

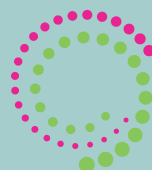
DOKUMENTATION

FRAUENGESUNDHEITSKONFERENZ GESCHLECHTERSENSIBLE MEDIZIN

12. Mai 2023 | 10.30 – 16.30 Uhr | CVJM Haus Stuttgart



landes**frauen**rat
Baden-Württemberg



GLEICHSTELLUNG KOMMUNAL
Landesarbeitsgemeinschaft Frauen- und
Gleichstellungsbeauftragte Baden-Württemberg





06



12



16



22

05 **VORWORT DES LANDESFRAUENRATES BW**

06 **GRUSSWORT VON LEONIE DIRKS**

Ministerialdirektorin und Amtschefin
Ministerium für Soziales, Gesundheit und
Integration Baden-Württemberg

07 **KEYNOTE:**

»PSYCHISCHE GESUNDHEIT VON FRAUEN –
DER GESCHLECHTERSENSIBLE ANSATZ ÜBER
ALLE LEBENSPHASEN«

Prof.in Dr. Birgit Derntl

09 **KEYNOTE:**

»INTEGRATION VON GESCHLECHTER-
ASPEKTEN IN DIE MEDIZINISCHE LEHRE –
VORAUSSETZUNG FÜR GUTE MEDIZINISCHE
BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN UND
PATIENTEN«

Prof.in Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer

12 **MARKT DER MÖGLICHKEITEN**

14 **VORTRAG & WORKSHOP 1:**

»DENN SIE WISSEN, WAS SIE TUN ...
150 JAHRE § 218 SIND GENUG!«

Dr. Marion Janke

16 **VORTRAG & WORKSHOP 2:**

»WARUM FRAUEN SICH SELBST ZUR PRIORITÄT
MACHEN SOLLTEN – SELBSTFÜRSORGE FÜR
ENGAGIERTE UND AKTIVE FRAUEN«

Manuela Rukavina

17 **VORTRAG & WORKSHOP 3:**

»GESCHLECHTERSENSIBLE ANSÄTZE IN DER
MEDIZIN – GESCHLECHTERSPEZIFISCHE
UNTERSCHIEDE IN DER BEHANDLUNG VON
FRAUEN UND MÄNNERN«

Prof.in Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth

20 **VORTRAG & WORKSHOP 4:**

»GESCHLECHTSSPEZIFISCHE GEWALT AN
FRAUEN* UND AUSWIRKUNGEN AUF DEREN
GESUNDHEIT«

Tabea Konrad

22 **VORTRAG & WORKSHOP 5:**

»WAS WÄRE, WENN WIR EIN
BÜNDNIS GRÜNDEN?«

Susanne Brückner

LIEBE INTERESSIERTE,

welche Krankheit würden Sie bei einer Frau mit plötzlicher Übelkeit, starken Schmerzen im Nacken-Kieferbereich, Schwindel und extremem Schwächegefühl vermuten? Ein Burn-out oder einen Migräneanfall? Aber wahrscheinlich kaum einen Herzinfarkt. Denn dessen Symptome lassen sich doch angeblich gut mit einem »auf der Brust stehenden Elefanten« und einer Schmerzausstrahlung in den linken Arm beschreiben? Häufig ist letzteres richtig – im Hinblick auf die Symptome eines Mannes.

Dass die Symptome bei Herzinfarkten **für Frauen und Männer sehr unterschiedlich sind**, ist aber häufig nicht bekannt, sodass der Herzinfarkt bei Frauen immer wieder nicht ernst genommen oder zu spät erkannt wird. Statistisch führen Herzinfarkte bei Frauen daher paradoxerweise zu weit mehr Todesfällen, obwohl Männer 70 % der Herzinfarkte erleiden.

Auch sollte offensichtlich sein, dass allein aufgrund der sich in der Pubertät ausbildenden unterschiedlichen **Geschlechtshormone und der reproduktiven Lebensphase**, gekennzeichnet durch Zyklus, Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaft und Menopause, die Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht groß sind. Warum sind Frauen während der massiven Umstellungsphasen vulnerabler, welche Änderungen treten nicht nur hormonell, sondern zum Beispiel auch im Gehirn ein – das sich im Übrigen mit fast jedem geborenen Kind verjüngt? Warum erkranken Frauen nach der Pubertät doppelt so häufig an Depressionen als Männer, obwohl beide Geschlechter vor der Pubertät gleich betroffen sind?

Der **Gender Data Gap in der Medizin** bleibt weiterhin riesig: Eine Auswertung von fast 4.500 Studien ergab, dass das Kriterium Geschlecht bei nur 4 % einbezogen wurde. Eine Umfrage ergab, dass jeder fünfte niedergelassene Allgemeinmediziner / Internist das Geschlecht bei der Vergabe von Medikamenten nie berücksichtigt.



Erste Vorsitzende
Prof.in Dr. Ute Mackenstedt



Zweite Vorsitzende
Verena Hahn

Wir brauchen eine massive Wende hin zu einer geschlechtersensiblen Medizin, in der Forschung, der Lehre, in der Praxis und in der Öffentlichkeit. Sie sind noch nicht überzeugt? Die genetische Abweichung zwischen einer Frau und einem weiblichen Bonobo liegt bei nur 1,2 %. Nun hätten Sie sicherlich geschlussfolgert, dass dieselbe genetische Abweichung zwischen einer Frau und einem Mann weit niedriger ist? Sie ist aber größer und liegt bei 1,5 %.

Wir danken der Landesarbeitsgemeinschaft Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte Baden-Württemberg für die gute Kooperation bei der Organisation und Durchführung der Konferenz. Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg danken wir für die finanzielle Förderung, ohne die die große Anzahl von über 160 Teilnehmenden nicht realisierbar gewesen wäre.

Seien Sie herzlich begrüßt und bleiben Sie gesund,

U. Mackenstedt

Prof.in Dr. Ute Mackenstedt
Erste Vorsitzende LFR BW

Verena Hahn

Verena Hahn
Zweite Vorsitzende LFR BW

Geschlechtergerechte Schreibweise: Der LFR verwendet bei der geschlechtsbezogenen Be- und Kennzeichnung von Personengruppen das sogenannte Gendersternchen (*), um alle Menschen einzubeziehen.



GRUSSWORT VON LEONIE DIRKS – MINISTERIALDIREKTORIN UND AMTSCHEFIN DES MINISTERIUMS FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG

Sehr geehrte Frau Professorin Mackenstedt, sehr geehrte Frau Brückner, sehr geehrte Damen und Herren,

in unserem Leben ist Gesundheit von zentraler Bedeutung – das gilt für alle Menschen, unabhängig von Herkunft, Alter oder Geschlecht! Jedoch gibt es individuelle aber auch gesellschaftliche Faktoren, die unser Wohlbefinden und unsere Lebensqualität beeinflussen. Diese Faktoren unterscheiden sich zwischen Männern und Frauen. So sind Frauen beispielsweise nach wie vor überproportional von prekären Arbeitsbedingungen – wie der Arbeit im Niedriglohnssektor – betroffen und verdienen weniger Geld als Männer. Letzteres ist oftmals selbst dann der Fall, wenn sie den gleichen Beruf und die gleiche Berufserfahrung haben. Es ist mir persönlich sehr wichtig, dass wir die Vereinbarkeit von Lebenswelten, von Familie und Beruf verbessern, sodass vor allem Frauen wirklich gleichberechtigte Chancen im Arbeitsleben haben.

Sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht haben einen Einfluss auf die Entstehung, Diagnose und Therapie von Erkrankungen. Zudem lassen sich Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten und bei der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten feststellen. Darüber hinaus unterscheiden sich die Geschlechter in der Wahrnehmung, Bewertung und Kommunikation von Symptomen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. [...]

Mit der landesweiten Gleichstellungsstrategie, die wir für die nächsten beiden Jahre planen, wollen wir genau die Querschnittsaufgabe gemeinsam mit allen Ministerien und unterschiedlichen Interessenvertretungen, wie auch dem Landesfrauenrat, für Baden-Württemberg angehen. Ein Aspekt dieser Strategie wird sein, dass wir die geschlechtersensible Gesundheitsversorgung verbessern. Denn: Geschlechtersensible Medizin oder Gendermedizin hat eine hohe Relevanz in Bezug auf die Risikofaktoren für Krankheitsentstehung,

Krankheitsverlauf und Behandlungsrisiken. Der Landesregierung ist die Förderung der geschlechtersensiblen Medizin und besonders der Frauengesundheit ein wichtiges Anliegen. [...]

Im Koalitionsvertrag bekennt sich die Regierung deswegen dazu, die Forschung im Bereich Frauengesundheit und im Bereich der geschlechtersensiblen Grundlagenforschung voranzutreiben. Denn:

Frauen und Männer weisen unterschiedliche Morbiditäts- und Mortalitätsprofile auf. So haben Frauen zwar eine im Durchschnitt fünf Jahre höhere Lebenserwartung als Männer. Sie verbringen aber auch mehr Lebensjahre in schlechter Gesundheit und erkranken teilweise an spezifischen Krankheiten mit hohem Leidenspotenzial. Diese insgesamt höhere Krankheitslast von Frauen bei gleichzeitig höherer Lebenserwartung wird als »gender health paradox« bezeichnet. Wir benötigen auch eine veränderte Gesundheitsberichterstattung: Unter dem Stichwort »Advance Gender« wird erforscht, wie sich die Gesundheitsberichterstattung stärker geschlechtersensibel und intersektional ausrichten kann. [...]

Als prägnantes Beispiel für bestehende geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung und im Behandlungserfolg – zum Nachteil von Frauen – kann der Herzinfarkt genannt werden. Hier ist bereits seit längerem bekannt, dass sich dieser bei Frauen symptomatisch anders äußert als bei Männern. Bei Männern ist ein Stechen in der Brust mit Ausstrahlung in den linken Arm ein typisch geltendes Symptom. Bei Frauen sind es aber eher Rückenschmerzen, Übelkeit und Atemlosigkeit. Diese Symptome werden nicht sofort mit einem Herzinfarkt assoziiert. Das führt dazu, dass Frauen mit ihren scheinbar untypischen Symptomen viel später medizinische Unterstützung aufsuchen, die Diagnose Herzinfarkt dadurch später gestellt wird und sich somit die Behandlungschancen verschlechtern. In diesem Fall geht es also nicht nur um die Sensibilisierung von Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich der Symptomatik, sondern auch um Sensibilisierung und Empowerment von Frauen, damit diese für sich und ihre Interessen eintreten können. [...]

Das Bewusstsein für geschlechtsspezifische Unterschiede muss in Gesundheitsforschung und Planung sowie in Gesundheitsförderung, Krankenversorgung und Rehabilitation weiter verbessert werden. Ziel muss es sein, für alle Geschlechter gleichermaßen adäquate Präventions- und Therapiemaßnahmen zu ermöglichen. [...]

Mit dieser Veranstaltung, die wir gerne unterstützen, leisten Sie einen wichtigen Beitrag dazu, mehr Aufmerksamkeit auf die geschlechtersensible Medizin zu lenken. Ich wünsche Ihnen bei Ihrer Veranstaltung viel Erfolg und viele anregende Gespräche und Kontakte.

KEYNOTE: »PSYCHISCHE GESUNDHEIT VON FRAUEN – DER GESCHLECHTERSENSIBLE ANSATZ ÜBER ALLE LEBENSSTADIEN«

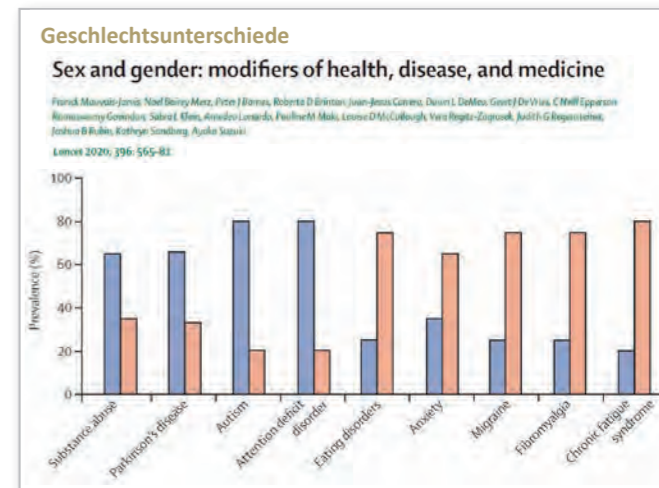
Prof.in Dr. Birgit Derntl – Professorin an der Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Universität Tübingen, Sprecherin des internationalen Graduiertenkollegs (IRTG 2804)

Seit einigen Jahren nimmt die Forschung zunehmend den entscheidenden Einfluss des Geschlechts auf Krankheit und Gesundheit wahr. Dabei sind biologische, aber auch gesellschaftlich basierte Effekte zu berücksichtigen. Die Unterschiede äußern sich daher in den Erkrankungen, den Symptomen und den entsprechend unterschiedlichen Versorgungsbedarfen, aber auch in der unterschiedlichen Gefährdung, bestimmte Krankheiten zu erleiden, und den unterschiedlichen Erfordernissen, im Krankheitsfall Hilfe zu bekommen. Zusätzlich ist die unterschiedliche Bewältigung der Folgen von Krankheit durch Frauen und Männer zu berücksichtigen.

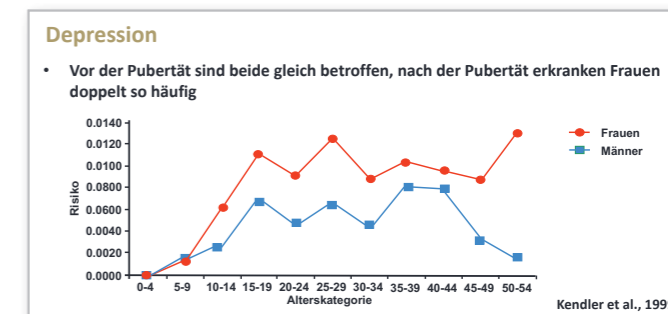
In der deutschen Sprache gibt es nur den Begriff »Geschlecht«, in der englischen Sprache wird zwischen »sex«, dem biologischen Geschlecht, und »gender«, dem sozialen Geschlecht, das durch die soziokulturellen Einflüsse geformt wird, unterschieden. Daher werden die englischen Begriffe auch im deutschen Sprachraum aufgenommen. »Sex« umfasst das genetische, das gonadale und das genitale Geschlecht, aber auch die reproduktiven, genetischen und hormonellen Einflüsse. Dagegen wird unter »Gender« die Geschlechtsidentität, also das selbst zugeschriebene Geschlecht, sowie genderbezogene Interaktionen mit anderen und Institutionen sowie soziale Rollenzuweisungen durch die Gesellschaft (Gender Normen) gefasst.

Mittels Einteilung nach dem biologischen Geschlecht lässt sich ein klarer Geschlechterunterschied hinsichtlich Krankheitshäufigkeit erkennen: Bestimmte (psychische) Krankheiten treten bei Frauen sehr viel häufiger auf als bei Männern und umgekehrt. Die Verbreitung der Parkinson-Krankheit, die durch einen langsam fortschreitenden Verlust von Nervenzellen im Gehirn entsteht, trifft beispielsweise vornehmlich Männer (über 60% Prävalenz). Dagegen tritt die Alzheimer-Krankheit als neurodegenerative Erkrankung mit zunehmender Demenz fast doppelt so häufig bei Frauen auf, auch Migräne trifft vornehmlich Frauen (rund 70% Prävalenz).

Der Forschungsbedarf ist enorm, da die Datenlücken erheblich sind, zum Beispiel auch im Hinblick auf häufige gynäkologische

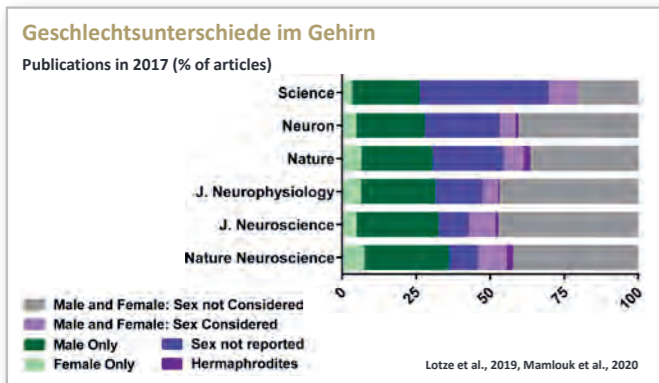


Erkrankungen, bei denen selbst in Deutschland die Prävalenzen nicht genau erhoben und bekannt sind. Die Datenlücken betreffen darüber hinaus viele weitere Bereiche wie beispielsweise Ursachen und Einflussfaktoren für die Verbreitung oder die tatsächliche Gesundheitsversorgung und effektive Therapieformen. Von Depression sind vor der Pubertät beide Geschlechter gleich betroffen, nach der Pubertät haben Frauen ein doppelt so hohes Risiko daran zu erkranken. Aber auch Vergleiche der Symptomatik von weiblichen und männlichen Patient*innen oder Vergleiche der Wirkung von Psychopharmaka, wie beispielsweise Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer oder Sedativa, ergeben klare Unterschiede zwischen Frauen und Männern.





Daher bestehen weiterhin erhebliche Datenlücken und somit fehlende Erkenntnisse zur Lage der Gesundheit von Frauen. Dies belegt ebenfalls die Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen, die beide biologischen Geschlechter berücksichtigen. Im Jahr 2017 lag die Anzahl dieser Publikationen lediglich bei rund 10%, da in rund 60% der anderen Publikationen entweder das Geschlecht gar nicht oder nur ein Geschlecht, dabei ganz überwiegend das männliche Geschlecht bei rund 25%, berücksichtigt oder ausgewiesen wurden.



Obwohl bekannt ist, dass sich gerade auch fundamentale neurobiologische Prozesse, von der Zelle bis zum Entscheidungsverhalten, zwischen Frauen und Männern unterscheiden, bedürfte die Berücksichtigung des biologischen Geschlechts in den Neurowissenschaften einer globalen Wende. Allein mit den sich in der Pubertät ausbildenden unterschiedlichen Geschlechtshormonen und der reproduktiven Lebensphase der Frauen gekennzeichnet durch Zyklus, Schwangerschaftsverhütung (86% der Frauen weltweit verwenden Kontrazeptiva), Schwangerschaft und Meno-

pause, geht eine erhöhte Vulnerabilität der Frauen für psychische Erkrankungen in den hormonellen Übergangsperioden einher. Ebenso sind bereits nachgewiesene strukturelle Veränderungen des weiblichen Gehirns in allen Bereichen während der reproduktiven Lebensphase zu untersuchen, ebenso wie Einflüsse von Kontrazeptiva auf das soziale Verhalten der Frauen in Bezug auf u.a. Stress, Stimmung oder psychosexuelle Gesundheit.

In ersten Studien wurden die Auswirkungen einer Schwangerschaft auf das Gehirn an der Tübinger Universitätsklinik untersucht. Der »Gender Gap« hinsichtlich der Krankheitshäufigkeit bei psychischen Störungen ist jedoch nach wie vor nicht geklärt, sodass die Tübinger Universitätsklinik sich in einem internationalen Graduiertenkolleg »Women's Mental Health across the Reproductive Years« mit der Universität von Uppsala in Schweden zusammengetan hat. Dieses Graduiertenkolleg wird ab dem 1. Januar 2023 über fünf Jahre mit 7 Millionen Euro gefördert, um die Zusammenhänge zwischen hormonellen Übergangsphasen und der psychischen Gesundheit von Frauen besser zu verstehen, indem spezifische Hypothesen im Zusammenhang mit der Variation der Geschlechtshormone untersucht werden. Die langfristige Perspektive ist es, die Prävention, Erkennung und Behandlung psychischer Störungen bei Frauen zu verbessern. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Individualisierung der Gesundheits- und Krankenversorgung ist der geschlechtersensible Ansatz ebenfalls notwendig, um die psychische Gesundheit von allen Personen zu verbessern.

KEYNOTE: »INTEGRATION VON GESCHLECHTERASPEKTEN IN DIE MEDIZINISCHE LEHRE – VORAUSSETZUNG FÜR GUTE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG VON PATIENTEN UND PATIENTINNEN«

Prof.in Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer – Professorin an der medizinischen Fakultät der Universität Münster in der Klinik für Radiologie und Leiterin der AG Cognition & Gender, 2016 – 2010 Präsidentin des Weltärztinnenbundes, seit 2021 Vizepräsidentin der European Women's Lobby in Brüssel

Frauen und Männer unterschieden sich in vielfacher Hinsicht: In der Anatomie und Physiologie, in dem Auftreten und der Verteilung von Krankheiten, sowie im Auftreten von verschiedenen Krankheitssymptomen und den Therapiemöglichkeiten und Therapiewirkungen, um nur einige zu nennen. In den letzten Jahren setzt sich in der Medizin daher immer mehr die Auffassung durch, dass individuelle Faktoren stärker in den Fokus gerückt werden müssen und dazu gehört u.a. das Geschlecht. Die geschlechtersensible Medizin untersucht die Bedeutung die vom Geschlecht abhängigen Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen, identifiziert Risikofaktoren, die die Entstehung von Erkrankungen begünstigen oder verhindern und berücksichtigt auch Unterschiede in der Diagnostik und der Wirkung von Therapien (Kindler-Röhrborn, B. Pfeleiderer (2012), DOI 10.1055/s-0032-1316277).

Zunächst ist es allerdings notwendig, sich über Begrifflichkeiten zu verständigen:

Begrifflichkeiten

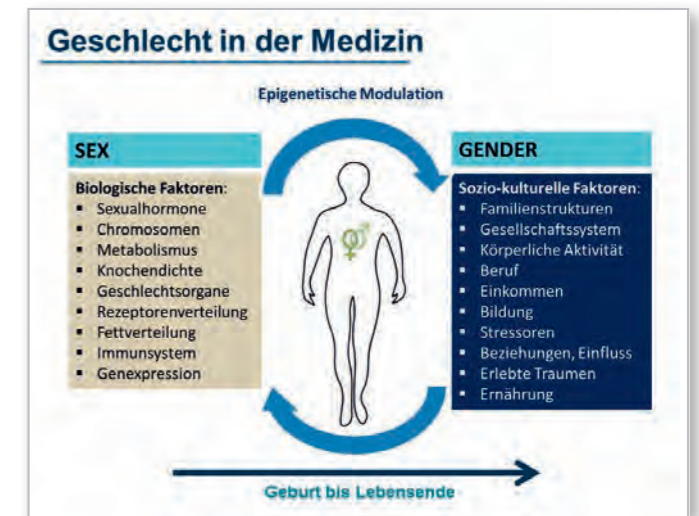
„Gender“ bezeichnet das sogenannte „soziale Geschlecht“, d.h. alle mit der Geschlechterrolle assoziierten Aspekte; wird geformt durch politische, soziale, historische und ökonomische Umstände

„Sex“ bezeichnet das biologische Geschlecht, die männlich, weiblich und intersexuelle Menschen unterscheiden

„Geschlecht“ – wird in der deutschen Sprache als Oberbegriff verwendet, der beide Aspekte beinhaltet.

Sexueller Dimorphismus: Auftreten von zwei deutlich verschiedenen Erscheinungsformen des gleichen Merkmals in männlichen und weiblichen Individuen derselben Art

Und sowohl die biologischen Faktoren als auch die sozio-kulturellen Faktoren zu berücksichtigen:

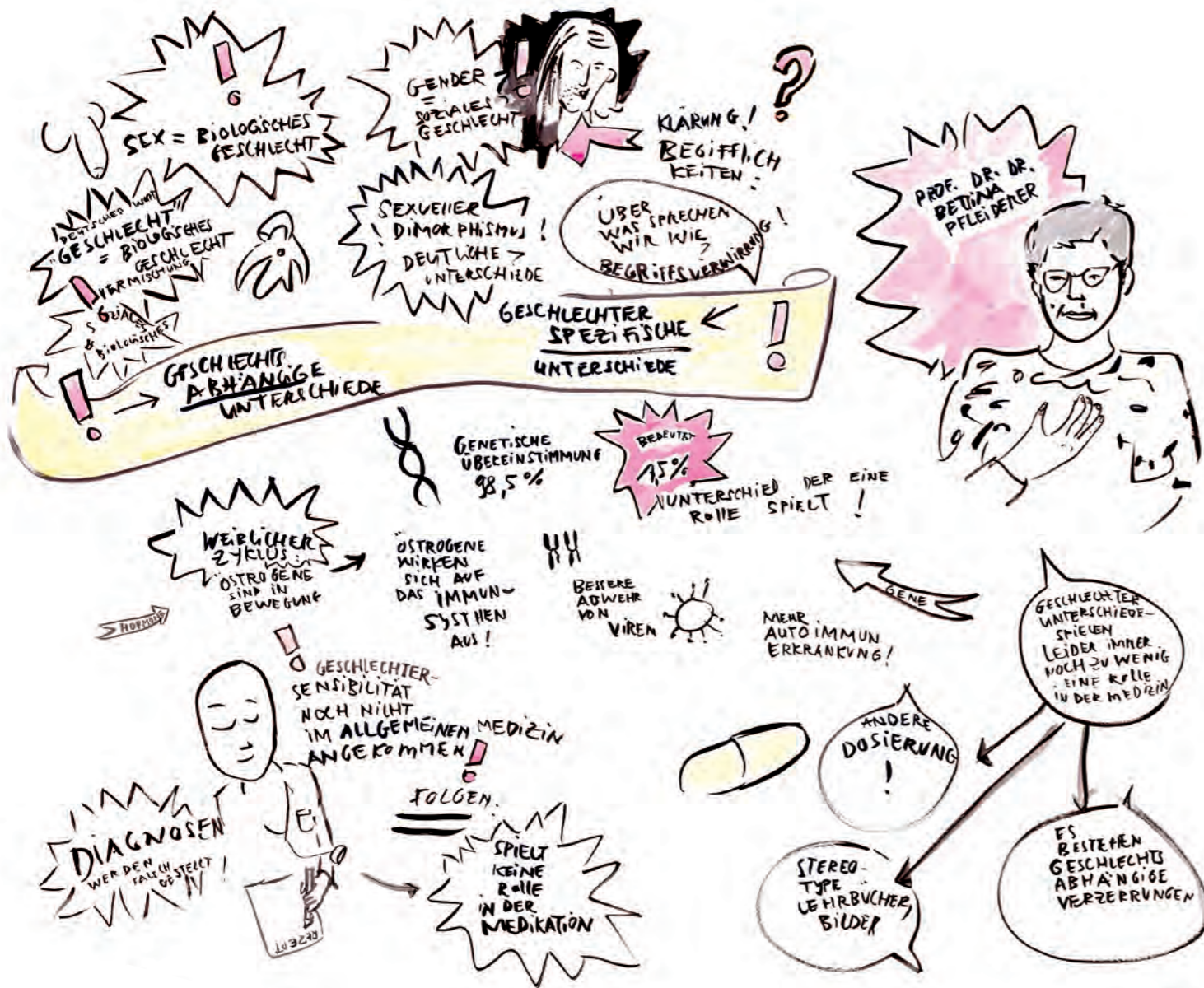


Die Frage, die nun beantwortet werden sollte, ist, ob die Kenntnis über diese Geschlechterfaktoren in der Medizin wirklich angekommen ist.

EBENE 1: KLINISCHE FORSCHUNG

Die Berücksichtigung von geschlechtersensiblen Aspekten muss in der biologischen und medizinischen Grundlagenforschung selbstverständlich sein, z.B. welchen Einfluss haben weibliche Geschlechtshormone wie beispielsweise das Östrogen auf das Immunsystem; Frauen haben ein aktiveres Immunsystem und können Viren besser abwehren, sind aber auch anfälliger für Autoimmunerkrankungen? Welche Unterschiede bestehen im Stoffwechsel zwischen Männern und Frauen? Denn auch die Unterschiede im weiblichen und männlichen Stoffwechsel →





haben Auswirkungen und sollten zu unterschiedlichen Normwerten in Abhängigkeit vom Geschlecht führen. Letzteres ist allerdings noch nicht umgesetzt. Unterschiede im Metabolismus beeinflussen ebenfalls die Wirksamkeit und die Dosierung von Medikamenten und äußern sich in unterschiedlichen Nebenwirkungsprofilen zwischen den Geschlechtern.

Obwohl diese geschlechtsabhängigen Unterschiede zunehmend untersucht werden, wird in großen klinische SARS-CoV-2-Studien das Geschlecht nicht berücksichtigt und nur 4% von fast 4500 klinischen Studien schließen den Faktor Geschlecht überhaupt mit ein.

Fazit 1:
Geschlechterfaktoren sind in der klinischen Forschung noch nicht angekommen.

EBENE 2: INTEGRATION VON GESCHLECHTERASPEKTEN IN DIE MEDIZINISCHE LEHRE
Wenn Geschlechteraspekte in die Forschung und Praxis aufgenommen werden sollen, dann müssen sie auch gelehrt werden.

Daher ist es notwendig, dass geschlechterrelevante Inhalte systematisch in die Ausbildung aufgenommen werden und zwar während des gesamten Studienverlaufs und dass diese Inhalte prüfungsrelevant sein sollten. Dies ist in Deutschland noch nicht der Fall, in den Niederlanden wurden Geschlechteraspekte bereits in medizinische Lehrmodule implementiert. Allerdings sind in den letzten Jahren neue Netzwerke an medizinischen Hochschulen entstanden, die sich mit geschlechtersensibler Medizin befassen.

Fazit 2:
Geschlechterfaktoren sind in der medizinischen Lehre noch nicht angekommen.

EBENE 3: MEDIZINISCHER ALLTAG
Neben der geschlechtersensiblen Ausbildung der Mediziner und Medizinerinnen ist es notwendig, auch in der Bevölkerung das Bewusstsein und die Akzeptanz von geschlechtsabhängigen Unterschieden z.B. in der Symptomatik von Krankheiten zu thematisieren. Der Herzinfarkt ist hierfür ein sehr gutes und mittlerweile auch bekanntes Beispiel, da sich die Symptome bei Männern und Frauen stark unterscheiden und immer Möglichkeiten einer Fehldiagnose eröffnen bzw. zu einer zu späten Behandlung führen.

Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen eine Rolle spielen, in der Gesamtbevölkerung waren dies nur 21%. Von den niedergelassenen Ärzten*innen gaben etwa 20% an, dass sie bei der Verschreibung von Medikamenten nie geschlechtsabhängig entscheiden (Quelle: Deutsches Ärzteblatt 9.Mai 2023).

Höheres Risiko für Frauen

Während Frauen im Falle eines Herzinfarktes häufiger sterben als Männer.

Männer mit Herzinfarktsymptomen rufen durchschnittlich nach 80 Minuten den Rettungswagen. Frauen warten rund 108 Minuten – beinahe eine halbe Stunde länger, kommen oft 1h später in der Notaufnahme an.

- Menopause Risiko, Östrogene schützen, aber auch junge Frauen betroffen
- Als männliche „Managerkrankheit“ angesehen
- Zu spät erkannt (untypische Symptome), Frauen erkennen es oft nicht, aber auch viele Mediziner*innen sind sicher unsicher
- Symptome werden nicht als „ernst“ betrachtet

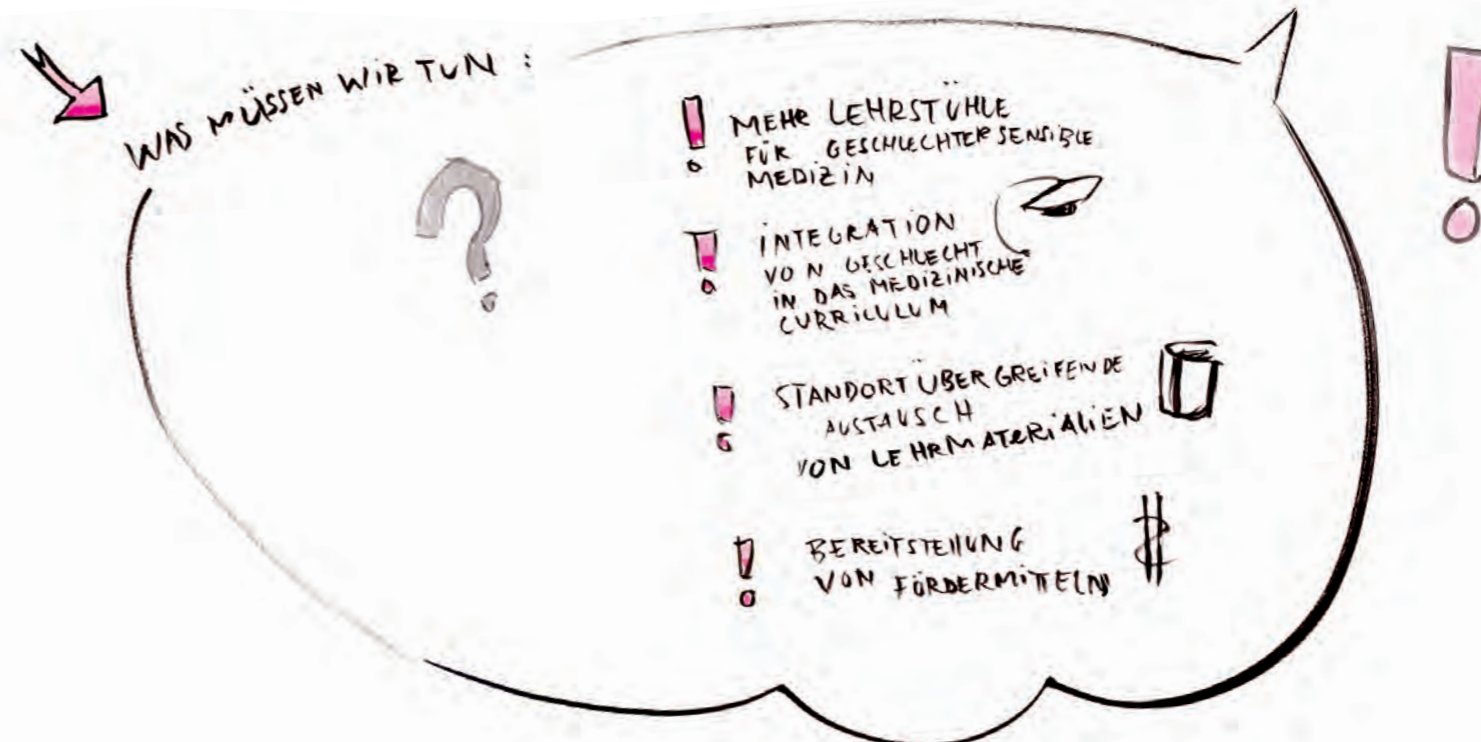
Studien haben gezeigt, dass noch nicht einmal 50% der befragten Personen glaubten, dass das Geschlecht bei der Behandlung relevant sei, unter den befragten Hausärzten*innen waren dies 96%. Bezogen auf den Herzinfarkt bestätigten immerhin ca. 75% der befragten Ärzten*innen, dass das Geschlecht bei der

Fazit 3:
Geschlechterfaktoren sind im medizinischen Alltag noch nicht angekommen.

GenderMed-Wiki: Startseite

Willkommen bei GenderMed-Wiki

<http://gendermed-wiki.de>



MARKT DER MÖGLICHKEITEN

Der Bedarf der Frauen an Gesundheitsinformationen und -versorgung erfordert Angebote über alle Lebensphasen hinweg, flächendeckend vor Ort und angepasst an die individuellen Lebenswelten der Frauen. Daher ist eine Gesundheitsversorgung geschlechtersensibel auszurichten. Der Markt der Möglichkeiten auf der Frauengesundheitskonferenz hat die große Vielfalt an Beratungsangeboten und Informationsbedürfnissen aufgezeigt. 13 regionale und überregionale Verbände und Selbsthilfe-Organisationen haben sich vorgestellt, vernetzt und sind in regen Austausch mit den Teilnehmer*innen der Konferenz getreten.

Am Markt der Möglichkeiten nahmen teil:

01. Evangelische Müttergenesung Baden-Württemberg, Deutsches Müttergenesungswerk und Elly-Heuss-Knappstiftung
02. DGB-Frauen Baden-Württemberg
03. pro familia Baden-Württemberg: Team Prozessbegleitung sexualpädagogischer Konzeptentwicklung
04. Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. (EVA): Schwangerenberatung, Team Familienunterstützung, Aidsberatung, Suchtberatung in der Schwangerschaft, Beratung zum Thema FGM / C
05. Hebammenverband Baden-Württemberg
06. Deutscher Ärztinnenbund, Regionalgruppe Baden-Württemberg
07. Zukunft Familie e.V.: Fachverband für Familienpflege und Organisierte Nachbarschaftshilfe
08. Sisters – für den Ausstieg aus der Prostitution! e.V.
09. Pro Choice Bündnis Stuttgart
10. Wildwasser Stuttgart e.V. und landesweite Koordinierungsstelle FGM / C
11. Verein FrauenGesundheitsTage e.V. Offenburg
12. Projekt »FRAUEN STÄRKEN« Kreis Konstanz
13. Landessportverband Baden-Württemberg e.V. (es liegt leider kein Bildmaterial vor)



04



02



03



09



06



12



07



10



08



05



11



01

VORTRAG & WORKSHOP 1:

»DENN SIE WISSEN, WAS SIE TUN ... 150 JAHRE § 218 SIND GENUG!«

Dr. Marion Janke – Geschäftsführerin pro familia Stuttgart



WARUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH EIN THEMA DER FRAUENGESUNDHEIT IST!

Dr. Marion Janke stellte in ihrem Vortrag zunächst dar, dass Schwangerschaftsabbrüche mit ca. 100.000 im Jahr, einer der häufigsten Eingriffe in der Gynäkologie sind. Jeder Mensch, der sexuell aktiv ist, kann von einer ungewollten Schwangerschaft betroffen sein und Frauen riskieren weltweit ihre Gesundheit, manchmal ihr Leben, um eine ungewollte Schwangerschaft abzuberechnen. Der Zugang zu einem sicheren und medizinisch korrektem Schwangerschaftsabbruch ist somit ein extrem wichtiges Thema der Frauengesundheit und ein Menschenrecht.

Auf der Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo wurde festgelegt, dass reproduktive Gesundheit und Rechte Teil des Menschenrechts auf Gesundheit sind. Jede Person, die schwanger werden kann, hat das Recht selbst zu entscheiden, ob, wann und in welchen Abständen sie eine Schwangerschaft austragen möchte.

Bis heute ist der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland im Strafgesetz unter § 218 geregelt. Er steht in einer Reihe mit Mord und Totschlag, ist rechtswidrig und kriminalisiert Frauen und Ärzt*innen. Der Staat erlegt der Frau eine Pflicht zum Austragen der Schwangerschaft auf, die nur unter bestimmten Auflagen aufgehoben werden kann. Die für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch vorgeschriebene Beratung soll dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen und gleichzeitig ergebnisoffen sein.

Die Geschichte des Schwangerschaftsabbruchs war immer eine Geschichte der Fremdbestimmung von Frauen, der Instrumentalisierung von Frauenkörpern und ein Spiegel der Gesellschaft. Die Legalität oder Illegalität war stets abhängig von moralischen, religiösen, rechtlichen oder bevölkerungspolitischen Vorstellungen von vor allem männlichen Machthabern.

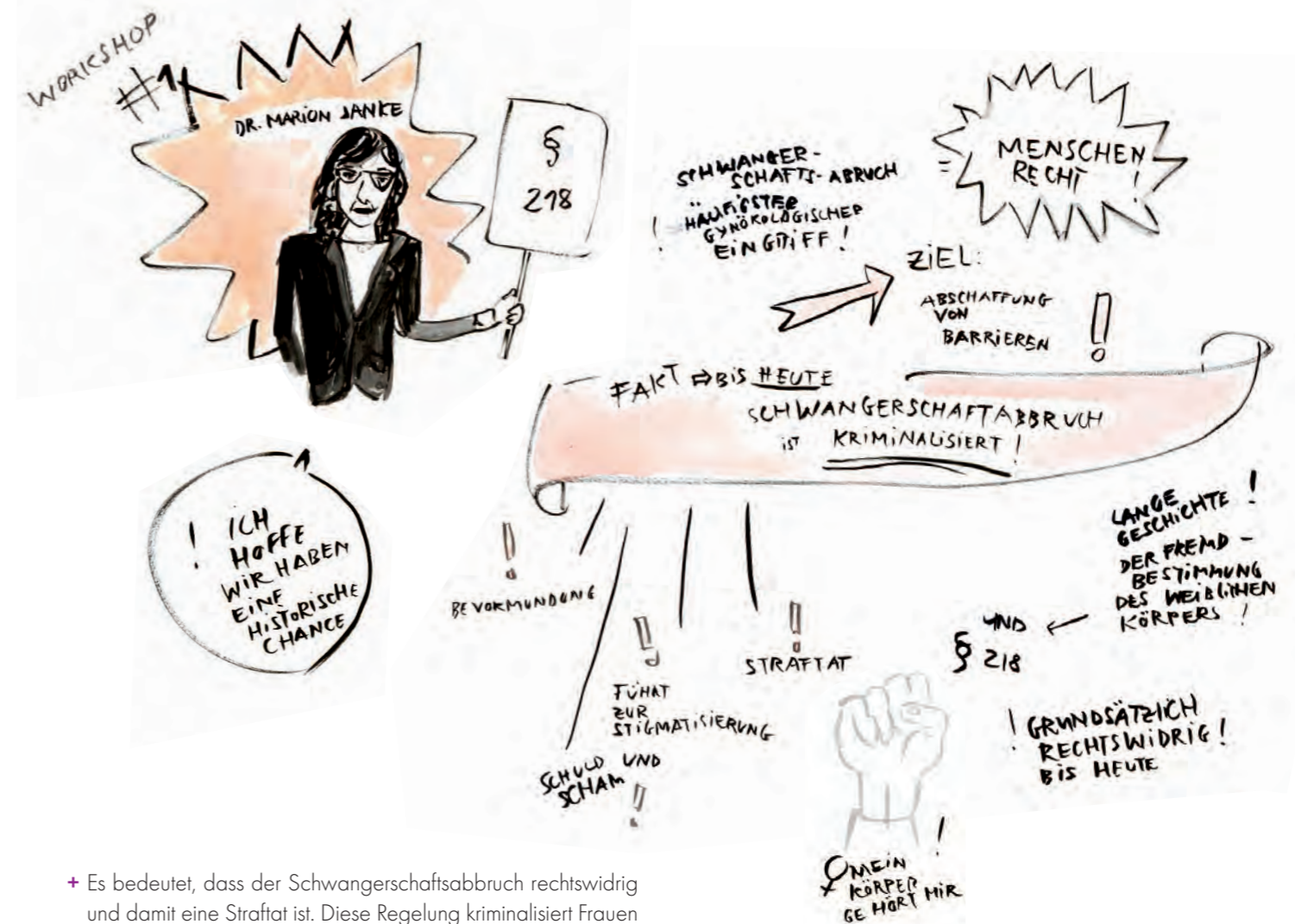
1871 wurde das Abtreibungsverbot durch Kaiser Wilhelm I eingeführt und trotzdem gab es Anfang des 20. Jahrhunderts ca. 600.000 Abbrüche pro Jahr. Die sogenannten »Engelmacherinnen« machten sogar Werbung in den Tageszeitungen für illegale Abbrüche und die Mütter- und Säuglingssterblichkeit war sehr hoch. Frauenbewegungen kämpften immer gegen den § 218 und forderten schon 1905 den freien Zugang zu Verhütungsmitteln, Sexualaufklärung und der Streichung des § 218.

Bis heute ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich für alle Beteiligten nach § 218 des Strafgesetzbuches (StGB) strafbar. Es gelten aber folgende Ausnahmen: Bei einem Schwangerschaftsabbruch auf der Grundlage der sogenannten Beratungsregelung (§ 218a Absatz 1 StGB) ist der Tatbestand eines Schwangerschaftsabbruchs nicht verwirklicht, wenn ...

- + die schwangere Frau den Schwangerschaftsabbruch verlangt und eine Bescheinigung einer anerkannten Beratungsstelle vorlegt und damit
- + eine mindestens drei Tage zurückliegende Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB nachgewiesen ist,
- + der Schwangerschaftsabbruch von einer Ärztin oder einem Arzt vorgenommen wird und
- + seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sind.

Wenn diese Voraussetzungen vorliegen, kann keine/keiner der am Schwangerschaftsabbruch Beteiligten bestraft werden. Gleichwohl ist die Tat nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 rechtswidrig.

Im Workshop wurde auch diskutiert, was es bedeutet, dass der Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetz geregelt und die Beratung verpflichtend ist.



- + Es bedeutet, dass der Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig und damit eine Straftat ist. Diese Regelung kriminalisiert Frauen und Ärzt*innen und ist Ausdruck gesellschaftlicher Missbilligung. Dies führt zu Stigmatisierung und damit zu Schuld- und Schamgefühlen bei den betroffenen Frauen.
- + Es bedeutet, dass die Frau eine grundsätzliche Pflicht zum Austragen hat und das ist eine Verletzung der körperlichen Integrität und der persönlichen Autonomie.
- + Es bedeutet, dass das Schweigen und die Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs den Diskurs verhindern und damit nicht zur Verbesserung der Situation beitragen.
- + Es bedeutet, dass die Frauen die verpflichtende Beratung als bevormundend und diskriminierend empfinden, denn 70% kommen entschieden in die Beratung.

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (UN Frauenrechtskonvention CEDAW) wurde 1979 verabschiedet und trat 1981 in Kraft. Deutschland hat die Frauenrechtskonvention 1985 ratifiziert. Seitdem ist sie Teil des deutschen Rechts im Rang eines Bundesgesetzes. Aber selbst wenn dort geregelt ist,

- + dass die Gesundheit der Frauen zu gewährleisten und sicherzustellen sind, so dass sie nicht dem Risiko illegaler Abtreibungen ausgesetzt werden,
- + dass bestehende Barrieren abgebaut und illegale Abtreibungen eher durch Entkriminalisierung verhindert werden sollen,

- + dass ein zusätzlich allgemeiner Zugang zu Bildung über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie zu Verhütungsmitteln gewährleistet werden müsse, ist die medizinische Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch bundesweit nicht gesichert und das gilt auch für Baden-Württemberg, obwohl der Staat die Verpflichtung hat für ein flächendeckendes Angebot zu sorgen.

Die aktuelle Entwicklung in Deutschland birgt jedoch eventuell eine historische Chance, die Versorgungslage für ungewollt Schwangere zu verbessern und die gesundheitliche Versorgung sicherzustellen. Im August 2022 wurde § 219a, das sogenannte »Werbeverbot« für Ärzt*innen gestrichen. Im März 2023 wurde die »Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin« ernannt und mit Ethiker*innen/Jurist*innen / Mediziner*innen und wissenschaftlich Arbeitenden besetzt, die sich im Schwerpunkt mit den reproduktiven Rechten wie Leihmutterschaft und Eizellspende und der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs beschäftigen.

Abschließend wurde festgestellt:
Mehr Vertrauen in die Frauen, denn sie wissen, was sie tun!

VORTRAG & WORKSHOP 2:

»WARUM FRAUEN SICH SELBST ZUR PRIORITÄT MACHEN SOLLTEN – SELBSTFÜRSORGE FÜR ENGAGIERTE UND AKTIVE FRAUEN«

Manuela Rukavina – Soziologin M.A., systemische Coach, zertifizierte Anwenderin der Positiven Psychologie



Wie schaffen politisch engagierte Frauen neben Beruf, Privatleben und ehrenamtlichen Funktionen dennoch aktive Selbstfürsorge in ihren Alltag zu integrieren? Warum ist Selbstfürsorge in der Bewertung von vielen Frauen häufig ein Thema mit niedriger Priorität?

Manuela Rukavina stellte in ihrem Vortrag die These auf, dass Selbstfürsorge die Basis für gelingende Frauenpolitik sei. Warum? Frauen, die völlig erschöpft und gestresst sind, engagieren sich nicht mehr, bzw. sind nicht zwingend zielführend. Außerdem sind Frauen, die sich und ihre Selbstfürsorge vernachlässigen ein schlechtes Vorbild für andere Frauen und vermitteln so auch keinerlei Attraktivität für andere Frauen, die sich auch frauenpolitisch zu engagieren. Manuela Rukavina ging in ihrem Impuls auch darauf ein, dass es sich lohnt, auf die eigenen Erwartungen aber auch die Erwartungen, die in der frauenpolitischen Community untereinander gestellt werden zu schauen und diese regelmäßig in Frage zu stellen. Außerdem versucht das Hirn immer Res-

ourcen zu sparen, sprich, es macht im Stress immer dasselbe. Uns geht die Kreativität verloren, man agiert immer nach dem gleichen Schema F – dies ist in unserer schnelllebigen Zeit nicht zwingend förderlich.

Der letzte und wichtigste Punkt ist die Frage nach Priorität. Wie können wir als Frauen von der Gesellschaft erwarten, dass sie uns ernst nimmt, wenn die Gesellschaft und die Menschen um uns herum gut daran gewöhnt sind, zu sehen, dass viele Frauen sich selbst nicht als wichtig einstufen, dass sie sich oft stillschweigend aufopfern, komme was wolle?

Manuela Rukavinas Aufruf war, dass bei aller Wichtigkeit und Dringlichkeit der Themen klar ist, dass Frauen engagiert bleiben »müssen«, weil kein anderer unsere Themen übernehmen wird. Dennoch ist es das Allerwichtigste, dass den Frauen dabei nicht die Kraft verloren geht.



Im Workshop wurde miteinander diskutiert, warum es vielen Frauen schwer fällt, Selbstfürsorge zu betreiben. Hierbei wurde vor allem die Sorge darüber geäußert was wohl die anderen denken oder wer denn sonst die Aufgaben erledigen solle. Insgesamt war das Thema Erwartungen und sozialer Druck sehr präsent. Manuela Rukavina zeigte den Teilnehmerinnen hierbei unterschiedliche Ebenen auf, die hier wirken (Rollendefinition, Gewohnheiten und Routinen und Kommunikation).

Konkret wurde im Workshop die Übung »Menü für einen gesunden Geist« vorgestellt. Dies ist eine positiv psychologische Methode, bei der man sich immer wieder am Tag bewusst macht: Welche Zeitform brauche ich jetzt gerade? Und diese dann

– zumindest für ein paar Minuten – umsetzt. Die zur Verfügung stehenden Zeitformen sind: Fokuszeit/Spielzeit/energiegebende Beziehungszeit/physische Zeit/innere Klausur/Off-Zeit/Schlafenszeit. Mit den Teilnehmenden wurden Ideen gesammelt, welche Zeitform wie im Alltag umgesetzt werden kann – egal wie fordernd dieser ist.

Im dritten Teil des Workshops wurde die Fragen besprochen, wie wir mit dem angesprochenen Erwartungsdruck umgehen können und auch wie wir untereinander den Umgang ändern könnten: Hin zu Verständnis, offener Kommunikation und Akzeptanz dafür, dass Selbstfürsorge kein Wellness-Programm, sondern extrem wichtig und der elementarste Schritt zur Gleichstellung ist.

VORTRAG & WORKSHOP 3:

»GESCHLECHTERSSENSIBLE ANSÄTZE IN DER MEDIZIN – GESCHLECHTERSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE IN DER BEHANDLUNG VON FRAUEN UND MÄNNERN«

Prof.in Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth – Vorsitzende des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg, Mitglied im geschäftsführenden Vorstand der »Spitzenfrauengesundheit«, Stellvertretende Bundesvorsitzende Deutscher Hausärzterverband



Prof.in Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth erläuterte zunächst die Begrifflichkeit und Bedeutung von Gendermedizin. Unter Gendermedizin versteht man ein relativ neues Forschungsfeld, das sich damit befasst, wie sich biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf die Gesundheit auswirken. Gendermedizin zielt darauf ab, geschlechtergerechte Ansätze in der medizinischen Forschung und Praxis zu fördern. Das bedeutet, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit berücksichtigt werden, wenn es um die Diagnose und Behandlung von Krankheiten geht. Es geht darum, die Gesundheit von Frauen und Männern gleichermaßen zu fördern und sicherzustellen, dass alle Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung erhalten.

Die Geschlechterunterschiede in der Gesundheit sind seit Langem bekannt und wirken sich zum Beispiel bei der Einnahme von Medikamenten aus. Betroffen sind zum einen die Pharmakinetik, also das, was der Körper mit einem Arzneimittel macht und zum anderen die Pharmakodynamik, also welche Vorgänge ein Arzneimittel auslöst. Trotz dieser Unterschiede gibt es kaum geschlechtersensible Untersuchungen und Daten hierzu.

Ein Grund, warum dies so ist, liegt in der Historie. 1977 wurden infolge des Contergan-Skandals gebärfähige Frauen durch die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA von frühen klinischen Prüfungen der meisten Arzneimittel ausgeschlossen. Dies wurde erst 1993 revidiert. Seit 2004 ist die Ermittlung eventueller →



Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Rahmen klinischer Prüfungen in Deutschland gesetzlich gefordert, wurde aber häufig umgangen. Erst seit 2022 ist die Ermittlung eventueller Geschlechterunterschiede im EU-Recht verankert.

Die Ursachen für die Geschlechterunterschiede sind vielfältig. Genetische, hormonelle und zelluläre Aspekte spielen hier eine Rolle, aber auch Unterschiede im Körperbau und soziokulturelle Aspekte müssen berücksichtigt werden. Werfen wir einen kurzen Blick auf diese Faktoren.

Auf Ebene des menschlichen Erbguts hat das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines kleinen Strichs große Bedeutung. Frauen haben zwei X-, Männer ein X- und ein Y-Chromosom, das sie von ihrem Vater geerbt haben und das sie zum Mann macht. Auf dem Y-Chromosom liegen weniger als 100 Gene. Auf dem X-Chromosom sind es mehr als 1.000. Das ist der Grund dafür, dass Männer häufiger an Erbkrankheiten leiden. Anders als Frauen können Männer einen Gendefekt auf dem X-Chromosom nämlich nicht durch ein zweites X-Chromosom ausgleichen. Der kleine Unterschied zwischen dem X und dem Y hat also großen Einfluss, insbesondere auf Herz, Hirn und Immunsystem.

Der offensichtlichste Unterschied zwischen Männer und Frauen besteht zweifellos im Körperbau. Trotzdem sollte man sich hier vor einfachen Schlüssen hüten. Denn obwohl der Mann in der Medizin lange als »Prototyp« galt und die Frau als zu vernachlässigende »Abweichung« von dieser Norm betrachtet wurde, sind Frauen eben KEINE 10 Kilogramm leichteren Männer. Frauen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich des Körpergewichts und der Körpergröße, sie haben auch kleinere Organe als Männer und verfügen über einen höheren Fettanteil. Das ist ausschlaggebend dafür, dass lipophile Medikamente, wie man sie beispielsweise bei Antidepressiva findet, länger bei Frauen wirken. Eine stärkere Wirkung bei Frauen als bei Männern entfalten auch Schmerzmittel und viele blutdrucksenkende Arzneimittel. Das liegt daran, dass eine Tablette für den Weg durch Magen und Darm einer Frau etwa doppelt so lange braucht wie bei einem Mann. Auch der Abbau von Wirkstoffen in der Leber dauert länger. Das muss bei der Dosierung von Medikamenten berücksichtigt werden.

Wenn wir uns die hormonellen Unterschiede zwischen Männer und Frauen ansehen, dürfen wir Frauen uns zunächst mal freuen. Denn dem Östrogen haben wir zu verdanken, dass unser Immunsystem stärker als das von Männern ist. Eventuell verläuft ein »Männerschnupfen« also tatsächlich dramatischer als bei Frauen. Östrogen fördert nämlich die Vermehrung von Immunzellen, wohingegen Testosteron das Wachstum bremst.

Östrogen sorgt aber auch dafür, dass Frauen negativ belastet sind, wenn es um Schlaganfall, Fettleber, zyklusabhängige Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen geht.

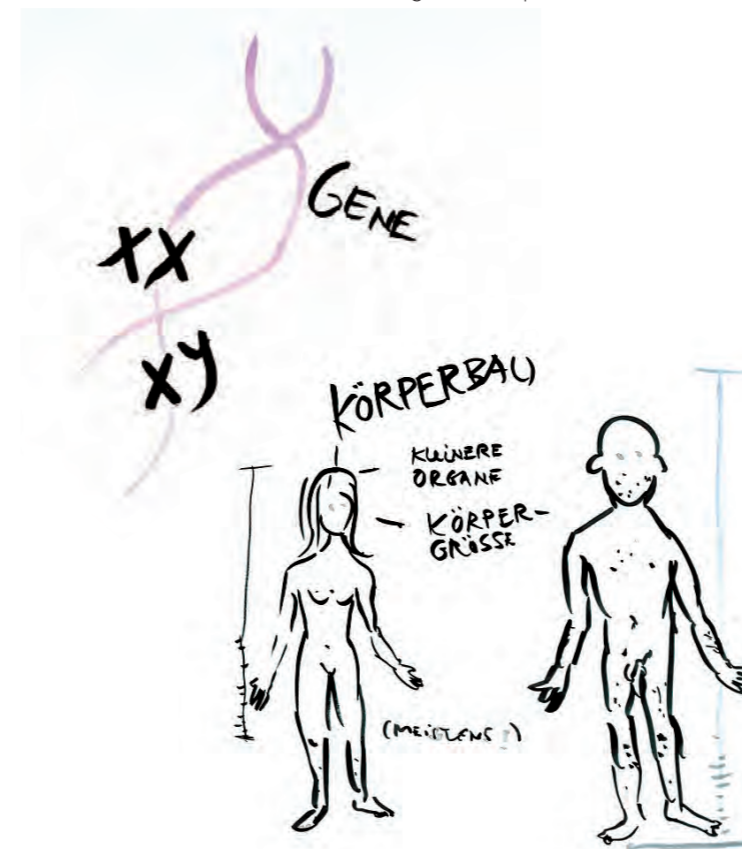
Östrogen sorgt aber auch dafür, dass Frauen negativ belastet sind, wenn es um Schlaganfall, Fettleber, zyklusabhängige Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen geht.

Das männliche Geschlechtshormon Testosteron ist hingegen dafür verantwortlich, dass Männer eine höhere Schmerzgrenze haben. Das Hormon fördert zudem das Knochenwachstum und unterstützt den Knochenstoffwechsel, wodurch es auch eine schützende Wirkung auf das Skelett hat.

Sowohl männliche als auch weibliche Hormone wirken an den Zellen nur über bestimmte, geschlechtsspezifische Rezeptoren. Dasselbe gilt für Viren und Virusrezeptoren. Man kann sich diesen Vorgang bildhaft als Schlüssel und Schloss vorstellen, wobei die Rezeptoren quasi die Schlüssellöcher sind, in die der Schlüssel, in diesem Fall das Hormon oder Virus, passen muss. Das Coronavirus hat in diesem Zusammenhang neue Erkenntnisse gebracht: Es wurde nämlich festgestellt, dass Männer über eine höhere Konzentration eines bestimmten Rezeptors verfügen, die dem Coronavirus als Eintrittspforte dient.

Neben den physiologischen Merkmalen gibt es aber auch soziokulturelle Unterschiede zu berücksichtigen. Darunter fällt zum Beispiel die Tatsache, dass Männer seltener zur Vorsorge gehen. Frauen hingegen rufen sich selbst bei Herzerkrankungen seltener den Notdienst. Und noch eine eher bittere Erkenntnis soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben: Frauen rufen für ihren Mann schneller den Notdienst als Männer für ihre Frauen.

Den vielfältigen Unterschiedsmerkmalen entsprechend zeigen sich auch bei einer Vielzahl der häufigen Erkrankungen Geschlechterunterschiede. Ein gutes Beispiel sind Herzkreislauferkrankungen, insbesondere der Herzinfarkt, bei dem sich die Symptome von Männern und Frauen mitunter stark unterscheiden – was fatale Folgen haben kann. Denn Frauen kommen mit einem Herzinfarkt im Durchschnitt erst zwei Stunden später in die Notaufnahme als Männer. Da Symptome wie Luftnot, Schwindel, Schwächegefühl, Bauchschmerzen oder Druck im oberen Rücken noch immer oft als atypisch erachtet werden, wird der Herzinfarkt bei Frauen häufig nicht erkannt. Um das zu verhindern, wurden zwischenzeitlich Schulungsprogramme für Mitarbeiter in Notaufnahmen entwickelt.



Im Workshop wurde erarbeitet, dass es also verschiedene Punkte zu beachten gilt, um gendersensibel diagnostizieren und behandeln zu können:

Im Workshop wurde erarbeitet, dass es also verschiedene Punkte zu beachten gilt, um gendersensibel diagnostizieren und behandeln zu können:

- + Frauen und Männer geben bei gleichen Erkrankungen oft unterschiedliche Symptome an.
- + Das Geschlecht eines Menschen ist mitverantwortlich dafür, wie wahrscheinlich sich bestimmte Erkrankungen entwickeln.
- + Wie die beste Behandlung einer Erkrankung aussieht, ist mitunter abhängig vom Geschlecht.
- + Die Wirkungsweise von Medikamenten ist bei Männern und Frauen unterschiedlich. Manche Medikamente sind bis heute zu hoch dosiert für Frauen.
- + Klar ist also: Frauen und Männer sind auch anders krank und müssen daher unterschiedlich behandelt werden.

Doch ausgerechnet in der Medizin ist die sonst so verbreitete und in diesem Fall dringend notwendige Ungleichbehandlung nicht vorhanden. Was sind die Gründe für diese Problematik?

Sie liegen in der Lehre, aber vor allem auch in der Forschung begründet: Zum einen wurden die Geschlechterunterschiede an den Medizinischen Fakultäten bisher nicht ausreichend thematisiert. Zum anderen wird in der Arzneimittelentwicklung zu 70% an männlichen Mäusen geforscht, obwohl wir wissen, dass der weibliche Zyklus Einfluss auf die Medikamentenwirkung hat. Später im Verfahren werden Arzneimittel ebenfalls wieder vor allem an jungen Männern getestet. Frauen sind maximal in einem Drittel der klinischen Studien beteiligt. In der Folge muss man konstatieren, dass Mäusemänner zum Problem für Menschenfrauen werden.

FORDERUNGEN

Das muss sich ändern! Es kann nicht sein, dass Männer in der Medizin als Standard betrachtet werden, an denen Medikamente getestet auf die Therapien zugeschnitten sind. Wir brauchen eine geschlechterangepasste Versorgung. Und das erreichen wir nur, indem die Gendermedizin vorangetrieben wird und einen festen Platz in der medizinischen Forschung erhält. Wir brauchen verbindliche Vorgaben für die Arzneimittelforschung und klinische Studien. Nur so kann es gelingen, dass Mann und Mäuserich nicht weiterhin das Maß aller Dinge sind.

VORTRAG & WORKSHOP 4:

»GESCHLECHTSSPEZIFISCHE GEWALT AN FRAUEN* UND AUSWIRKUNGEN AUF DEREN GESUNDHEIT«

Tabea Konrad – Dipl.-Psychologin, Gesprächspsychotherapeutin und Traumatherapeutin, Mitglied des geschäftsführenden Teams im Fetz Frauenberatungs- und Therapiezentrum Stuttgart e.V., Vorsitzende des Landesverbands Frauen* gegen Gewalt e.V. (LF*GG) und Sprecherin der LAG Frauennotrufe



GESCHLECHTSSPEZIFISCHE GEWALT – WAS IST DAS?

Geschlechtsspezifische Gewalt zeichnet sich dadurch aus, dass sie Frauen* und Mädchen*, aber auch trans* Personen, intergeschlechtliche Menschen und nichtbinäre Menschen unverhältnismäßig stark betrifft. Frauen* und trans* Personen erfahren also Gewalt aufgrund ihres biologischen oder sozialen Geschlechts. Geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen* hat viele Gesichter: Zum Beispiel sexualisierte Gewalt und sexuelle Belästigung, körperliche Gewalt, psychische Gewalt, häusliche Gewalt, frauen*verachtende Beleidigungen und Drohungen im Internet, Stalking, Zwangsheirat, Genitalverstümmelung, Zwangsabtreibung und Zwangssterilisierung.

PRÄVALENZ

In Deutschland haben 40% der Frauen* seit ihrem 16. Lebensjahr körperliche und/oder sexualisierte Gewalt erlebt, vor allem im sozialen Nahraum. Jede siebte Frau* hat sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung erfahren. Der überwiegende Teil aller Frauen* hat sexuelle Belästigung erlebt. Und jede vierte Frau* hat Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner* erlebt.¹ Bei diesen hohen Zahlen wundert es nicht, dass die ehemalige WHO-Generaldirektorin Margaret Chan Gewalt gegen Frauen* als »globales Gesundheitsproblem von epidemischem Ausmaß« bezeichnet.

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE GEWALT IST EIN GESELLSCHAFTLICHES PROBLEM

Mir ist dennoch wichtig, geschlechtsspezifische Gewalt nicht in erster Linie unter dem gesundheitlichen Aspekt zu begreifen.

Traumatisierungen und Gewalterlebnisse werden zunehmend als krankhafte Störungen und neurobiologische Symptome betrachtet. Gewaltbetroffene Frauen* erhalten schnell eine medizinische Diagnose wie z.B. »Posttraumatische Belastungsstörung« und werden in der Folge als krank und behandlungsbedürftig betrachtet. Gewalterfahrungen werden dadurch oft auf individuelle Einzelschicksale reduziert. Diese Betrachtungsweise lässt jedoch die Ursachen von Gewalt gegen Frauen* außen vor. Geschlechtsspezifische Gewalt ist keine Krankheit, keine Störung und somit auch nicht in erster Linie ein individuelles Problem von gewaltbetroffenen Frauen*.

Gewalt gegen Frauen* ist laut Istanbul-Konvention eine Menschenrechtsverletzung. Die Istanbul-Konvention ist ein Gesetz zum Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Die Istanbul-Konvention ist auch in Deutschland geltendes Recht. Demnach ist geschlechtsspezifische Gewalt Ausdruck eines Macht-Ungleichgewichts zwischen den Geschlechtern. Sie muss immer »vor dem Hintergrund (...) der bestehenden Stereotype, der mit den Geschlechtern verbundenen Rollen und der Diskriminierung der Frau betrachtet werden.«² Geschlechtsspezifische Gewalt ist ein gesamtgesellschaftliches Problem.

GESUNDHEITLICHE FOLGEN

Neben dem gesellschaftlichen Aspekt hat geschlechtsspezifische Gewalt natürlich auch Auswirkungen auf die Gesundheit gewaltbetroffener Frauen* und trans* Personen. Die Auswirkungen sind von Frau* zu Frau* unterschiedlich. Wie Frauen* und trans* Personen die Gewalterfahrungen bewältigen können, hängt von ver-

schiedenen Faktoren ab. Unter anderem von Ausmaß und Dauer der Gewalt, von der Unterstützung, die die Frau* vom sozialen Umfeld und von Fachberatungsstellen erhält und von den Vorfahrungen der Frau*. Mir ist wichtig zu betonen, dass viele Frauen*, die geschlechtsspezifische Gewalt erleben mussten, ein zufriedenes, gesundes Leben führen können.

Laut Weltgesundheitsorganisation stellt Gewalt dennoch eines der weltweit größten Gesundheitsrisiken für Frauen* dar.³ Die schlimmsten Folgen geschlechtsspezifischer Gewalt sind die tödlichen Folgen durch Femizide, also durch Mord, Totschlag, tödliche Verletzungen, aber auch durch Suizid. Bei den nicht-tödlichen, gesundheitlichen Folgen möchte ich Ihnen fünf Kategorien vorstellen und jeweils ein paar Beispiele nennen. Die Kategorieneinteilung stammt aus dem Berliner S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm⁴ zur Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt:

- + direkte körperliche Folgen wie z.B. Verletzungen, Knochenbrüche oder auch dauerhafte Behinderungen
- + psychosomatische Folgen wie z.B. chronische Schmerzsyndrome oder Atemwegsbeschwerden
- + psychische Folgen wie z.B. Posttraumatische Belastungsstörungen, Depression, Ängste, Schlafprobleme, Essstörungen, Suizidalität, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuld- und Schamgefühle, Flashbacks
- + riskantes, gesundheitsgefährdendes eigenes Verhalten als Strategie im Umgang mit den Gewaltfolgen wie z.B. Selbstverletzendes Verhalten, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, riskantes Sexualverhalten
- + Folgen für die reproduktive Gesundheit, z.B. Fehlgeburten, ungewollte Schwangerschaften, sexuell übertragbare Krankheiten

Natürlich ziehen die Gesundheitsfolgen weitere Folgen nach sich: Nach Gewalterlebnissen werden z.B. manche Frauen* arbeitsunfähig oder müssen sich frühberent lassen. Anderen Frauen* fällt es schwer, sich nach Gewalterlebnissen auf neue Menschen einzulassen oder sie isolieren sich. Neben den individuellen Folgen für die gewaltbetroffenen Frauen* und trans* Personen hat geschlechtsspezifische Gewalt auch immense Folgen für Wirtschaft und Gesellschaft. Die gesellschaftlichen Folgekosten von häuslicher und sexualisierter Gewalt gegen Frauen* in Deutschland belaufen sich laut einer aktuellen Studie⁵ des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen (EIGE) auf ca. 54 Milliarden Euro pro Jahr, das ist die unglaubliche Summe von 148 Millionen Euro pro Tag.

VERSORGUNGSLÜCKEN

Daran wird erneut deutlich, dass geschlechtsspezifische Gewalt ein gesamtgesellschaftliches Problem ist. Gesellschaft und Politik tragen die Verantwortung, Frauen* umfassend vor Gewalt zu schützen. Darüber hinaus tragen sie die Verantwortung, Frauen* und trans* Personen so gut wie möglich zu unterstützen, wenn sie bereits Gewalt erlebt haben. In meinem Workshop nachher wird der Fokus darauf liegen, wie wir als Gesellschaft gewaltbetroffene

Frauen* bestmöglich unterstützen können und was gewaltbetroffene Frauen* selbst machen können im Umgang mit den Folgen.

Ich möchte abschließend gerne noch ein paar Sätze in meiner Rolle als Vorstandsmitglied des Landesverbands Frauen* gegen Gewalt LF*GG e.V. sagen. Der LF*GG ist der baden-württembergische Dachverband der Fachberatungsstellen, die zu sexualisierter und häuslicher Gewalt arbeiten. Feministische Fachberatungsstellen sind die zentrale Säule in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen*. Feministische Fachberatungsstellen unterstützen die einzelnen Frauen* individuell – aber immer mit Blick auf die Gesellschaft! Sie ordnen Gewalt und Gewaltfolgen gesellschaftlich und menschenrechtlich ein. Die Fachberaterinnen* erarbeiten gemeinsam mit den Frauen* einen möglichst guten Umgang mit den Folgen, informieren über Anzeigemöglichkeiten und begleiten bei Bedarf zur Polizei, zum Gericht und zu Ärzt*innen. Neben der Beratung arbeiten sie auch an den Ursachen geschlechtsspezifischer Gewalt mit Fortbildung, Prävention, Vernetzung, Sensibilisierung und politischer Arbeit. Sie sind nicht an staatliche oder kirchliche Institutionen gebunden. Das ist von Vorteil, weil patriarchale Strukturen und Gewalt gegen Frauen* alle Religionen durchziehen und häufig auch in Institutionen stattfindet.

Es ein Skandal, dass nach wie vor lange nicht alle baden-württembergischen Landkreise und Kommunen Fachberatungsstellen zu den unterschiedlichen Formen geschlechtsspezifischer Gewalt vorhalten. Nach wie vor werden viel zu viele Frauen*, die von geschlechtsspezifischer Gewalt betroffen sind, alleine gelassen. Die Fachberatungsstellen und wir als Fachverband setzen uns dafür ein, dass alle gewaltbetroffenen Frauen* und trans* Personen die Unterstützung und Hilfe bekommen, die ihnen zusteht. Wir setzen uns dafür ein, dass Politik und Gesellschaft Verantwortung in der Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt übernehmen. Wir haben die Vision, dass eines Tages alle Frauen*, Mädchen*, intergeschlechtliche, trans* und nicht-binäre Personen frei von Gewalt und Unterdrückung leben können. Lassen Sie uns gemeinsam dafür eintreten!



¹ Schröttle, M & Müller, U (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland | ² Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Gesetz zu dem Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 (Istanbul-Konvention) und erläuternder Bericht

³ Krug E, Dahlenberg I, Mercy J et al. (2002) World report on violence and health. WHO, Genf | ⁴ Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht; gefördert durch das BMFSFJ, Berlin | ⁵ Vgl. European Institute for Gender Equality (2021) The costs of gender-based violence in the European Union

VORTRAG & WORKSHOP 5:

»WAS WÄRE, WENN WIR EIN BÜNDNIS GRÜNDEN?«

Susanne Brückner – Gleichstellungsbeauftragte Stadt Pforzheim und Sprecherin der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) kommunale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte Baden-Württemberg



Die Notwendigkeit der geschlechtssensiblen Betrachtungsweise von Gesundheit und gesundheitlichem Verhalten setzt sich zunehmend durch. Dennoch besteht weiterhin ein eklatanter Mangel an geschlechtsdifferenzierten Studien, an statistischen Erhebungen und validen Daten. Hinzukommen negative Auswirkungen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, hohe Belastungen in den Gesundheitsberufen, eine fehlende geschlechtergerechte Verteilung unbezahlter Haus- und Fürsorgearbeit, ohne die es keine nachhaltige gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft insgesamt, aber auch im Gesundheitswesen geben wird.

Bei all diesen Herausforderungen zeigt sich auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene immer wieder, wie wertvoll und essentiell Vernetzung, fachlicher Austausch und der gemeinsame Einsatz staatlicher und zivilgesellschaftlicher Akteur*innen für die Gleichstellung der Geschlechter ist. Dies bezieht sich auf alle gleichstellungsrelevanten Themen und Handlungsfelder und somit auch auf ein besonders wertvolles Gut – unsere Gesundheit.

AUSGANGSPUNKT UND IDEE

Die Idee ein Netzwerk zum Thema Frauen und Gesundheit anzuregen entstand aus meiner Arbeit und aus meinen Erfahrungen als Gleichstellungsbeauftragte der Stadt Pforzheim und als Sprecherin der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) kommunale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte Baden-Württemberg. Ausgehend von der Idee fanden einzelne Vorgespräche mit Vertreterinnen aus Landesverbänden statt, darunter dem Hebammenverband BW, dem pro familia Landesverband BW und dem Landesfrauenrat BW. In der Folge wurde das Vorhaben weiter konkretisiert. Im Ergebnis wurde entschieden, die Idee einer Netzwerkgründung auf Landesebene im Rahmen der landesweiten Frauengesundheitskonferenz am 12.05.2023 in Stuttgart vorzustellen und ggf. weitere Schritte in Richtung Bündnisgründung einzuleiten.

ZUR INHALTLICHEN ANNÄHERUNG – BEISPIELE BESTEHENDER NETZWERKE

1. Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit Niedersachsen

<http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/index.htm>
Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit ist ein Zusammenschluss von Vertreterinnen aus Verbänden und Vereinigungen, die bundes- oder landesweit zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit/Gesundheitsförderung arbeiten. Im Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit sind 18 Verbände, Netzwerke und Arbeitskreise vertreten. (Download 10.05.2023)

2. Das bremer forum frauengesundheit

<https://www.frauen.bremen.de/gesundheits/gremien-1686>
Das bremer forum frauengesundheit besteht seit 1994 und ist ein Verbund für fachübergreifende Diskussionen zu Frauengesundheitsfragen mit Vertreterinnen aus diversen Institutionen, Organisationen, Projekten, etc. Ziel des Forums ist es, eine frauengerechte Gesundheitsförderung und Krankheitsversorgung durchzusetzen. Dazu findet eine regionale und überregionale Vernetzung von Fachfrauen aus dem Gesundheitsbereich und aus anderen Fachbereichen statt. Die Mitglieder des bremer forum frauengesundheit entwickeln unter anderem Kriterien für neue gesundheitspolitische Strategien. Das Forum verfasst öffentliche Stellungnahmen und Beiträge bei Anhörungen. Durch Tagungen und Fortbildungsangebote werden Impulse in die gesundheitspolitische Debatte gegeben. (Download 10.05.2023)

3. Das Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit

<https://www.gesundheit-nds-hb.de/netzwerke/netzwerk-frauen-maedchen-und-gesundheit-niedersachsen/>
Das Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wird im Wesentlichen getragen von diversen Landesverbänden und -vereinigungen, Projektträgern und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. Das Netzwerk bündelt Informationen und ermöglicht so einen

Transfer von Fach- und Erfahrungswissen. Es wirkt mit seinen öffentlichen Veranstaltungen darauf hin, Frauen- und Mädchengesundheitsförderung im kommunalen Bereich zu verankern und lädt zu einem regelmäßigen themenbezogenen Erfahrungs- und Informationsaustausch ein. (Download 10.05.2023)

4. Das Netzwerk Frauengesundheit Berlin

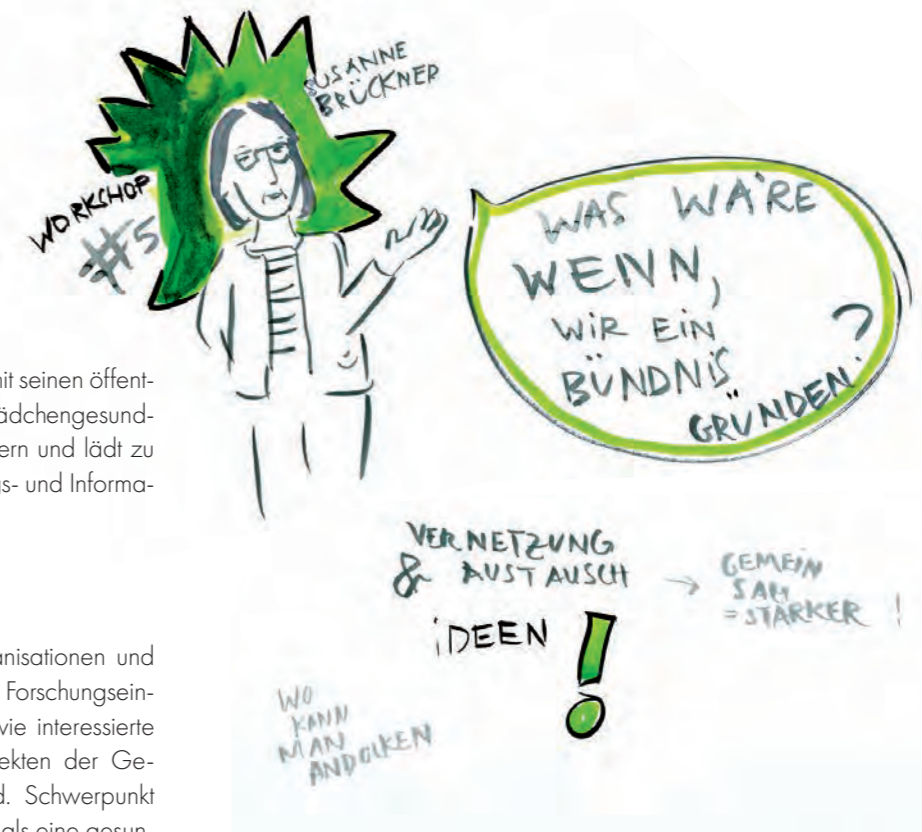
<https://www.frauengesundheit-berlin.de/>

Das Netzwerk vereinigt Vertreterinnen aus Organisationen und freien Trägern, wissenschaftlichen und klinischen Forschungseinrichtungen, Senats- und Bezirksverwaltungen sowie interessierte Fachfrauen, die mit geschlechtsspezifischen Aspekten der Gesundheitsförderung und -versorgung befasst sind. Schwerpunkt der Netzwerkarbeit ist sein Engagement für Berlin als eine gesunde Stadt für Frauen. Das Netzwerk verfolgt dabei das Ziel, die Ressourcen in Berlin für die Stärkung und Verbesserung der gesundheitlichen Angebote für Frauen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung zu bündeln. Besonderes Augenmerk richtet das Netzwerk dabei auf Angebote zur Ressourcenstärkung von benachteiligten frauenspezifischen Zielgruppen – wie Frauen mit Behinderungen/Chronischen Erkrankungen, Gewalt- und/oder suchtbedingte Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund mit einem schlechten Zugang zum Gesundheitswesen. (Download 10.05.2023)

5. BÜNDNIS GUTE GEBURT

<https://www.frauenrat.de/buendnis-gute-geburt-fordert-grundlegende-reform-der-geburtshilfe-in-deutschland/>
Kernanliegen des »Bündnisses Gute Geburt« sind u.a. die Frau als Entscheiderin für sich und ihr Kind in den Mittelpunkt jeglichen Handelns zu stellen, die Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen der Frau und ihrer Familie anzupassen, Betreuungs-, Hilfs- und Versorgungsangebote jeder Art wohnortnah und barrierearm für alle Frauen und Familien zugänglich zu machen. Frauen und Familien sollen alle notwendigen Informationen zugänglich sein, die sie für informierte Entscheidungen brauchen. Alle beteiligten Berufsgruppen rund um Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft agieren kooperativ miteinander. Alle beteiligten Berufsgruppen werden bereits in der Ausbildung auf interprofessionelles Handeln und den Bedarf von Frauen und Familien im Rahmen der geburts-hilflichen Versorgung mit der nötigen Sensibilisierung vorbereitet.

Gründungsmitglieder sind: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), Bundeselterninitiative Mother Hood e.V., Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Deutscher Frauenrat e.V. (DF), Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen. (Download 10.05.2023)



WORKSHOP UND ABSCHLUSSFRAGE IM PLENUM

Im nachmittäglichen Workshop zur Frage nach der Gründung eines Bündnisses zur Frauengesundheit in Baden-Württemberg wurde das Für und Wider eines Bündnisses diskutiert, wobei vor allem die Fragestellung beleuchtet wurde, worauf sich ein solches Bündnis fokussieren sollte und was der Mehrwert dabei sein könnte.

- + Die Durchsetzungskraft würde sich durch ein Bündnis deutlich erhöhen, da die Themen breiter aufgestellt platziert werden könnten und somit besser sichtbar wären, auch für die Politik im Land.
- + Wichtig dabei wäre, dass das Bündnis offen für alle ist, zum Beispiel für Kliniken, und sich nicht ausschließlich auf Frauengruppen konzentriert.

Der Mehrwert entstünde unter anderem durch folgende Aspekte:

- + Austausch und Vernetzung
- + Fokussierung auf bestimmte Ziele
- + Einbettung in die Gesamtstruktur, um Einfluss nehmen und gestalten zu können
- + Spezialisierung in Untergruppen
- + Ressourcen und Expertise bündeln
- + Konkrete Ansprechpersonen
- + Verschränkung von Land und Kommune

Abschließend wurde im Plenum abgefragt, wer sich für oder gegen eine Bündnisgründung ausspricht. Eine deutliche Mehrheit der Konferenzteilnehmenden hat sich für eine Bündnisgründung entschieden, die bessere Sichtbarkeit war dabei eines der zentralen Argumente. Auch aufgrund der im Übrigen festgestellten Defizite und Chancen wird sich der Landesfrauenrat Baden-Württemberg weiterhin in diesem sehr wichtigen Themenfeld der Frauengesundheit engagieren und die Gründung eines Bündnisses gemeinsam mit unterschiedlichen Kooperationspartner*innen diskutieren.

**DOKUMENTATION DER
FRAUENGESUNDHEITSKONFERENZ 2023**

Publikation des Landesfrauenrates
Baden-Württemberg

HERAUSGEBERIN

Landesfrauenrat Baden-Württemberg
Gymnasiumstraße 43
70174 Stuttgart

REDAKTION

Redaktionsteam des Landesfrauenrates
Baden-Württemberg

Nicht namentlich gekennzeichnete Artikel sind
vom Redaktionsteam erstellt.

DESIGN

Strohm – Büro für Gestaltung
www.strohm-gestaltung.de

FOTOGRAFIE

Anna Sieger
www.annasierger.de

ILLUSTRATIONEN

Sanne Pawelzyk
sannepawelzyk.de

DRUCK

WIRmachenDRUCK GmbH

DOWNLOAD

Diese Version gibt es auch zum kostenlosen
Download auf unserer Website:

www.lfrbw.de

www.facebook.com/landesfrauenratbw

Unterstützt vom Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die
der Landtag Baden-Württemberg beschlossen hat

IMPRESSUM