Daten zu Arbeitsunfähigkeit und zum Berufskrankheitengeschehen sowie
- von Einschätzungen von Bremer Expertinnen und Experten zu Defiziten und gelungenen Lösungsansätzen und Modellvorhaben.

3.5.1 ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Arbeitsunfähigkeit wird als ein Zustand definiert, „bei dem ein Versicherter überhaupt nicht oder nur auf die Gefahr hin, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen“ (Roche Lexikon der Medizin, 1998). Die Arbeitsunfähigkeit ist innerhalb der Karenzzeit (i.d.R. 3 Tage) der

Versicherung anzuzeigen. Über die in der Bescheinigung aufgeführten Diagnosen erhalten die Krankenkassen Kenntnis über die Gründe der Arbeitsunfähigkeit und somit auch Informationen hinsichtlich der Morbidität ihrer Mitglieder. Unter Berücksichtigung einiger methodischer Einschränkungen können mit Hilfe von Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) Krankheitsschwerpunkte in einzelnen Branchen und Berufsgruppen aufgezeigt und verglichen werden. Als einschränkend gelten folgende Aspekte:

- Kurzzeiterkrankungen von unter drei Tagen werden nur dann erfasst, wenn eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Real ist die Rate der Kurzzeiterkrankungen und auch der Falldauer somit höher, als es AU-Daten vermitteln.
- Aus einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung lässt sich – außer im Falle von Arbeits- oder Wegeunfällen – nicht ableiten, ob die Ursache einer Arbeitsunfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit begründet ist.
- Weitere methodische Probleme können sich aus der Diagnosestellung sowie bei der Codierung von Diagnosen ergeben¹⁰.
- In welchem Umfang die Ursachen von Erkrankungen im psycho-sozialen Bereich liegen, bleibt außerdem offen.

Für den Bericht wurden alle Krankenkassen in Bremen gebeten zu prüfen, inwieweit sie AU-Daten für ausgewählte Gesundheitsberufe und für die Branche Gesundheitswesen insgesamt zur Verfügung stellen können. Es war zunächst keiner Bremer Krankenkasse bzw. ihrem Landesverband möglich, entsprechende Daten bereitzustellen. Überwiegend wurde dies damit begründet, dass entsprechende Daten nicht vorlägen. Des weiteren wurde angeführt, dass hierfür größere EDV-technische Hürden zu nehmen seien, die eine langfristige Planung erfordern. Mit der Handelskrankenkasse und dem AOK-Landesverband Bremen wurde daher vereinbart, zukünftigen Auswertungen einen langfristigen Vorlauf zu geben und ggf. gemeinsame Fragestellungen zu erarbeiten¹¹.

Für den vorliegenden Bericht wurden die AU-Daten der AOK Bremen ausgewertet. Die Daten wurden vom Wissenschaftlichen Institut der AOK bereitgestellt. Die Auswertung bezieht sich auf weibliche Pflichtversicherte. Zu den Pflichtversicherten zählen alle Arbeitnehmer/-innen, deren Einkommen unterhalb eines bestimmten Betrages liegt¹². Die aufgeführten Krankheitsarten sind die ICD-Hauptgruppen nach dem Klassifikationssystem der WHO. Exemplarisch für die Auswertung des

¹⁰ Die Codierung erfolgt nach dem international üblichen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation, dem sog. ICD-Schlüssel (International Classification of Diseases, 9. Revision). Für einige Erkrankungen ist eine eindeutige Zuordnung von Diagnosen nicht immer möglich (z.B. Diagnose von Erschöpfungszuständen, fieberhafter grippaler Infekt).

¹¹ Der Bundesverband der BKK hätte Daten bereitstellen können. In Anbetracht des geringen Versichertenanteils dieser Krankenkasse in Gesundheitsberufen wurde auf eine Einbeziehung dieser Daten verzichtet.

¹² Für das Jahr 2000 lag dieser Betrag bei 77.400 DM Bruttoeinkommen für die westlichen Bundesländer, im Osten waren es 63.900 DM (<http://www.gesetzliche.de/system/system.html> 30.01.01).

Abbildung 3.1:

AU-Fälle und AU-Tage bei AOK-Versicherten Krankenschwestern und Hebammen in Bremen, 1999 (in %)

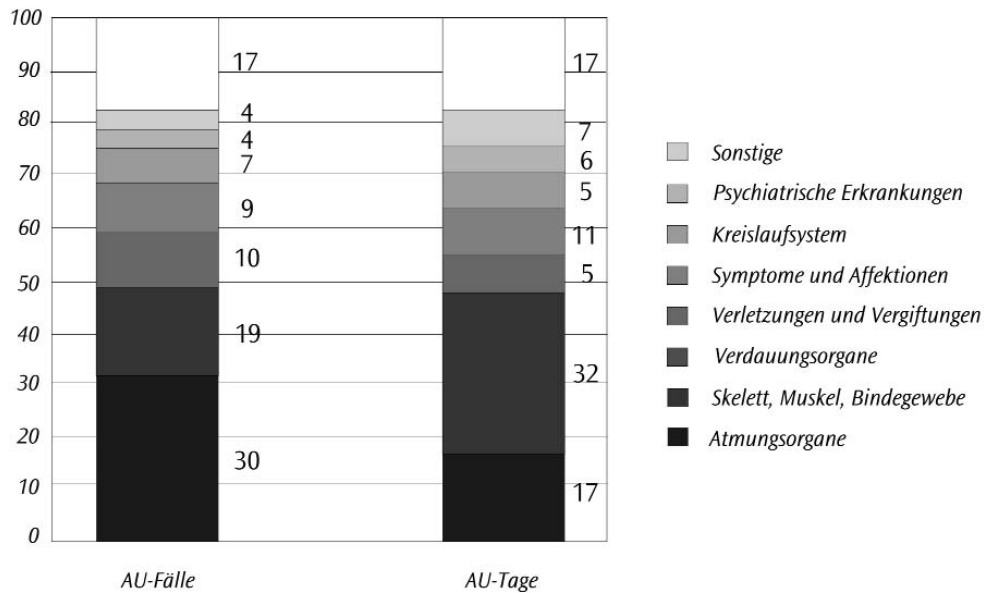


Tabelle 3.16: Verteilung der AU-Fälle bei AOK-versicherten Krankenschwestern in Bremen im Vergleich mit dem Branchendurchschnitt, in Prozent, 1999

	Krankenschwestern	Alle Branchen
Atemwege	31	28
Skelett, Muskeln und Bindegewebe	19	20
Verdauung	10	12
Verletzungen und Vergiftungen	9	8
Kreislauf	4	5
Psyche	4	3
Sonstige	24	24

Tabelle 3.17: Verteilung der AU-Tage bei AOK-versicherten Krankenschwestern in Bremen im Vergleich mit dem Branchendurchschnitt, in Prozent, 1999

	Krankenschwestern	Alle Branchen
Atemwege	17	17
Skelett, Muskeln und Bindegewebe	32	32
Verdauung	6	6
Verletzungen und Vergiftungen	11	10
Kreislauf	6	6
Psyche	7	6
Sonstige	22	23

AU-Geschehens wurde die Berufsgruppe der Krankenschwestern und Hebammen ausgewählt, da diese zahlenmäßig den größten Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei den Gesundheitsdienstberufen darstellt (vgl. Abbildung 3.1).

Die häufigsten Anlässe für Arbeitsunfähigkeit (AU-Fälle) waren bei AOK-versicherten Krankenschwestern in Bremen 1999:

1. Erkrankungen der Atemwegsorgane (30%),
2. Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (19%),
3. Sonstige Erkrankungen (17%)
4. Erkrankungen der Verdauungsorgane (10%) und
5. Verletzungen und Vergiftungen (9%).

Wissenschaftliches Institut der AOK, eigene Berechnungen

Hinsichtlich der Ausfallzeiten (AU-Tage) dominieren deutlich die Muskel- und Skeletterkrankungen. Nahezu jeder dritte AU-Tag wurde durch diese Erkrankungsgruppe verursacht.

Inwieweit dieses Spektrum spezifisch für den Beruf der Krankenschwester ist, zeigt der Vergleich des AU-Geschehens mit dem Branchendurchschnitt. Danach sind bei den AOK-versicherten Krankenschwestern in Bremen lediglich geringe Unterschiede zum Branchendurchschnitt¹³ zu

beobachten (vgl. Tabelle 3.16).

Eine bundesweite Analyse der Deutschen Angestellten-Krankenkasse kommt zu dem Ergebnis, dass in Pflegeberufen¹⁴ – hier nicht geschlechtsspezifisch differenziert – deutlich mehr AU-Fälle zu verzeichnen waren als bei den DAK-Versicherten insgesamt.

- Über alle Erkrankungsgruppen betrachtet wurden 116 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre bei Pflegeberufen und 99 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre bei allen DAK-Versicherten ermittelt.
- Die Zahl der Ausfalltage ist in Pflegeberufen aufgrund von Skelett- und Muskelerkrankungen mit 448 Tagen je 100 Versichertenjahre im Vergleich zu allen DAK-Versicherten (249 Tage je 100 Versichertenjahre) fast doppelt so hoch.
- 148 AU Tage je 100 Versichertenjahre waren in Pflegeberufen auf Psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen im Vergleich zu 78 Tagen in allen anderen Branchen.

Zu beachten ist, dass die beiden Krankenkassen unterschiedliche Versichertenstrukturen aufweisen. Die AOK weist einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Versicherten aus dem gewerblichen Bereich auf, während in der DAK sehr viele weibliche Beschäftigte im Handel, in Büros, Verwaltungen und auch dem Gesundheitswesen versichert sind.

¹³ Ein Vergleich mit den Krankenpflegern/Entbindungshelfern erschien aufgrund der geringen Fallzahl bei den Männern als nicht sinnvoll.

¹⁴ Als Pflegeberufe sind hierbei Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen sowie Helfer/-innen in der Krankenpflege definiert.

3.5.2 BERUFSSKRANKHEITEN

Berufsskrankheiten sind Erkrankungen, die nach

- „den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind“ (§9 Abs. 1 SGB VII).
- wissenschaftlichen Erkenntnissen durch bestimmte Einwirkungen am Arbeitsplatz verursacht werden (physikalische, mechanische, chemische oder biologische Einwirkungen). Psychosoziale Aspekte werden in der Regel nicht einbezogen.

Nur für Erkrankungen, die von der Bundesregierung in die sog. Berufsskrankheitenliste aufgenommen wurden, ist eine Anerkennung als Berufsskrankheit möglich¹⁵. Derzeit umfasst diese Liste 67 Erkrankungen. Die Berufsskrankheitenanerkennung erfolgt durch den Unfallversicherungsträger bzw. die Berufsgenossenschaft und unterliegt einem umfassenden Prüfverfahren. Eine Anerkennung als Berufsskrankheit kann nur dann erfolgen, wenn ein Körperschaden gesichert ist, also eine Krankheit entweder

ärztlich behandelt werden musste, zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hat oder die Erwerbstätigkeit mindert. Bei einigen Krankheiten (z.B. Hauterkrankungen, Wirbelsäulenerkrankungen) setzt die Anerkennung voraus, dass die entsprechende Tätigkeit aufgegeben werden musste. Nur ein kleiner Teil angezeigter Berufsskrankungen wird bestätigt. Verfahrensvorschriften und Berufsskrankheitenliste finden sich in der Berufsskrankheitenverordnung (BKV)¹⁶.

Die Daten über Berufsskrankheiten ergeben somit nur ein eingeschränktes Bild über die gesundheitliche Situation von Beschäftigten.

Die folgenden Aussagen basieren auf dem Berufsskrankheitengeschehen in der Berufsgruppe der Krankenschwestern und Hebammen der Jahre 1994-1998 im Land Bremen. Die Daten hat das Zentrale Informationssystem der gesetzlichen Unfallversicherungen für den gewerblichen Bereich und der Bundesverband der Unfallkassen für den öffentlichen Dienst zur Verfügung gestellt. In diesem Zeitraum wurde in Bremen bei insgesamt 84 Krankenschwestern und Hebammen eine Berufsskrankheit anerkannt.

Tabelle 3.18: Die häufigsten Berufsskrankungen bei Krankenschwestern und Hebammen in Bremen und in Deutschland, 1994-1998, Frauen

1994-1998	BK-Verdacht bestätigt					
	Gewerblich		Öffentlicher Dienst		Gesamt	
	Bund	Bremen	Bund	Bremen	Bund	Bremen
Hauterkrankungen (5101)	2.607 (66%)	38 (68%)	275 (30%)	1 (4%)	2.882 (59%)	39 (46%)
Infektionskrankheiten (3101)	498 (13%)	5 (9%)	449 (49%)	23 (82%)	947 (19%)	28 (33%)
Lendenwirbelsäule, Heben und Tragen (2108)	381 (10%)	8 (14%)	45 (5%)	2 (7%)	426 (9%)	10 (12%)
Allerg. Atemwegs-erkrankungen (4301)	363 (9%)	5 (9%)	68 (7%)	2 (7%)	431 (9%)	7 (8%)
Übrige Erkrankungen	103 (3%)	0 (0%)	84 (9%)	0 (0%)	187 (4%)	0 (0%)
Gesamt	3.952 (100%)	56 (100%)	921 (100%)	28 (100%)	4.873 (100%)	84 (100%)

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Bundesverband der Unfallkassen, eigene Berechnungen

¹⁵ Seltene Ausnahmen stellen die Anerkennungen von Erkrankungen "wie eine Berufsskrankheit" dar, wenn durch die Datenlage eine Aufnahme in die Berufsskrankheitenliste begründet wäre, diese jedoch nicht erfolgt ist.

¹⁶ Berufsskrankheitenliste unter <http://www.hvbg.de/d/ziguv/info-s/bk/bklist.htm>; Merkblätter zu den Berufsskrankheiten unter http://www-ifam.med.uni-rostock.de/bkvo/mb_list.htm

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Fünf Krankheitsgruppen bestimmen nahezu 100% des Berufskrankheitengeschehens. An erster Stelle stehen Hauterkrankungen, gefolgt von Infektionskrankheiten, bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule und allergischen Atemwegserkrankungen. Die prozentualen Unterschiede zwischen dem Land Bremen und dem Bundesgebiet wie auch zwischen dem Öffentlichen Dienst und dem privaten Bereich können verschiedene Ursachen haben. Sie können z.B. im unterschiedlichen Meldeverhalten der Ärzte und Ärztinnen begründet sein¹⁷. Die Gefährdungen der Beschäftigten in den privatwirtschaftlich organisierten Krankenhäusern – die zum gewerblichen Bereich gezählt werden – sind nach Auskunft des Bremer Landegewerbearztes denen in kommunalen Krankenhäusern vergleichbar.

3.6 BELASTUNGEN IN GESUNDHEITSBERUFEN AUS DER SICHT VON BREMER EXPERTINNEN UND EXPERTEN

In der vorangegangenen datengestützten Darstellung wurden ausgewählte Berufsgruppen betrachtet. Spezifische gesundheitliche Belastungen wie auch mögliche Verbesserungen hängen jedoch nicht nur von der jeweiligen Berufsgruppe ab, sondern auch vom Beschäftigungsort. Ambulant tätige Pflegekräfte arbeiten unter anderen Bedingungen als Pflegekräfte im Krankenhaus. Aus diesem Grunde sind die Beiträge der Expertinnen und Experten nach dem stationären und dem ambulanten Sektor differenziert.

Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit unterliegen einer Reihe von rechtlichen Regelungen. In den Krankenhäusern des Landes Bremen wurden und werden Gesundheitsförderungskonzepte erstellt, die über diese Regelungen hinausgehen. Die Konzepte differieren zwischen den einzelnen Häusern – sowohl hinsichtlich des Standes der Fertigstellung und Umsetzung wie auch inhaltlich. Das derzeit am weitesten fortgeschrittene Konzept wurde vom Zentralkrankenhaus Sankt-Jürgen-Strasse erstellt.

Für den vorliegenden Bericht haben die Leiterin des Zentralen Psychologischen Dienstes des ZKH Sankt-Jürgen-Strasse sowie Betriebsärztinnen und Betriebsärzte aus verschiedenen Bremer Krankenhäusern Beiträge verfasst. Neben den belastenden Faktoren und Entwicklungen zeigen sie an ausgewählten Beispielen, wie den Belastungen in Krankenhäusern entgegengewirkt werden

kann. Dabei handelt es sich nicht um eine Bestandsaufnahme aller in Bremer Krankenhäusern angestrebten oder durchgeführten gesundheitsfördernden Projekte – es sind vielmehr einige gelungene Beispiele.

3.6.1 DIE RAHMENBEDINGUNGEN IN KRANKENHÄUSERN VERÄNDERN SICH

Ein Beitrag von Frau Helga Loest, Leiterin des Zentralen Psychologischen Dienstes des Zentralkrankenhauses Sankt-Jürgen-Strasse

An kaum einem anderen Arbeitsplatz werden so vielfältige Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestellt wie im Krankenhaus. Sie müssen technikintensive und personenbezogene Leistungen im ständigen Wechsel miteinander verbinden. Durch die Gesundheitsstrukturgesetzgebung wurden die Anforderungen noch verstärkt. Krankenhäuser sind gleichzeitig in fachlicher wie in ökonomischer Hinsicht unter Druck geraten. Sie müssen weg von ihrem traditionellen Auftrag, der primär eine stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten vorsah, und sich zu einem Gesundheitszentrum entwickeln, das umfangreiche medizinische, pflegerische und psychosoziale Dienstleistungen bereithält. Dieser Strukturwandel muss geleistet werden, um konkurrenzfähig zu bleiben und am Markt Bestand zu haben. Besser gesagt, muss er von den Beschäftigten des Krankenhauses geleistet werden. Und das bei immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen, die Sparzwänge und damit einhergehende Stellenreduzierungen mit sich bringen. In dieser Phase des gesundheitspolitischen Umbruchs sind Krankenhausbeschäftigte, die sich nicht nur um die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten, sondern auch um die eigene kümmern, von besonderer Wichtigkeit. Und mindestens genauso wichtig sind Krankenhausleitungen, die den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Managementaufgabe verstehen.

3.6.2 EIN INTEGRIERTER ANSATZ DES ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZES

Ein Beitrag von Herrn Dr. Hubertus von Schwarzkopf, Betriebsärztlicher Dienst des Zentralkrankenhauses Sankt-Jürgen-Strasse:

¹⁷ Nach Auskunft des Bremer Landegewerbearztes kann z.B. für die Anerkennung von Infektionskrankheiten ein positiver Antikörpernachweis ausreichen. Solche "stummen Immunisierungen" werden im öffentlichen Dienst häufiger bekannt als im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Seit den 70er Jahren wird aktiver Arbeitsschutz in den Betrieben durchgeführt. So sind Risiken im Zusammenhang mit Hebe- und Tragevorgängen verbessert worden. Die Lasten/ Gewichte sind in der Regel deutlich reduziert worden und für die Transfers der Patienten sind immer bessere Hilfsmittel vom Patientenlifter bis hin zum Rollbrett angeschafft worden. Aber auch Projekte zur Verhaltensänderung (beispielsweise die Initiative "Arbeiten ohne Rückenschmerzen", die gemeinsam mit der physiotherapeutischen Abteilung des Hauses durchgeführt wurde), tragen zur Verbesserung beim Umgang mit Trage- und Hebearbeiten bei. Ebenfalls viele Aktivitäten sind im Zusammenhang mit den Gefahrstoffen realisiert worden: Es sind Gefahrstoffkataster erstellt worden, es hat in fast allen Bereichen eine Ersatzstoffprüfung stattgefunden und die persönlichen Schutzausrüstungen für die Mitarbeiterinnen sind deutlich verbessert worden. So war der Infektionsschutz Gegenstand einer Kampagne aller Bremer Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit der Unfallkasse der Freien Hansestadt Bremen von 1990 bis 1995. Diese Kampagne hat zu der Anschaffung guter Abwurfssysteme geführt, gleichzeitig auch wesentlich dazu beigetragen, dass die Häuser Bremens zu den ersten gehörten, die nur puderfreie Latexhandschuhe zum Einsatz brachten. In der Folge dieser Kampagne haben vier bremische Krankenhäuser im Jahr 2000 die Waschlotionen und die Hautpflegelotionen auf duftstofffreie Produkte umgestellt. So sehr sich der Umgang mit den physikalischen, biologischen und chemischen Risiken verändert und verbessert hat, zeigt sich, dass Stress und psychische Belastungen weit oben stehen. Eine Befragung von 30 Pflegebereichen im ZKH St.-Jürgen-Strasse¹⁸ nach hohen/häufigen Belastungen ergab, dass die Belastung durch Heben und Tragen noch immer den ersten Platz einnimmt, jedoch dicht gefolgt ist von emotionaler Belastung sowie Arbeitsdichte und Stress (vgl. Abb. 3.2).

Für diese neuen Belastungen in der Wahrnehmung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedarf es eines erweiterten integrierten Ansatzes, der über den klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz hinausgeht. Es gibt keine einfachen Lösungen, aber es gibt Möglichkeiten. Wie diese – insbesondere für weibliche Beschäftigte – aussehen können, zeigen die folgenden Beispiele:

- Schwangerschaftsarbeitsplätze für die Zeit des Mutterschutzes, insbesondere für schwangere Ärztinnen;
- Teilzeitarbeitsplätze mit planbaren Zeiten für Frauen mit kleinen Kindern;
- Fachliche Weiterbildung, um den neuen Anforderungen Rechnung tragen zu können, aber auch als

Beitrag zur sozialen Sicherheit;

- Stufenpläne mit rehabilitativem Charakter für kranke und leistungsgeminderte Mitarbeiterinnen, so dass sie ihren Fähigkeiten entsprechend einen adäquaten Arbeitsplatz bekommen. Die Organisation dieser Pläne liegt in der Verantwortung der Betriebe, allerdings gibt es beratende und z.T. auch finanzielle Unterstützung von Externen. Hier handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die eine Zusammenarbeit der Unternehmen mit den Arbeitsämtern, den Rententrägern und Berufsgenossenschaften nötig macht;
- Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes. Zumindest in der Krankenpflege werden fast immer Freizeitausgleiche gewährt. Die Regelarbeitszeit kann von den meisten Ärzten nicht eingehalten werden. Dieses betrifft sowohl Pausenregelungen als auch die Überstunden. Zum kleinen Teil werden die Überstunden bezahlt, zu einem anderen Teil wird Freizeitausgleich gewährt und der dritte Teil sind Überstunden, die in der Regel erfasst werden, aber für die kein Ausgleich angeboten wird.
- eine aktive Personalentwicklung, d.h. eine gute Mischung von jung und alt, von Teilzeit- und Vollzeitkräften. Sie kann dazu beitragen Teams zu motivieren.

Insbesondere bei weiblichen Beschäftigten sind auch biographische Aspekte einzubeziehen, wie hier am Beispiel von Krankenschwestern kurz dargestellt wird:

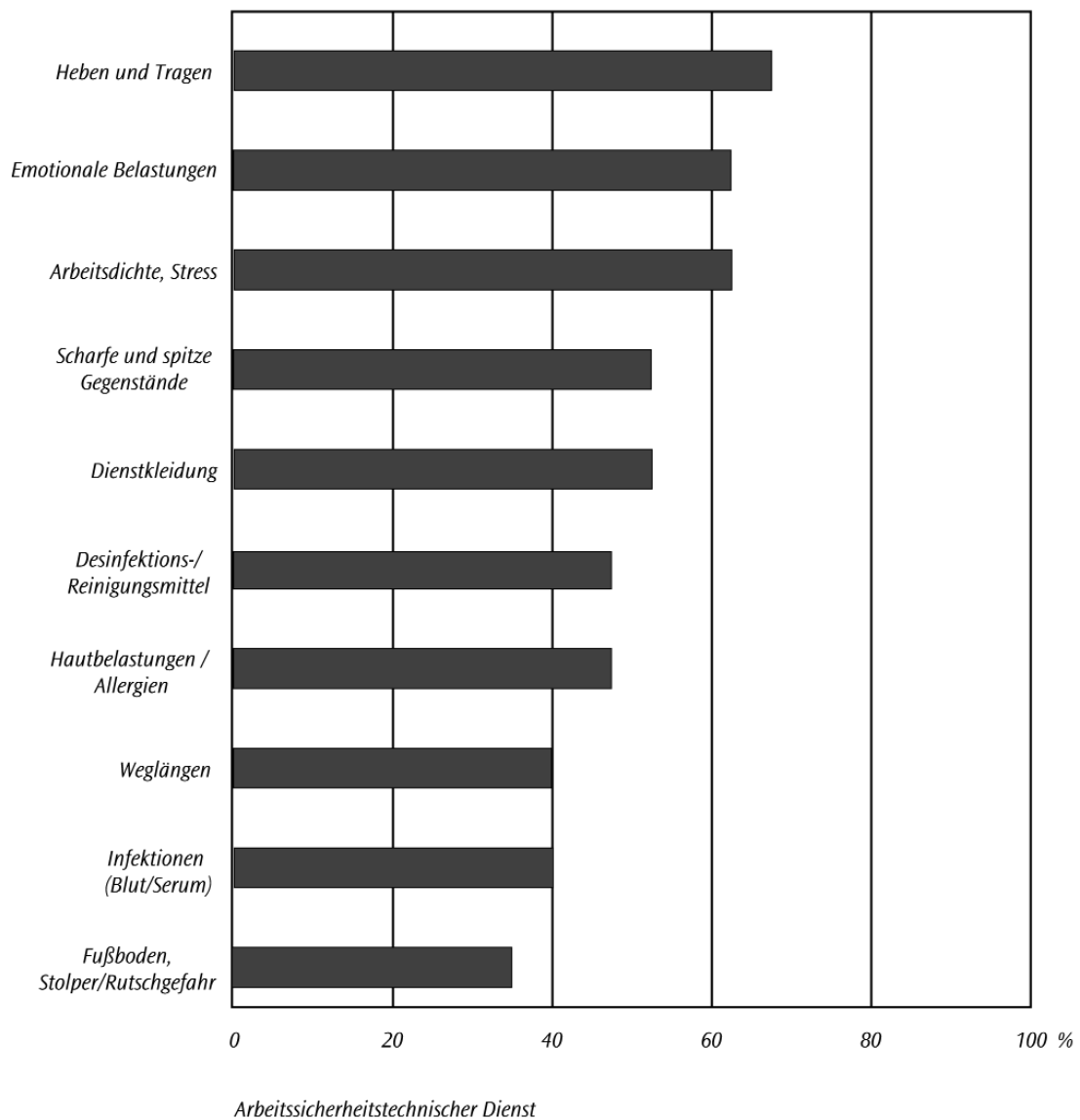
1. Aufstieg oder Ausstieg: Nach der Ausbildung sammeln junge Frauen erste berufliche Erfahrungen. Viele Krankenschwestern brechen aber ihre berufliche Weiterentwicklung ab und suchen sich berufliche Alternativen, sei es im Studium oder auch in anderen Berufen, weit ab vom Gesundheitswesen. D.h. diese Altersgruppe ist noch sehr flexibel und offen für Weiterbildungs- und Entwicklungschancen. Auch wenn sie den Beruf nicht wechseln, ist dieses eine Phase, in der die Weiterbildung, d.h. Weiterbildung zur Stationsleitung oder auch zu einer Fachkrankenschwester, ein wichtiges Segment darstellt.
2. Familiengründung: Andere junge Frauen gründen in dieser Phase eine Familie, die dann den Schwerpunkt für sie darstellen, indem sie auf Teilzeitbeschäftigung gehen oder Erziehungsurlaub wahrnehmen.
3. Älterwerden im Beruf: Die älteren Krankenschwestern haben ein hohes Maß an beruflichen Erfahrungen, aber mit zunehmendem Alter steigt die Morbiditätsrate, so dass vorübergehend und zum Teil auch dauerhafte Leistungseinschränkungen auf der körperlichen Ebene entstehen.

¹⁸ Eine Differenzierung nach Geschlecht wurde nicht vorgenommen

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Abbildung 3.2:

Ergebnisse einer Mitarbeiter/-innenbefragung zu häufigen/hohen Gefährdungen und Belastungen im Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße (Stationspflege, Tageskliniken, Intensivpflege)



3.6.3 HILFE UND UNTERSTÜTZUNG BEI PSYCHISCHEN BELASTUNGEN IM ZENTRALE KRAKENHAUS ST.-JÜRGEN-STRASSE

Ein Beitrag von Frau Helga Loest, Leiterin des Zentralen Psychologischen Dienstes

Nicht nur körperliche Beeinträchtigungen der Krankenhausmitarbeiter/-innen gilt es zu verhindern bzw. einzudämmen, sondern auch seelische, die zumeist mit Stress einhergehen. Menschen in helfenden Berufen leiden an einer besonderen Art von Stress. Sie sind ständig mit körperlichem, seelischem und sozialem Elend konfrontiert. Sie müssen sich von Berufs wegen damit auseinandersetzen, sich um ihre Patientinnen und Patienten kümmern und so die eigene Person zurückstellen. Nicht selten überfordert dieses Helfen so, dass die Helfer am Leid ihrer Patientinnen und Patienten zu leiden beginnen. Das langsame Sterben der Seele, das in die Fachwelt unter dem Begriff "Burn-out-Syndrom" eingegangen ist, nimmt hier seinen Lauf.

Burn-out ist wie ein Schmelzbrand. Die Betroffenen merken zunächst kaum, wie sie geistig nicht mehr so frisch sind, sich schlechter konzentrieren können, ihnen Details entgehen. Diese ausgebrannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter "funktionieren" noch, ihre Seele ist aber nicht mehr mit der Einfühlbarkeit und Begeisterungsfähigkeit wie am Anfang ihrer Berufstätigkeit dabei. Schließlich können psychosomatische Krankheitssymptome wie Magenbeschwerden, Schlaflosigkeit oder Kreislaufstörungen auftauchen. Dann zwingt der Körper einen Menschen, sich um das eigene Wohl zu kümmern.

Der Zentrale Psychologische Dienst des ZKH Sankt-Jürgen-Strasse ist nicht nur für die psychologische bzw. psychosomatische Patient/-innenarbeit zuständig, sondern auch für die insgesamt 3.700 – überwiegend weiblichen – Beschäftigten (der Frauenanteil beträgt nahezu 80%). Das Angebot des Zentralen Psychologischen Dienstes umfasst:

- Kurse zum Erlernen des Autogenen Trainings: Viele Beschäftigte können aufgrund der Arbeitsbelastungen zu Hause nicht so leicht "abschalten" und damit wird ihre Regenerationszeit nachhaltig beeinträchtigt. Das Erlernen bestimmter Entspannungstechniken hat sich hier als sehr hilfreich erwiesen.
- Kurse zur Stressbewältigung: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen in diesem Training alltagstaugliche Methoden, um Stress abzubauen. Dieses Training

ist insbesondere für Frauen ein Gewinn, weil sie durch Doppel- und Dreifachbelastung (Haushalt/Mutterrolle) häufig mit vielen und teilweise sich widersprechenden Anforderungen konfrontiert werden.

- Supervision und Beratung für alle Beschäftigten: Supervision schafft emotionale Entlastung und ermöglicht eine angemessene Distanz zu Problemstellungen des Arbeitsalltags und wird von den Mitarbeiter/-innen des Zentralkrankenhauses Sankt-Jürgen-Strasse vermehrt in Anspruch genommen. Sie ist eine sehr geeignete Methode, um der Burnout-Problematik vorzubeugen und damit die seelische Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entscheidend positiv zu beeinflussen.
- eine Anlaufstelle bei psychischen Krisen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Der Zentrale Psychologische Dienst wird im Sinne einer Krisenintervention entweder selbst tätig oder vermittelt an externe Einrichtungen im psycho-sozialen Bereich. Hierunter fallen auch Mitarbeiterinnen, die sich durch Vorgesetzte oder Kolleginnen gemobbt fühlen.

3.6.4 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ZENTRALE KRAKENHAUS ST.-JÜRGEN-STRASSE

Ein Beitrag von Herrn Dr. Hubertus von Schwarzkopf und Frau Helga Loest

Um alle Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung zu bündeln, wurde 1999 ein Ausschuss für Betriebliche Gesundheitsförderung (ABG) gegründet, in dem die Direktion, der Personalrat, die Frauenbeauftragte, die Schwerbehindertenvertretung sowie alle relevanten Dienste des Hauses vertreten sind.

Aus der Notwendigkeit heraus, sich den neuen Belastungen wie Arbeitsorganisation, Stress und emotionale Belastungen zu stellen, hat das Krankenhaus ein integriertes Konzept betrieblicher Gesundheitsförderung verabschiedet. Auf dessen Grundlage werden gesundheitliche Probleme von Beschäftigten aufgegriffen und im Rahmen zeitlich befristeter Projekte abgearbeitet.

Hier sind Projekte zu nennen, die mit verschiedenen Pflegestationen, OPs, den Transportdiensten und Schnittstellen zwischen Verwaltung und Patientenversorgung realisiert werden. Diese Ansätze der betrieblichen Ge-

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

sundheitsförderung beinhalten neben der Gefährdungsanalyse auf der Ebene der Maßnahmenentwicklung auch Elemente der Personalentwicklung und der Organisationsentwicklung, wie folgende Beispiele zeigen:

- Frauenarbeitsplätze für junge, insbesondere alleinerziehende Mütter (gibt es seit einigen Jahren, allerdings in begrenzter Anzahl);
- ein standardisiertes Verfahren zur Beschäftigung von schwangeren Frauen. Dies beinhaltet inzwischen für jede Berufsgruppe einen formalisierten und verabschiedeten Arbeitskatalog, der von dem Vorgesetzten der Schwangeren überreicht wird und von beiden unterzeichnet wird. Außerdem werden die Schwangeren durch Beratungen seitens der Personalabteilung, der Frauenbeauftragten, des Personalrates und des Betriebsärztlichen Dienstes begleitet;
- das Angebot innerbetrieblicher Fortbildung. Es ist inzwischen über die Krankenpflege hinaus auch auf andere Berufsgruppen ausgeweitet worden. Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung bietet sowohl fachliche Weiterqualifikation als auch Unterstützung auf der Ebene der sozialen und kommunikativen Kompetenz an, sowie auch Angebote zur Gesundheitsförderung.

Diese Prozesse finden in enger Abstimmung und Koordination mit anderen hausinternen Einrichtungen wie Innerbetriebliche Fortbildung, Qualitätsmanagement und anderem statt. Sie sind von einem hohem Maß an Beteiligungen geprägt.

Im Jahr 2000 wurde erstmals ein Aktionstag für betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt. Diese Gesundheitswerkstatt soll künftig alljährlich durchgeführt werden.

3.6.5 RÜCKENSCHULPROJEKT IM ZENTRALE KRAKENHAUS BREMEN OST

Ein Beitrag von Frau Dr. Christa Meyer, Betriebsärztlicher Dienst

Da die Rückenbelastung in Abhängigkeit von der Tätigkeit und dem Beruf der einzelnen Mitarbeiter/-innengruppen sehr unterschiedlich ist, entwickeln wir dementsprechend verschiedene berufsspezifische Rückenschulmodelle.

Modell 1 für Mitarbeiter/-innen der Krankenpflege, dem

Patientenbegleitedienst und in der Radiologie tätigen MTAs

- 8 Wochen je 60 Minuten pro Woche Rückenschule mit einer Gymnastiklehrerin (Krankenschwester mit entsprechender Weiterbildung);
- nach etwa 4 Wochen ein Seminartag (8.30 - 16.00 Uhr) mit Theorie und praktischen Übungen am Bett mit kleinen und großen Hebehilfen unter Einbeziehung von Techniken nach Bobarth und Kinästhetik (Frau Beck, Gesundheitspädagogin und Physiotherapeutin, Hamburg).

Modell 2 für Mitarbeiter/-innen der Krankenpflege auf der Intensivstation

- An zwei aufeinanderfolgenden Tagen gab es zunächst für Mitarbeiter/-innen des Spätdienstes vorgeschaltet drei Stunden Theorie, anschließend Anleitung am Arbeitsplatz durch Frau Beck;
- für Mitarbeiter/-innen des Frühdienstes am folgenden Tag zunächst praktische Anleitung am Arbeitsplatz, anschließend drei Stunden Theorie.

Modell 3 für Reinigungsdienst und Küche

- Über einen Zeitraum von 12 Wochen gab es 60 Minuten/Woche Rückenschule unter Einbeziehung der am Arbeitsplatz notwendigen Bewegungsabläufe mit einer Gymnastiklehrerin (Krankenschwester mit entsprechender Weiterbildung).

Modell 4 für Verwaltungsangestellte

- Auf eigenen Wunsch 5 Wochen lang 1x pro Woche im Anschluss an die Arbeit 90 Minuten Rückenschule mit einer Krankengymnastin aus unserem Haus.
- In der 6. Woche 90 Minuten Theorie über Ergonomie am Bildschirmarbeitsplatz, mögliche gesundheitliche Belastungen und anschließender Begehung der Arbeitsplätze durch mich.

Diese vier Rückenschulmodelle wurden zweimal pro Jahr mit maximal 15 Teilnehmerinnen pro Kurs durchgeführt. Die Kurse wurden bei regelmäßiger Teilnahme halb als Arbeitszeit angerechnet. Die Gymnastiklehrerin war uns zunächst von der AOK zur Verfügung gestellt worden. Als die AOK aus der Prävention ausschied, wurde die Lehrerin von uns weiter eingesetzt. Die Bezahlung der verschiedenen Rückenschulmodelle erfolgte durch unser Krankenhaus. Die Unfallkasse hat nach meinem Kenntnisstand einen Teil der Kosten übernommen.

Der Arbeitgeber bestand darauf, dass jeder Mitarbeiter bzw. jede Mitarbeiterin nur ein Mal in den Genuss der Rückenschule kommen sollte und sie als einen Anstoß zu privatem Engagement betrachten sollte. Viele Mitarbeiter/-innen aus Reinigungsdienst und Küche waren an Wiederholungskursen sehr interessiert. M. E. bringt gerade die regelmäßige Wiederholung erst den Erfolg, auf der anderen Seite sollten Mitarbeiter/-innen auch eigenständig Initiativen ergreifen.

Die Kurse wurden 1995/96 entwickelt. Die Organisation der Kurse gestaltete sich im Bereich von Küche, Reinigungsdienst und Pflege zunehmend schwierig. Nach mehreren Kursen fanden sich nicht mehr genügend Interessierte. Sie wurden 1998 eingestellt. Die Ursachen für das mangelnde Interesse und die Beteiligung dürften vielfältig sein. Zur Zeit wird in unserem Hause an dem Konzept zur Gesundheitsförderung gearbeitet. Möglicherweise werden in diesem Rahmen Ansätze für eine Rückenschule entwickelt, die den Bedürfnissen und Anforderungen der Mitarbeiter/-innen unseres Hauses eher entsprechen.

3.6.6 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM REINIGUNGSDIENST IM ZENTRALE KRAKENHAUS LINKS DER WESER

Ein Beitrag von Frau Dr. Margrit Gotzmann, Betriebsärztlicher Dienst

In unserem Betrieb sind ca. 100 Frauen im Reinigungsdienst tätig. Das Durchschnittsalter liegt bei knapp 46 Jahren. Die Frauen arbeiten überwiegend in Teilzeitarbeit von 4 Std. pro Tag im Mehrschichtsystem von 05.00 Uhr bis 19.00 Uhr. Neben den vielen Frauen, die keine Berufsausbildung haben, gibt es auch einen Großteil der Mitarbeiterinnen, die aufgrund von Erziehungspausen nach vorheriger qualifizierter Berufsausbildung als Wiedereinstieg im Reinigungsdienst tätig sind.

1995 entschied sich unser Betrieb gegen ein Outsourcing der Dienstleistung „Reinigung“. Die Abteilung wurde reorganisiert und durch Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiterinnen konnte die Qualität der Leistung gesteigert werden. Aufgrund der sich daraus ergebenden Arbeitsverdichtung ergab sich für den Betrieb zwingend die Frage, mit welchen Maßnahmen die Mitarbeiterinnen in der Ausübung ihrer Tätigkeit unterstützt werden können. So stand zunächst im Vordergrund, sich die beson-

deren Belastungen und Risiken der Tätigkeit in Reinigungsdienst in einem Krankenhaus anzuschauen:

Infektionsgefahr: Zwangsläufig bestehen in einem Krankenhaus, im Gegensatz zu Reinigungstätigkeiten in anderen Betrieben, erheblich höhere Infektionsgefahren für die Mitarbeiterinnen der Gebäudereinigung. Dabei ist es wichtig, einen hohen Hygienestandard bei der Reinigung zu erreichen, damit sowohl andere Patient/-innen als auch die Mitarbeiter/-innen des Hauses vor Infektionen geschützt werden. Zusätzlich steht bei den Mitarbeiterinnen im Reinigungsdienst natürlich auch der Selbstschutz im Vordergrund. Um den hohen hygienischen Anforderungen eines Krankenhausbetriebes gerecht zu werden, wurden zunächst einmal Reinigungspläne für alle Bereiche des Reinigungsdienstes erarbeitet. Diese wurden in enger Zusammenarbeit mit der Leitung des Reinigungsdienstes und unserer Hygienefachkraft erstellt. Diese Pläne erhalten genaue Anweisungen, was wie oft und wie gereinigt wird. Diese Standards wurden den Mitarbeiterinnen durch Hygieneschulungen vermittelt.

Feuchtarbeit: Reinigungstätigkeiten zählen klassischerweise zu dem Bereich der Feuchtarbeit, bei der einerseits eine starke Hautbelastung durch Arbeiten mit nassen Materialien, andererseits durch Arbeiten mit Hitze und Feuchtigkeitsstau in Schutzhandschuhen gegeben ist. Der unsachgemäße Umgang mit Chemikalien stellt eine zusätzliche Hautbelastung dar. Bereits 1995 wurde in allen Bremer Krankenhäusern in Zusammenarbeit mit der Unfallkasse Bremen eine Hautschutzkampagne durchgeführt. Mit Multiplikatorenschulungen im Haus, Thematisierung bei den betriebsärztlichen Untersuchungen und Informationsmaterial für die Mitarbeiterinnen, wurde ein entsprechendes Problembewusstsein geschaffen. Im Rahmen dieses Prozesses wurden auch in unserem Haus die genutzten Produkte optimiert.

Die Mitarbeiterinnen des Reinigungsdienstes wurden zusätzlich in der Hygieneschulung auf die Notwendigkeit des Schutzes vor den verwendeten Chemikalien unterwiesen. Dabei ist die Nutzung des „optimalen“ Handschuhs ein wichtiger Baustein.

Starke körperliche Belastung: Ein Problem des Reinigungsdienstes sind die extremen Arbeitshöhen, das Arbeiten in Zwangshaltung und die Bewältigung von Lasten. So sind häufige Erkrankungen im Bereich des Schulter- und Nackengürtels, sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule die Folge.

Um mit den Mitarbeiterinnen Entlastungsmöglichkeiten zu erarbeiten, führten wir 1998 ein ergonomisches

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Schulungskonzept „Bewusst Bewegen im Reinigungsdienst“ ein. Dies ist eine Modifikation eines Konzeptes der Fachhochschule für Ökotrophologie in Hamburg unter der Leitung von Frau Prof. Huth. Bis zur Jahresmitte 2000 waren bereits 82% der Mitarbeiterinnen des Reinigungsdienstes zu ergonomischen Arbeitstechniken geschult. Die Schulung wird vom Betriebsärztlichen Dienst in Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaftsleitung durchgeführt. Diese Schulung wurde durch Befragung der Mitarbeiterinnen mehrere Monate nach Beendigung der Schulung evaluiert. Dabei zeigte sich nicht nur eine deutlich verbesserte Körperwahrnehmung, sondern auch eine hohe Bereitschaft zur Veränderung der eigenen Routine. Zusätzlich wurde entsprechend den ergonomischen Erkenntnissen das Arbeitsgerät verbessert. Auch dieses ist als kontinuierlicher Prozess zu sehen. So werden immer wieder Anregungen der Mitarbeiterinnen aus den Schulungen an die Hauswirtschaftsleitung weitergegeben, die je nach Möglichkeit diese umsetzen.

Geringe Wertschätzung: Die Tätigkeit des Reinigungsdienstes wird sowohl von anderen Berufsgruppen als auch von der Berufsgruppe der Reinigenden selbst häufig als minderwertige Tätigkeit eingestuft. Da die geringe Wertschätzung ein wichtiger Belastungsfaktor dieser Berufsgruppe war, sind verschiedene Maßnahmen der Professionalisierung angegangen worden – angefangen bei professionellerem Äußeren. Der Reinigungsdienst bei uns ist in der Berufskleidung farblich gekennzeichnet. Um bei den Mitarbeiterinnen ausreichend Bewegungsfreiheit in der Berufskleidung sicherzustellen, arbeiten diese überwiegend in weitgeschnittenen Hosenanzügen. Problematisch bleibt zur Zeit leider weiterhin das Schuhwerk. Zur Zeit werden mehrere Ansätze geprüft, wie der Betrieb die Mitarbeiterinnen beim Kauf des richtigen Schuhwerkes unterstützen kann.

Ein weiterer Aspekt war die Klärung von Schnittstellen, insbesondere im Bereich der Pflege. Lange waren die Mitarbeiterinnen des Reinigungsdienstes auf den Stationen als „Mädchen für alles“ im Einsatz – vom Blumen gießen bis zum Zeitung holen für die Patientinnen. Heute sind die Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen im Rahmen des Reinigungsdienstes klar festgelegt. Aufgrund der durchgeführten Schulung dieser Berufsgruppe hat sich zunehmend ein Teamgeist gebildet, der auch das Selbstbewusstsein der Mitarbeiterinnen stärkt. Als letzter wichtiger Punkt war uns die Information anderer Berufsgruppen wichtig. So wurde im Sommer 2000 eine hausinterne Präsentation der Qualifizierungsmaßnahmen des Reinigungsdienstes

als Ausstellungswand in der hauseigenen Kantine durchgeführt.

Die Umstrukturierung der Abteilung mit der Anforderung der Leistungsverbesserung und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen wurde im Sommer 2000 abgeschlossen. Dennoch ist Gesundheitsförderung immer als kontinuierlicher Prozess zu sehen. Das heißt, dass auch in Zukunft die Mitarbeiterinnen weiter qualifiziert werden müssen und dass ständig an Verbesserungen gearbeitet werden muss. Nur durch Kontinuität und Kooperation lassen sich arbeitsplatzbedingte Gesundheitsgefahren erkennen und minimieren.

3.6.7 FRAUEN IN DEN AMBULANTEN DIENSTEN DER HAUS- UND KRANKENPFLEGE IM LAND BREMEN

Ein Beitrag von Frau Carola Bury, Arbeitnehmerkammer Bremen

Die ambulante Pflege ist mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes 1995 in das Blickfeld der breiten Öffentlichkeit gerückt. In den letzten Jahren hat dieser relativ junge Zweig der ambulanten Versorgung eine rasante Entwicklung mit erheblichen Veränderungen erlebt.

Dabei ist insbesondere die ambulante Pflege in ihrer Ausgestaltung in hohem Maß von gesundheitspolitischen Vorgaben und gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen abhängig. Finanzknappheit, die Situation der Pflegebedürftigen, die Qualität des Pflegeangebotes sowie Qualitätsmängel, Missbrauch und betrügerische Abrechnungen sind in den letzten Jahren in den Medien aufgegriffen worden. Dagegen haben Arbeitsmarkteffekte, die Situation der Beschäftigten, Ausbildungsfragen und Verschlechterungen der Beschäftigungsverhältnisse bislang nur wenig Aufmerksamkeit auf sich gezogen.

Es ist für diesen Wirtschaftsbereich bezeichnend, dass häufig Daten und Informationen für zentrale Fragestellungen fehlen. Bislang liegen nur erste wenige wissenschaftliche Untersuchungen vor, die auch die Personalstruktur oder gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten berücksichtigen.

Dabei ist es an der Zeit, die Situation genauer zu untersuchen und zu beobachten, um damit auch verschiedenste Probleme anzugehen. Über die auffallenden Strukturmerkmale hinaus (Frauenarbeitsbereich, unterschiedliche

Tabelle 3.19: Zahl der ambulanten Pflegedienste im Land Bremen

	Bremen-Stadt	Bremerhaven	Land Bremen
1995/96*	20	7	27
1998	82	35	117
2000	97	29	126

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

*= vor Einführung der Pflegeversicherung

Größe und Rechtsform der Betriebe, hoher Anteil kleinbetrieblicher Strukturen, ungünstige Arbeitszeiten, Schichtarbeit und gesundheitliche Belastungen) ist seit einigen Jahren eine nachhaltige Umstrukturierung in der Trägerlandschaft im Gang, die auf das hohe Konfliktpotential und die sensible Situation verweist.

Für den hier vorliegenden Bericht wurde auf allgemein zugängliche Zahlenangaben einzelner Institutionen und des Statistischen Landesamtes Bremen zurückgegriffen, die durch Literaturangaben ergänzt wurden. Zudem wurden in einem Workshop im Februar 2000, an dem Beschäftigte aus bremischen ambulanten Pflegediensten teilnahmen, verschiedene Fragestellungen erörtert, die anschließend in Einzelgesprächen mit Vertreter/-innen aus der Alten- und Krankenpflege und mit Expert/-innen ergänzt wurden.

Es wäre wünschenswert, wenn künftig auf der Grundlage quantitativer und qualitativer Erhebungen ein genaueres Bild zu den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und ihrer gesundheitlichen Belastungen in Bremen möglich würde.

Beschäftigungsverhältnisse

Besonders auffallend – auch im Vergleich zu anderen Bundesländern – ist in Bremen der hohe Anteil von Personal in Teilzeitbeschäftigung. Das Wissenschaftliche Institut der AOK gibt für das Jahr 1997 folgende Verhältnisse für Bremen an: Danach arbeiteten nur 34% in Vollzeit, 39% in Teilzeit und geringfügig Beschäftigte machten noch 27,2% der Beschäftigten aus. Neuere Zahlen belegen, dass inzwischen nur noch etwa ein Viertel der Beschäftigten in Vollzeit erwerbstätig sind (vgl. Tabelle 3.20).

Dieser Trend zur Teilzeitbeschäftigung mag zu einem Teil den besonderen Belangen von Frauen Rechnung tragen,

zugleich wirft dies aber auch Fragen nach gesundheitlichen Belastungen und besonderen strukturellen Eigenheiten der Arbeitsorganisation auf. Dies gilt umso mehr, als auch Betroffene in den letzten Jahren von einer Zunahme der Teilzeitbeschäftigung aus den letztgenannten Gründen berichteten. Sowohl für Vollzeitbeschäftigte als auch für Teilzeitbeschäftigte stellen die sogenannten „geteilten Dienste“ eine besondere Belastung dar. Hierbei beginnen die Dienstzeiten vor 8.00 Uhr und enden erst nach 19.00 Uhr¹⁹. „Geteilt“ werden die Einsatzzeiten durch eine lange Arbeitsunterbrechung. In einigen Pflegediensten bzw. bei einigen Fällen bestehen sogar dreiteilige Schichten (Früh-/Mittag-/Abendversorgung) mit jeweiligen Unterbrechungen von ca. 2 bis 3 Stunden.

Von Seiten der Arbeitnehmer/-innen wird vorgetragen, dass rein rechnerisch – bedingt durch die geteilten Dienste – häufig keine Vollzeitbeschäftigung möglich sei. In der Regel bedeutet dies eine erzwungene Teilzeitarbeit, die in Verbindung mit den vergleichsweise niedrigen Gehaltstarifen eine eigenständige Existenzsicherung verhindert.

Arbeitszeiten

Ein wesentliches Merkmal aller ambulanten Dienste ist Schichtarbeit. Dabei gibt es eine Vielzahl von Arbeitszeitmodellen, insbesondere auch von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung. Da die Pflegeversorgung auch an Wochenenden sichergestellt werden muss, bedeutet dies in der Regel für alle Beschäftigten regelmäßige Wochenendarbeit, zumeist 14-tägig. Auch diese Regelungen können einerseits den Belangen von Frauen nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf entgegenkommen, andererseits können sie den individuellen Arbeitszeitwünschen entgegenstehen und besondere gesundheitliche und psychische Belastungen mit sich bringen.

¹⁹ Der Arbeitsbeginn liegt in der Regel zwischen 6.30 und 7.00 Uhr. Umgangssprachlich wird häufig von einer "langen Pause" gesprochen. Im arbeitsrechtlichen Sinne ist dies aber als Arbeitsunterbrechung zu bezeichnen.

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Tabelle 3.20: Personal in ambulanten Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis, 15.12.1999						
	Land		Bremen-Stadt		Bremerhaven	
Personal insgesamt	2.749		2.110		639	
Vollzeit	727	26%	539	26%	188	29%
Teilzeit über 50%	1.022	37%	735	35%	287	45%
50% und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	345	13%	292	14%	53	8%
Geringfügig beschäftigt	621	23%	520	25%	101	16%
Praktikant/-innen, Zivildienstleistende, Sonstige	34	1%	24	<1%	10	2%
Statistisches Landesamt						

Gesundheitliche Belastungen

Körperliche und psychische Belastungen der Pflegenden haben in den letzten Jahren durch verschiedene gesundheitsökonomische Vorgaben, wie z.B. durch die Richtlinie für verordnungsfähige Maßnahmen zugenommen²⁰. Es sind immer mehr Pflegefälle pro Pflegeperson und Tag zu bewältigen. Die besonders rigiden Zeitvorgaben für einzelne Tätigkeiten, die nahezu alle sozialen und individuellen Besonderheiten der Patient/-innen negieren, sind auffallendes Merkmal der Entwicklung von Vorgaben in der ambulanten Pflege, die eine Arbeitsverdichtung zur Folge haben. Insbesondere die neuen Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege seit dem 1.7.2000 lassen den Pflegekräften nur noch wenig Spielraum in der Zeitgestaltung. In der Regel kann bei einer Vollzeitbeschäftigten davon ausgegangen werden, dass sich in den letzten Jahren die Pflegefälle von 4 auf 10 pro Tag mehr als verdoppelt haben. Die striktere Trennung qualifizierter Pflegetätigkeit von hauswirtschaftlichen Leistungen erfordert hohe Flexibilität und Professionalität bei immer engeren Zeitvorgaben. Die Arbeitsverdichtung belastet dabei Pflegenden wie Patient/-innen.

Heben und Tragen: Da die Pflegekraft in der Wohnung der Patientin bzw. des Patienten meist allein ist, sind alle

Tätigkeiten, die mit Heben und Tragen verbunden sind, eine besondere Belastung für den Rücken. Technische Hilfen müssten daher stärker in Anspruch genommen werden können, als im stationären Bereich. Pflegebetten, Badelifter sowie Gehhilfen und Rollstühle müssen – teilweise nach Verordnung durch den Arzt – erst beschafft werden. Tatsächlich hat sich nach Aussagen von Pflegenden durch die Pflegekassen in der technischen Ausstattung in den letzten Jahren einiges gebessert und technische Hilfen sind in der Regel relativ schnell zu erhalten. Im privaten Haushalt stehen dem Einsatz häufig aber auch räumliche Gegebenheiten (z.B. durch kleine Wohnungen und vor allem kleine Badezimmer) und die Wünsche der Pflegebedürftigen entgegen.

Der tatsächliche Einsatz von technischen Hilfsmitteln dürfte je nach Ausbildungsstand des Personals und Unterstützung durch die Pflegedienstleitung und Pflegedienstverwaltung aber durchaus unterschiedlich gehandhabt werden. In Einzelfällen mögen Arbeitsschutz und ergonomische Maßnahmen noch als Behinderung erscheinen, häufig dürften jedoch – vor allem für die nicht Qualifizierten – auch ganz einfach die Kenntnisse fehlen. Nur wenige Pflegedienste bieten ihren Beschäftigten, die bei längerer Tätigkeit in der Pflege mehrheitlich über Rückenprobleme berichten,

²⁰ Das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, Anlage der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und Abs. 7 SGB V regelt die bei den Krankenkassen verordnungsfähigen Maßnahmen und ihre Abrechnungsmodi neu. Das Leistungsspektrum wurde dadurch auf rein medizinische Maßnahmen begrenzt.

Weiterbildungskurse oder Rückenseminare an. Einer Teilnahme stehen aber selbst bei diesen wenigen Ausnahmen auch finanzielle Eigenbeteiligung und/oder die Nichtanrechnung von Arbeitszeit entgegen.

Psychische Belastungen: Durch die immer enger gefassten gesetzlichen Bedingungen und Auflagen der Krankenkassen werden die Dienstleistungen auf den Kernbereich pflegerischer Versorgung reduziert. Die Notwendigkeiten, Bedürfnisse und Wünsche der alten und kranken Menschen artikulieren sich hingegen im direkten Kontakt mit den Pflegepersonen. Immer wieder wird von den psychischen Belastungen berichtet, die durch die Vermittlung der Grundsätze der Pflegeversicherung, ihrer begrenzten (bzw. nicht honorierten) Leistungen und den engen Vorgaben der Unternehmen und der Einsatzplanung vorgegeben werden. Diese führen dazu, dass Wünsche häufig zurückgewiesen werden müssen.

Unfallrisiken: Über die bekannten Infektions- und Unfallrisiken der medizinischen Berufe hinaus besteht für die in ambulanten Diensten Tätigen ein erhöhtes Unfallrisiko im Straßenverkehr. Die unverhältnismäßig häufigen Unfälle auf dem Arbeitsweg in ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten nahm die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zum Anlass, eine Studie in Auftrag zu geben, die das Ursachengefüge auf arbeitsbedingten Wegen, ihre innerbetrieblichen Bedingungen und mögliche Präventionsmaßnahmen untersuchen sollte. Auf dieser wissenschaftlichen Grundlage wurde 1997 eine Kampagne gestartet, die durch Veröffentlichungen, Schulungen und Seminare ein neues Problembewusstsein schaffen sollte.

Konfliktlagen: Die Tätigkeit und Organisation eines ambulanten Pflegedienstes bringt mit sich, dass die Pflegekräfte in der Regel isoliert arbeiten und bei allen pflegerischen Erfordernissen auf sich allein gestellt sind. Dies bedeutet im Vergleich zum stationären Bereich auf der einen Seite einen Zugewinn an Entscheidungs-, Gestaltungs- und Handlungsspielräumen, auf der anderen Seite wird meist der Verlust kollegialer Unterstützung – auf allen relevanten Ebenen – beklagt.

Kooperationspartner der Pflegenden sind neben den Patientinnen und Patienten zumeist Angehörige, die in verschiedenster Art auf deren Tätigkeit und Beziehungen einwirken. Je nach Situation kann dies von den Pflegenden als zusätzliche Anforderung gesehen werden, auf die sie durch die Ausbildung häufig nicht vorbereitet wurden. Die Anspruchshaltung der Angehörigen und entspre-

chende Konflikte werden dabei teilweise als besondere psychische Belastung gesehen. Verschärft wird dies durch den Umstand, dass die Finanzierung von Leistungen durch die Pflegeversicherung begrenzt ist und häufig eine Zuzahlung der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen erforderlich wäre. Insbesondere in den Bereichen hauswirtschaftlicher und sozialer Verrichtungen stehen die ambulanten Pflegekräfte in der Konkurrenz zu den ehrenamtlich pflegenden Angehörigen. Diese Schwierigkeiten gehen einher mit einer grundsätzlichen Nicht- bzw. Missachtung der pflegerischen Tätigkeit und der beruflichen Qualifikation der Beschäftigten.

Psychosoziale Belastungen: Ein Großteil der Bremer Pflegedienste gibt an, auch Sterbende zu versorgen und zu begleiten. Diese besonders intensive und psychisch belastende Versorgung sollte in der Regel durch Supervision und psychologische Hilfestellung der Beschäftigten unterstützt werden. In den von uns geführten Gesprächen wurde aber nur in Ausnahmefällen von entsprechenden Angeboten berichtet. Noch immer scheinen selbst regelmäßige Teamsitzungen und Fallbesprechungen nicht allgemeiner Standard zu sein. Supervisionsangebote und Fortbildungen bilden eher die Ausnahme. Dabei soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass einzelne Dienste sehr gute Fortbildungsangebote entwickelt haben, die auch anderen Betrieben offen stehen.

Was hält Pflegekräfte gesund?

Schon die Fragestellung mutet zynisch an. Und häufig wurde im Gespräch mit zwei Gegenfragen geantwortet: „Was soll denn aus den Pflegebedürftigen werden, wenn ich nicht komme?“ und: „Welche Kollegin könnte denn noch eine Tour mit übernehmen, wo die Zeitvorgaben schon so eng sind?“

Zugleich enthalten alle besonderen Belastungen gegenüber dem stationären Bereich aber auch Elemente, die eine positive Bewertung durch die Pflegekräfte ermöglichen:

- Häufiger als im stationären Bereich sind die Dienstleistungen der Patientin/des Patienten klar definiert.
- Die Patientin bzw. der Patient hat eher den Status eines „Kunden“, um den Pflegedienste konkurrieren (können).
- Die Patient/-innen sind in der Regel mobiler als in der stationären Altenpflege und nehmen damit eher den Status „eines Partners/einer Partnerin“ ein.
- Der Zugewinn an Entscheidungskompetenz stärkt das Selbstbewusstsein.

- Die zeitliche Flexibilität kann familiären und persönlichen Interessen entgegen kommen.

Diese Sichtweise darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass die strukturellen inneren Widersprüche der Pflegeversicherung den Alltag in der ambulanten Pflege belasten. Hohe Qualitätsstandards bei gleichzeitiger Kostendeckung sind zumeist nicht möglich. Die Leitungen und das Management geben dabei den Kostendruck bei gleichzeitiger Qualitätsüberprüfung ebenso weiter an die Beschäftigten, wie Angehörige und Patienten Dienstleistungen einfordern.

Den Preis der finanziellen, zeitlichen und psychischen Ausbeutung und Selbstausbeutung zahlen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten.

3.7 ANSÄTZE FÜR VERBESSERUNGEN DES ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZES IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

Die vom Deutschen Gewerkschaftsbund am 25. Januar 2001 veranstaltete 6. Arbeitsschutzkonferenz in Bremen beschäftigte sich ebenfalls mit dem Thema „Arbeits- und Gesundheitsschutz in pflegenden Berufen“ – mit dem Ergebnis, dass der Fokus insbesondere auf den ambulanten Bereich gerichtet werden sollte²¹.

Die Ergebnisse der Konferenz und des vorliegenden Berichtes bildeten die Grundlage für ein Expert/-innen-gespräch speziell zum Thema „Arbeits- und Gesundheitsschutz in ambulanten Pflegediensten“, zu dem der Deutsche Gewerkschaftsbund, Kreis Bremen, eingeladen hatte. Die Expert/-innen²² erachteten folgende Maßnahmen und Handlungsansätze zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ambulanten Pflegediensten für sinnvoll.

Arbeits- und Gesundheitsschutz in ambulanten Pflegediensten sollte:

- bereits in der Ausbildung verankert werden!
In der bisherigen Ausbildung von Krankenpflegeschüler/-innen findet der gesamte ambulante Bereich wenig Berücksichtigung. Arbeits- und Gesundheitsschutz sollte zentral behandelt werden – auch speziell für den ambulanten Bereich. Dabei sollten auch Kompetenzen für ein eigenes Gesundheitsbewusstsein und -handeln vermittelt werden. Im Zuge der Neu-

strukturierung der Pflegeausbildung und Neufassung von Curricula bieten sich zum jetzigen Zeitpunkt gute Möglichkeiten für die Einbindung von Gesundheits- und Arbeitsschutz in die Ausbildung.

- in geeigneter Form Mitarbeiter/-innen und Vorgesetzten nahegebracht werden!
Informationsmangel oder nicht adäquat an den Mann oder an die Frau gebrachte Informationen scheinen trotz vieler Bemühungen derzeit noch ein Hindernis im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes darzustellen. Gefragt sind insbesondere konkrete Hilfen, zugeschnitten auf Klein- und Mittelbetriebe. Ein Ansatz ist hier sicherlich der in Kürze erscheinende „Leitfaden zur Beurteilung der Arbeitsschutzsituation in ambulanten Pflegediensten“, herausgegeben vom Länderausschuss für Arbeitssicherheit.

- entsprechend gesetzlicher Regelungen umgesetzt und kontrolliert werden!
Eine jüngst durchgeführte Untersuchung ambulanter Pflegedienste durch das Gewerbeaufsichtsamt Bremerhaven ergab, dass eine Gefährdungsanalyse nach § 5 des Arbeitsschutzes lediglich bei 27% der Pflegedienste vorgenommen worden war (N = 23 Betriebe). Dabei werden bei dieser Analyse neben der Einbeziehung technischer, biologischer, chemischer und physikalischer Gefährdungen auch andere Aspekte wie beispielsweise Arbeitsabläufe, Arbeitsverfahren oder die Arbeitszeit berücksichtigt. Der Arbeitsgeber ist verpflichtet, Schutzmaßnahmen entsprechend dem festgestellten Gefährdungspotential zu ergreifen, die weit über rein technische Arbeitsschutzmaßnahmen hinausgehen können. Beraten wird der Arbeitgeber hierbei von den Betriebsärzt/-innen oder den Fachdiensten für Arbeitssicherheit. Da der Gesetzgeber keine einzelnen Verfahren oder Standards vorschreibt, sind hier Gestaltungsspielräume enthalten. Hinsichtlich der Kontrollmöglichkeiten stellte das Gewerbeaufsichtsamt fest, dass „der Arbeitsschutz in diesen Einrichtungen nicht umfassend mit den klassischen Instrumenten der Gewerbeaufsicht (insbesondere Betriebsbegehung und Revision) erfasst werden [kann], da die Tätigkeiten an vielen unterschiedlichen Einsatzorten durchgeführt werden, in der Regel in den besonders geschützten Privatwohnungen der zu pflegenden Personen“ (Senator für Arbeit, 1997, S. 207). Als ein möglicher Ansatzpunkt wurden durch den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen genannt, bei denen auch Aspekte des

²¹ Der Tagungsreader ist beim Deutschen Gewerkschaftsbund, Kreis Bremen zu erhalten.

²² Es haben Vertreter/-innen teilgenommen von folgenden Institutionen: Pflegekasse (AOK), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Arbeitgeber- und Berufsverband private Pflege, Arbeitnehmerkammer, Universität Bremen, Institut für Angewandte Pflegeforschung, Diakonisches Werk.

Arbeits- und Gesundheitsschutzes einbezogen werden könnten.

- in das Qualitätsmanagement implementiert werden!
Durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, das zum 01.01.2002 in Kraft treten soll, wird dem Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung zukünftig eine höhere Bedeutung beigemessen. Für jedes Pflegeheim und für jeden Pflegedienst wird es Pflicht sein, „ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln; die Träger sind darüber hinaus verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Wie bisher haben die Pflegeeinrichtungen auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Obgleich die gesetzliche Grundlage den Fokus in erster Linie auf die Qualität der Pflege selbst – und nicht auf die Arbeitsbedingungen setzt – gäbe es hier Ansatzpunkte, Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes aufzunehmen. Ein Steuerungsinstrument könnten Zertifizierungen darstellen. Dabei wäre es wünschenswert, wenn ein einheitlicher Ansatz entwickelt werden könnte. Derzeit werden bei verschiedenen Zertifizierungen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt²³.
- auch eine Sache der Mitarbeiter/-innen sein!
Für die Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind Expertinnen und Experten wie beispielsweise Betriebsärzt/-innen und Fachkräfte für Arbeitssicherheit beratend tätig. Daneben können jedoch auch die Arbeitnehmer/-innen selbst einen wichtigen Beitrag leisten. Ausgestattet mit dem entsprechenden Problembewusstsein können sie wichtige Hinweise auf Missstände und Vorschläge für Verbesserungen geben.

²³ Vgl. z.B. das Bremer Qualitätssiegel für ambulante Pflegesiegel (BQS).

LITERATUR

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

1.1 Gesundheit von Frauen im Alltag

Bengel J; Strittmatter R, Willmann H (1999). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese Diskussionsstand und Stellenwert.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6, 3. Auflage, Köln (kostenlos zu beziehen bei BZgA, 51101 Köln oder <http://www.bzga.de>)

Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin (Hg.) 1998. ... wie geht's Frau? Gesundheitsbericht '98. Berlin

BMFSJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer: Stuttgart

Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (Hg.) (1998). Landesgesundheitsbericht Bremen 1998, Bremen

Faltermaier T (1994). Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Beltz. Psychologie-Verl.-Union, Weinheim

Faltermaier T, Kühnlein I, Burda-Viering, M (1998). Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim

Identity Foundation (2001). Die Deutschen und ihre Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit. (www.identityfoundaton.de)

Jahn I, Maschewsky-Schneider U, Babitsch B, Bammann K (1998). Zur Bedeutung der Eingebundenheit von Frauen in Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit für ihre Gesundheit. Ergebnisse aus einer Befragungsstudie in Bremen. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.). Frauen und

Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik (Redaktion: E. Hampel, I. Jahn, F. Koppelin, H. Reinerth, I. Steinbach, B. Stumm). Verlag Hans Huber, Bern et al., S. 74-88

MFJFG (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000). Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld

Siebe, A. (2000) "Hier stärke ich mein Selbstwohlgefühl" - der Gesundheitstreffpunkt für Frauen in Tenever. In: Ulla Voigt, Michael Siemer, Thomas Jürgens, Ingeborg Jahn (Hg.) Armut im Überfluss - Gesundheit als Privileg. Eine Dokumentation des Gesundheitsforums 1999. Edition Temmen, Bremen.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2000). Datenreport 1999. Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn

1.2 Lesben als Patientinnen

Aradia Womens Health Center Seattle (2000) www.gynpag.es.com/aradia/Articles_Text.html, Abruf am 13.11.2000

Bybee D. (1990) Michigan Lesbian Survey: a report to the Michigan organization for Human Rights and the Michigan Department of Public Health. Michigan Department of Human health and Human Services

Deevey, S. (1995) Lesbian Health Care, in: Women's Health Care, Fogel C.I., Woods, N.F. (Hrsg.), Sage Publications

Ministerium für Frauen, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein Westfalen (1999) Gewalt gegen lesbische Frauen - Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen.

Mitchell, J.A. (1998) Lesbians need Pap tests too!, aus: Health in Difference II, Queering health agendas, The second National Lesbian, Gay Transgender an Bisexual Conference, Melbourne, 22.-24. Januar 1998. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (1998) Landesgesundheitsbericht Bremen

1.3 Erwerbstätigkeit und die Gesundheit von Frauen

Babitsch B, Bammann K, Jahn I, Maschewsky-Schneider U (2000). Aktueller Erwerbsstatus und die Gesundheit von Frauen. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 8, S. 357-367

Gavranidou M (1993). Wohlbefinden und Erwerbstätigkeit im Familienverlauf. in: B Nauck (Hg.) Lebengestaltung von Frauen. Juventa: München, S. 235-260

Jahn I, Maschewsky-Schneider U, Babitsch B, Bammann K (1998). Zur Bedeutung der Eingebundenheit von Frauen in Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit für ihre Gesundheit. Ergebnisse aus einer Befragungsstudie in Bremen. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.). Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Verlag Hans Huber: Bern et al., S. 74-88

Klesse R, Sonntag U, Brinkmann M, Maschewsky-Schneider, U (1992). Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewußtsein. Campus Verlag: Frankfurt/New York

1.4. Gewalt und Gesundheit von Frauen

Bremische Bürgerschaft. Landtag. Drucksache 15/291 (Bericht der ressortübergreifenden Arbeitsgruppe "Häusliche Beziehungsgewalt")

Krantz G, Ostergren PO (2000). The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women. J Epidemiol Community Health 54 (111): 815-821

Mark, H (2000). Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 4: 332-346

May, A (1998). Misshandlungen, Misshandlungssysteme, gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt. In: Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen im Berliner Abgeordnetenhaus (Hg.): Innere Sicherheit durch Prävention. Gesundheitliche Folgen und gesellschaftliche Kosten von Gewalt.

Wetzels, P und Pfeiffer, Ch (1995). Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum - Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Kriminologisches

Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN). Forschungsberichte Nr. 37

1.5 Gynäkologische Unterleibserkrankungen und ihre Behandlung

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hg.) (1999). Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. 2. aktualisierte Auflage, Saarbrücken

Becker N, Wahrendorf J (1998). Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981-1990. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Bellach B-M, Knopf H, Thefeld W (1998). Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Das Gesundheitswesen S59-S114 (Schwerpunktheft: Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98)

BIPS (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin) (1997). Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der BRD. Grundausschätzung der Befragung Frauen Leben Gesundheit. Bremen, Ms.

BIPS (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin) (1998). Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der BRD. Reanalyse der Nationalen Surveys Ost 1991/92 und West 1990/91. Tabellenband. (Autorinnen: K. Bammann, U. Helmert, U. Maschewsky-Schneider). Bremen, Ms.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. (Bundesfrauengesundheitsbericht). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hg.) (2000). Operationshäufigkeiten in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Cutler WB, Minker M (1997). Hysterektomie ja oder nein? Was Frauen über eine Gebärmutteroperation wissen sollten? dtv ratgeber, München

De Bruyne F, Balan P (2000). Aktuelle Indikation und technische Aspekte der Hysterektomie bei benignen gynäkologischen Erkrankungen. Gynäkologe 33:672-678

Ehret-Wagener B, Stratenwerth I, Richter K (Hg.) (1994). Gebärmutter - das überflüssige Organ? Sinn und Unsinn von Unterleibsoperationen. Rowohlt, Reinbek

FFGZ (Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin) (Hg.) (2001). Gebärmutter-Entfernung - Häufig ein vermeidbarer Eingriff. Berlin (kostenlos zu erhalten bei: Feministisches Frauen Gesundheitszentrum Berlin e.V., Bamberger Straße 51, 1077 Berlin, Tel. 030/2139597, Fax 030/2141927, E-Mail: ffgzberlin@snaflu.de)

Greiser E, Günther J, Niemeyer M, Schmacke N (2000). Weibliche Hormone - Ein Leben lang. Mehr Schaden als Nutzen? Hg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bonn und Bremen

Harlow BL, Barbieri RL (1999). Influence of Education on Risk of Hysterectomy before Age 45 Years. American Journal of Epidemiology 8:943-847

Interview mit I. Olbricht (1994) In: Ehret-Wagener B, Stratenwerth I, Richter K (Hg.) Gebärmutter - das überflüssige Organ? Sinn und Unsinn von Unterleibsoperationen. Rowohlt, Reinbek, S.83-90

Kütemeyer (2001), zitiert nach Ärzte Zeitung Online (www.aerztezeitung.de) 4.4.2001

Lowdermilk DL (1995). Reproductive Surgery. In: Fogel CI, Woods NF (Ed.). Women's Health Care. A Comprehensive Handbook. SAGE, Thousand Oaks, London, New Delhi, S. 629-650

Medizinische Qualitätssicherung in Hessen (2000). Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. www.med-qs-hessen.de v. 26.02.01

Müller K (1999). Die Entfernung der "nutzlosen" Gebärmutter. In: Kolip P (Hg.). Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. Juventa, Weinheim, München, S.173-189
National Guideline Clearinghouse: www.guideline.gov

Rodriguez C, Patel AV, Calle EE, Jacob EJ, Thun MJ (2001). Estrogen replacement therapy and ovarian cancer mortality in a large prospective study of US women. JAMA 285 (11), S. 1460-1465

Schindele E (1997). Pfusch an der Frau. Krankmachende

Normen. Überflüssige Operationen. Lukrative Geschäfte. Akt. Ausg., Fischer, Frankfurt am Main

Schilling J, Wyss P, Faisst K, Gutzwiller F, Haller U (1999). Swiss consensus guidelines for hysterectomy. International Journal of Gynecology & Obstetrics 64: 297-305

Stratenwerth I (1994). Verschwiegene Operationen. Gebärmutterentfernung als vergessenes Thema der Frauen- und Gesundheitspolitik. In: Ehret-Wagener B, Stratenwerth I, Richter K (Hg.). Gebärmutter - das überflüssige Organ? Sinn und Unsinn von Unterleibsoperationen. Rowohlt, Reinbek, S.19-46

Zimmermann A (2001). Gebärmutterentfernung und alternative Operations-Methoden zur Organerhaltung. Hg.: FrauenGesundheitsZentrum Heidelberg e.V., Diametric Verlag

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

AWO Bremen - Verband für Soziale Arbeit (1994): Zwischenbericht der Clearingstelle Bremer Westen

Berg, H. u.a. (1995): Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte der häuslichen Pflegebedürftigkeit. Manuskript des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (MDS)

Buijssen, H. (1996): Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Privathaushalten. Integrierter Gesamtbericht. Schriftenreihe Band 111.1., Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Schriftenreihe Band 111.2., Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft. Stellungnahme der Bundesregierung - Bericht der Sachverständigenkommission. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode. Drucksache 14/5130, 19.01.2001, Berlin

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): (1995): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schriftenreihe Band 49, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe Band 106.1, Bonn
- Bundesministerium für Familie und Senioren (1992): Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Schriftenreihe 12.2., Bonn
- Die Bevollmächtigte der Hessischen Landesregierung für Frauenangelegenheiten (1988): Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen. Wiesbaden
- DRK Kreisverband Bremen e.V. (1995): Zwischenbericht der Beratungsstelle Pflegenetz Schwachhausen, DRK-Clearingstelle
- Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes (o.J.): Daheim gesund werden. Weiterführende Betreuung durch ganzheitliche Hauskrankenpflege. Ein Modellprojekt des Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes in Kooperation mit dem Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse
- Gräbel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Deutsche Hochschulschriften 1134. Egelsbach, Frankfurt a.M., Washington
- Höhmnn, U. et al. (1998): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt
- Institut für Bildung und Forschung in Pflegewissenschaft und Sozialgerontologie (BIFOPS), Universität Bremen (o.J.): Qualitätssicherung in der Geriatrie. Evaluation von vier Abteilungen für medizinische Geriatrie und Rehabilitation im Land Bremen.
- Institut für Empirische Soziologie Nürnberg (1995): Pflegeberatung zur Sicherung der Pflegequalität im häuslichen Bereich. Ergebnisse der Begleituntersuchung eines Modellprojekts der Techniker Krankenkasse zur Beratung von Schwerpflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen. Nürnberg
- Kiecolt-Glaser, J. u.a.: Chronic Stress and Mortality Among Older Adults. In: JAMA, Vol. 282 No. 23, 15.12.1999
- Krankenhaus München-Neuperlach (Stand 1998): Projektbeschreibung: Koordinierte Entlassung - Pflege- und Hilfebedürftige (Manuskript)
- MDS e.V. (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der Ambulanten Pflege
- ProSano - Internationaler Pflegedienst Bremen (o.J.): Hayat bakimi - Beratung für pflegende Angehörige
- Psychosoziale Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen Bremen (o.J.): Konzept Pflegende Angehörige
- Psychosoziale Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen Bremen (o.J.): Unterstützung und Beratung bei der Pflegeentscheidung. Information und Begleitung bei Pflegebeginn.
- Psychosoziale Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen Bremen (1997): Gewalterfahrungen in der Pflege. Tagungsdokumentation. Bremen
- Psychosoziale Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen Bremen (2000):. Angehörige im Heim. Tagungsdokumentation. Bremen
- Rechtsdienst der Lebenshilfe 4/00: Einbeziehung demenzkranker Menschen in die Pflegeversicherung
- Schulz, R. u.a. (1999): Caregiving as a Risk Factor for Mortality. JAMA, Vol. 282 No. 23, 15.12.1999
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (1997): Altenplan für die Stadtgemeinde Bremen
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (1998): Landesgesundheitsbericht Bremen
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2000 b): Fazit nach fünf Jahren Pflegeversicherung
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2000): Entwicklung der Bevölkerung in Bremen 1998 bis 2050

Statistisches Landesamt Bremen (2000), Statistik zum Pflegeversicherungsgesetz

Taubert, J. u.a. (2001): Forschungsprojekt ‚Häusliche Nachtpflege in Bremen‘

Urlaub, K.-H. (1988): Krisen, Konflikte und Überforderungsstrukturen in familiären Pflegebeziehungen. Eine sozialpsychologische Studie über Bedingungen und Formen der Bewältigung. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, ALTERnativen 4. Beiträge zur Altenhilfe und Altenarbeit, Wuppertal

Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Bonn

Wolf, C. (2000): Konzept für Häusliche Pflegeberatung. In: Forum Sozialstation Nr. 102/Februar 2000

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Angestelltenkammer Bremen (1998) Private Dienstleistungen in Bremen, Abschlußbericht

Ärzttekammer Bremen (2000) Tätigkeitsbericht 2000

Bartholomeyczik, S. (1993) Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus, S. 83-99, aus: Badura, B. et al. (Hrsg.), System Krankenhaus, Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 34

Bischoff, C. (1995) Pflegemanagement 4/95

Brown, C. (1995) Tiefenpsychologische Überlegungen zur historischen Entwicklung und ihrer perspektivischen Möglichkeiten, aus: Brown, C. und Reimer, Chr. (Hrsg.) Psychohygiene im Krankenhaus, Focus Verlag, Gießen

Bundesanstalt für Arbeit (2001) Definitionen, http://www.arbeitsamt.de/hst/services/anba/jg_2000/jahreszahlen99/defjz.html#beschaeftigte, Abruf am 28.03.01
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2000) Gestaltung der Arbeitszeit im Krankenhaus, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven

Bundesministerium für Gesundheit (2001) Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, <http://www.bmgesundheit.de/themen/pflege/ueberbl/entwpflege.htm>, Abruf am 28.03.01

Bundesministerium für Gesundheit (2000), Daten und Fakten zur Pflegeversicherung

DAK (2000), Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften in Akutkrankenhäusern, in: DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege 2000

Deutscher Ärztinnenbund (1999) Gesundheitsreform 2000 - Was bedeutet sie für uns Ärztinnen und Patientinnen?, Stellungnahme des Deutschen Ärztinnenbundes, Köln 17.09.1999, <http://www.aerztinnenbund.de>, Abruf am 28.03.01

Deutscher Bundestag (2000) Frauenspezifische Gesundheitsversorgung, Bundestagsdrucksache 14/38/58, <http://dip.bundestag.de/btd/14/038/1403858.pdf>, Abruf am 30.03.01

Flintrop, J. (2000) Überstunden zum Wohle der Karriere, Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 11

Freie Hansestadt Bremen (1996) Weiterbildungsordnung für Ärzte im Land Bremen, Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen ausgegeben am 24. Juli 1996, Nr. 53, S. 323

Gerste, B., Rehbein, I. (1998) Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Wissenschaftliches Institut der AOK, WidO-Materialien 38, 1998, S. 90.

Grewert, H.G. (1997) Belastungen, Gefährdungen und erhöhte Unfallrisiken in ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken

Hauffe, U. (1998) aus: Arbeitsplatz Krankenhaus - Chancen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Bereich - Dokumentation einer Tagung vom 4. November 1998 im Zentralkrankenhaus St. Jürgenstr., Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hrsg.), S. 5

Hauffe, U. (1998) aus: Über Hürden und Hindernisse der ärztlichen Weiterbildung, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hrsg.)

Henke, R. (2000), Ärztestreik in Rostock, Mabase 124

- Hittmann, F (2000), Landesgewerbearzt, persönliche Korrespondenz
- Kassenärztlicher Bundesverband (2001) Erwerbstätige im Gesundheitswesen, <http://www.kbv.de>, Abruf am 28.03.01
- Kuratorium Deutsche Alterspflege, <http://www.kda.de/projekte/agp/seite6.htm>. Abruf am 22.5.2001
- Landesgleichstellungsgesetz (1990), 29. November 1990, Brem.GBl. S. 433
- Marburger Bund (2000) Pressemitteilung vom 07.05.2000 zur 97. Hauptversammlung: Runter von den Marathon-Diensten für Krankenhausärzte
- Mesletzky J. (1996) Beruf und Familie bei Medizinerinnen und Medizinern, Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland Pfalz (1998) Gesundheitsökonomische Basisdaten für Rheinland-Pfalz, Mainz
- Pfaff, H. et al. (1999) Belastungen und Ressourcen im Dienstleistungsbereich: das Beispiel Krankenpflege, aus: Badura et al., 2000, Fehlzeitenreport 1999, Springer Verlag
- Reifferscheid, G., Kunz, G. (1999) Arztberuf und Soziales Geschlecht, Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 40 S. A2493-2498
- Roche Lexikon der Medizin (1998), Urban und Fischer
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Kurzfassung Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, S. 47
- Seemann; S. (1997) Die berufliche Situation von Medizinerinnen. Ausbildung, Weiterbildung und Arbeitsmarkt, Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler
- Senator für Arbeit (1997) Jahresbericht der Gewerbeaufsicht der Freien Hansestadt Bremen 1997
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales (2000a) Gesundheits- und Sozialpflegedienste auf dem Weg zu modernen Dienstleistern, EQUIB, Bremen
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2000b), Fazit nach fünf Jahren Pflegeversicherung
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001) Tagungsdokumentation zur Veranstaltung am 22. November 2000 in Bremen "Berufs- und Qualifikationsentwicklungen im Gesundheits- und Sozialpflegesektor, EQUIB
- Statistisches Bundesamt (1997) Mikrozensus
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2000) Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 5, Berufe des Gesundheitswesens, Metzler-Poeschel, Stuttgart, Seite 4
- Taffinder N.J. et al. (1998), Effect of sleep deprivation on surgeons' dexterity on laparoscopy simulator (letter), Lancet, Vol. 352
- Verbraucher-Zentrale des Landes Bremen (1999) Wegweiser durch die ambulanten Pflegedienste in Bremen
- Zapf, D., Kuhl, M. (1999) Mobbing am Arbeitsplatz: Ursachen und Auswirkungen, in Badura et al., Fehlzeitenreport 1999, Springer Verlag, Berlin et. al..
- Zentralkrankenhaus Links der Weser (1998) Qualitätsbericht 1998, Bremen
- Zimber A., Weyerer S. (1998) Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Abbildung 1.1: Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Frauen in Bremen nach Altersgruppen

Abbildung 1.2: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes von Frauen in Bremen nach Altersgruppen

Abbildung 1.3: Subjektive Einschätzung der persönlichen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit von Frauen in Bremen nach Altersgruppen

Abbildung 1.4: Gesundheitsverhalten von Frauen in Bremen nach Altersgruppen

Abbildung 1.5: Die häufigsten Gründe für Beeinträchtigungen des Wohlbefindens von Frauen in Bremen nach Altersgruppen

Abbildung 1.6: Raucherinnen, Ex-Raucherinnen und Nichtraucherinnen in Bremen nach Altersgruppen

Abbildung 1.7: Bilanzierung des eigenen Lebens von Bremer Frauen nach Altersgruppen

Abbildung 1.8: Erwerbsstatus der Bremer Frauen nach Altersgruppen

Abbildung 1.9: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes von Bremer Frauen nach Erwerbsstatus und Altersgruppen

Abbildung 1.10: Ausgewählte Aspekte des Gesundheitsverhaltens von Bremer Frauen nach Erwerbsstatus und Altersgruppen

Abbildungen 1.11 bis 1.21: Altersspezifische Häufigkeiten für Unterleibserkrankungen bei Frauen in Bremen)

Abbildung 1.11: Anteil der Frauen mit einer Senkung der Gebärmutter

Abbildung 1.12: Anteil der Frauen mit einer Vergrößerung der Gebärmutter

Abbildung 1.13: Anteil der Frauen mit Myomen

Abbildung 1.14: Anteil der Frauen mit Zysten oder anderen gutartigen Tumoren der Eierstöcke

Abbildung 1.15: Anteil der Frauen mit Polypen oder anderen gutartigen Tumoren der Gebärmutter

Abbildung 1.16: Anteil der Frauen mit Endometriose

Abbildung 1.17: Anteil der Frauen mit Entzündungen der Unterleibsorgane

Abbildung 1.18: Anteil der Frauen mit Verwachsungen im Unterleibsbereich

Abbildung 1.19: Anteil der Frauen mit einer anderen (als den in Abb. 1.11 bis 1.18 genannten) gutartigen Erkrankung des Unterleibs

Abbildung 1.20: Anteil der Frauen mit einer Frühform eines Unterleibskrebses

Abbildung 1.21: Anteil der Frauen mit einer Krebserkrankung des Unterleibs

Abbildungen 1.22 bis 1.27: Altersspezifische Häufigkeiten für gynäkologische Eingriffe und Operationen bei Frauen in Bremen

Abbildung 1.22: Anteil der Frauen mit einer Ausschabung

Abbildung 1.23: Anteil der Frauen, denen die Gebärmutter entfernt wurde

Abbildung 1.24: Anteil der Frauen mit einer Bauchspiegelung

Abbildung 1.25: Anteil der Frauen, denen ein bzw. beide Eierstöcke entfernt wurde/n

Abbildung 1.26: Anteil der Frauen mit einer Konisation

Abbildung 1.27: Anteil der Frauen, die eine andere - als die in Abb. 1.22 bis 1.26 genannte - Unterleibsoperation hatten

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

KEINE ABBILDUNGEN

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Abbildung 3.1.: AU-Fälle und AU-Tage bei AOK-versicherten Krankenschwestern und Hebammen in Bremen, 1999

Abbildung 3.2.: Ergebnisse einer Mitarbeiter/-innenbefragung zu häufigen/hohen Belastungen im Zentral-krankenhaus St. Jürgen Strasse (Stationspflege, Tageskliniken, Intensivpflege)

VERZEICHNIS DER TABELLEN

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN

Tabelle 1.1: Alltägliches Gesundheitshandeln von Frauen in Bremen nach Altersgruppen in Prozent; Frage: Was tun Sie, wenn Sie sich etwas Gutes tun?

Tabelle 1.2: Erfahrungen von sexueller und körperlicher Gewalt von Bremer Frauen in verschiedenen Altersgruppen - Anteile in %

Tabelle 1.3: Psychische Erkrankungen und Gewalt, Anteile in Prozent

Tabelle 1.4: Inanspruchnahme von Unterstützung bei körperlicher Gewalt*; Frage: Haben Sie mit jemandem über diese Erfahrungen gesprochen? Mit wem haben Sie ... gesprochen? Geben Sie bitte jeweils an, wie Sie die Gespräche empfunden haben; Anteile in Prozent

Tabelle 1.5: Inanspruchnahme von Unterstützung bei sexueller Gewalt*; Frage: Haben Sie mit jemandem über diese Erfahrungen gesprochen? Mit wem haben Sie ... gesprochen? Geben Sie bitte jeweils an, wie Sie die Gespräche empfunden haben; Anteile in Prozent

Tabelle 1.6: Sterblichkeit an Krebs des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers und der Eierstöcke pro 100.000 Einwohnerinnen (Standardisierte Rate) 1981-1985 und 1986-1990 - Land Bremen und Bundesrepublik im Vergleich

Tabelle 1.7: Häufigkeit von gynäkologischen Unterleibserkrankungen bei Bremer Frauen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren (jemals gehabt) und Alter bei Erstdiagnose

Tabelle 1.8: Häufigkeit von gynäkologischen Eingriffen und Operationen bei Bremer Frauen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren (jemals gehabt) und Alter bei erster Behandlung

Tabelle 1.9: Anteil der Frauen mit Hysterektomie und Alter bei Operation von Bremer Frauen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren

Tabelle 1.10: Gründe für die Entfernung der Gebärmutter (für N=697 von 704 Frauen mit Hysterektomie)

Tabelle 1.11: Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis bei Gebärmutterentfernung; Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem Operationsergebnis? (Die Antworten waren vorgegeben.)

Tabelle 1.12: Anteil der Frauen, die schon einmal mit dem Thema Gebärmutterentfernung konfrontiert waren - nach Altersgruppen; Frage (nur an Frauen, die ihre Gebärmutter noch haben)

2. FRAUEN ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Tabelle 2.1: Bevölkerungsstand und –prognose, Stand: 31.12.1997

Tabelle 2.2: Leistungsempfänger/innen im Land Bremen, Stand 15.12.1999

Tabelle 2.3: Verteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen (ohne Härtefälle), Stand 31.12.2000

Tabelle 2.4: Entwicklung des stationären Pflegeangebots im Land Bremen

Tabelle 2.5: Entwicklung der alten Bevölkerung (75 Jahre und älter)

Tabelle 2.6: Anzahl der pflegenden Frauen im Land Bremen, Stand: 15.12.1999

Tabelle 2.7: Erwerbstätige Pflegepersonen

Tabelle 2.8: Gestaltung der Erwerbstätigkeit zu Beginn der Pflege

Tabelle 2.9 : Einkommenssituation der Pflegenden ohne Berücksichtigung des Haushaltseinkommens

Tabelle 2.10: Veränderung der finanziellen Situation von Pflegepersonen nach Aufnahme einer Pflege

Tabelle 2.11: Art des Hilfe- und Pflegebedarfs
Tabelle 2.12: Leistungen der Pflegekassen nach Leistungsbereichen, Stand 2000

Tabelle 2.13: Kostenanteil der relevanten Pflegeunterstützenden Leistungen am Gesamtaufwand der Pflegeversicherung

Tabelle 2.14: Hauptmotive für Angehörigenpflege

Tabelle 2.15: Hauptmotive nach Geschlecht

Tabelle 2.16: Belastungen in der Angehörigenpflege

Tabelle 2.17: Wünsche von Pflegenden nach Entlastung

3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Tabelle 3.1: Berufstätige Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Tierärztinnen/Tierärzte, Apothekerinnen/Apotheker im Land Bremen am 31.12.1999

Tabelle 3.2: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen im Land Bremen - nach Geschlecht, 1999

Tabelle 3.3: Beschäftigte in den Krankenhäusern im Land Bremen am 31.12.1999

Tabelle 3.4: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten im Land Bremen am 15.12.1999

Tabelle 3.5: Überwiegender Tätigkeitsbereich der Beschäftigten in den Pflegediensten im Land Bremen, 15.12.99

Tabelle 3.6: Beschäftigte in Pflegeheimen im Land Bremen am 15.12.1999

Tabelle 3.7: Überwiegender Tätigkeitsbereich der Beschäftigten in den Pflegeheimen im Land Bremen, 15.12.99

Tabelle 3.8: Studierende an der Hochschule Bremen im Internationalen Studiengang Pflegeleitung

Tabelle 3.9: Auszubildende Arzthelferinnen im Land Bremen 1999

Tabelle 3.10: Zahl neu abgeschlossener Ausbildungsverträge als Arzthelferin im Land Bremen

Tabelle 3.11: Ärztinnen und Ärzte im Land Bremen

Tabelle 3.12: Teilzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern des Landes Bremen im Zeitvergleich

Tabelle 3.13: Berufstätige Ärztinnen im Land Bremen, nach Qualifikation und Fachgebieten, im Zeitvergleich, Stichtag 31.12.

Tabelle 3.14: Berufstätige Ärzte im Land Bremen, nach

Qualifikation und Fachgebieten, im Zeitvergleich, Stichtag 31.12.

Tabelle 3.15: Hauptamtlich beschäftigte Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern des Landes Bremen nach funktioneller Stellung, 1999

Tabelle 3.16: Verteilung der AU-Fälle bei AOK-versicherten Krankenschwestern in Bremen im Vergleich mit dem Branchendurchschnitt, 1999

Tabelle 3.17: Verteilung der AU-Tage bei AOK-versicherten Krankenschwestern in Bremen im Vergleich mit dem Branchendurchschnitt, 1999

Tabelle 3.18: Die häufigsten Berufserkrankungen bei Krankenschwestern und Hebammen in Bremen und in Deutschland, 1994-1998, Frauen

Tabelle 3.19: Zahl der ambulanten Pflegedienste im Land Bremen

Tabelle 3.20: Personal in ambulanten Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis, 15.12.1999

DANKSAGUNG

Zum Gelingen dieses Berichtes beigetragen haben die im Text erwähnten Expertinnen und Experten sowie folgende Einrichtungen durch Ideen, gemeinsame Diskussionen oder das Bereitstellen von Daten:

die Arbeitnehmerkammer Bremen,
die Ärztekammer Bremen,
das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS),
die Bemische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau,
der Bundesverband der Unfallkassen,
der Deutsche Gewerkschaftsbund, Kreis Bremen,
der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
das Forum Frauengesundheit,
das Frauengesundheitszentrum e.V.,
der Frauengesundheitstreffpunkt Tenever e.V.,
die Krankenhäuser des Landes Bremen,
der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Bremen,
die Pflegekassen im Land Bremen
die Psychosoziale Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen,
das Statistische Landesamt,
die Technische Universität Berlin,
das Wissenschaftliche Institut der AOK,
das Zentrale Versorgungsnetz für pflegebedürftige Menschen sowie
Kolleginnen und Kollegen beim Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

..