

Frauengesundheit im Fokus der Unternehmensentwicklung von Kliniken



Tag der Abgabe: 12.05.2006

Vorgelegt von:
Ariane Berndt
Wimmelsweg 8a
22303 Hamburg
Matrikelnummer: 1682745

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Karl-Heinz Wehkamp
Zweite Prüfende: Frau Dipl. Betriebswirtin Bianca Diekmann

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Einleitung.....	1
1 Überblick über das deutsche Gesundheitssystem.....	5
1.1 Reformen und Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem.....	5
1.2 Einflussfaktoren für den Wandel im deutschen Gesundheitssystem	7
1.3 Neue Versorgungsmodelle	9
2 Krankenhausmarkt im Wandel.....	11
2.1 Faktoren und Änderungen bezüglich des Wandels.....	12
2.2 Erfolgreicher Wandel	15
3 Was ist Gesundheitsförderung?	17
4 Gesundheitsförderung im Krankenhaus	19
5 Überblick über die Entwicklung der Frauengesundheitsförderung	22
5.1 Gender Mainstreaming – neue Phase der Frauenbewegung?.....	25
5.2 Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen.....	25
6 Strategien und Umsetzung der Frauengesundheitsförderung.....	28
6.1 Beispiele von Frauengesundheitseinrichtungen.....	30
6.1.1 F.E.M.....	30
6.1.2 Royal Women's Hospital.....	33
6.1.3 National Centers of Excellence in Women's Health	37
6.1.4 Center of Excellence - Magee-Womens Hospital	38
6.2 Fazit	42
7 Das Klinikum Nürnberg.....	43
7.1 Historischer Überblick.....	43
7.2 Klinikumsphilosophie	44
7.3 Projekt Zentrum für Frauengesundheit am Klinikum Nürnberg	45
7.4 Das Brustzentrum am Klinikum Nürnberg	49
7.5 Befragung von Patienten und niedergelassenen Ärzten durch das Brustzentrum.....	50
7.6 Fazit	52
8 Vision über ein „Zentrum für Mädchen- und Frauengesundheit“	54
8.1 Zentrum für Mädchen und junge Frauen.....	59
8.2 Zentrum für Mutter und Kind.....	60
8.3 Zentrum für Gynäkologie	62

8.4 Zentrum für Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	63
8.5 Zentrum für Familienplanung, Verhütung- und Schwangerschaftskonfliktberatung.....	65
8.6 Zentrum für Beckenbodenbeschwerden und Inkontinenz	66
8.7 Zentrum für Menopause	66
8.8 Brustzentrum.....	67
9 Zusammenfassung	69
Quellenverzeichnis	71
Eidesstattliche Erklärung	75
Anlagen.....	76

Abkürzungsverzeichnis

ADS	-	Women's Alcohol & Drugs Service
BIP	-	Bruttoinlandsprodukt
BMFSFJ	-	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA	-	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CoE	-	National Centers of Excellence in Women's Health
DMP	-	Disease Management Programme
DRG	-	Diagnosis Related Groups
EWHNET	-	European Women's Health Network
FBC	-	Family Birthing Centre
F.E.M.	-	Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen
GKV	-	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	-	Gesundheitsstrukturgesetz
LLL	-	La Leche Liga Deutschland e.V.
MWRI	-	Magee Womens Research Institute
PKV	-	Private Krankenversicherung
RWH	-	Royal Women's Hospital
UPMC	-	University of Pittsburgh Medical Center
WHO	-	Weltgesundheitsorganisation (engl: World Health Organization)

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Reformen im Gesundheitswesen von 1977 - 2004.	6
Abb. 2: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur in Deutschland von 1960 - 2050.	7
Abb. 3: Entwicklung der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP, Deutschland 1992 - 2002.	8
Abb. 4: Vergleich von Anreizstrukturen für Krankenhäuser.	11
Abb. 5: Ausgewählte Bereiche der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Krankheiten und Gesundheit.	29

Einleitung

Das Gesundheitswesen hat in den vergangenen Jahren bereits einen ersten Wandel vollzogen. Die Gründe für diese Veränderungen sind z. B. der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, qualitative Veränderungen in der Gesundheitsversorgung sowie neue Inhalte und Organisationsformen des Versorgungssystems. Schlagwörter sind in diesem Zusammenhang: Integrierte Versorgung, Disease Management Programme, Prävention und Patientenorientierung.

Zu einer grundlegenden Änderung des Gesundheitssystems soll es durch die große Gesundheitsreform im Jahre 2006 kommen. Dabei spielen Kostendämpfung eine ebenso wichtige Rolle wie Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, mehr Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt, eine größere Transparenz bei der Verordnung und das Präventionsgesetz.

Durch das Präventionsgesetz sollen die Gesundheitsförderung und die Prävention einen höheren Stellenwert in der Gesundheitsversorgung erhalten. Die Förderung von lebensweltorientierten Maßnahmen und einer geschlechtsspezifischen Betrachtung spielen dabei eine entscheidende Rolle. Die Thematik der geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung wurde lange Zeit nur oberflächlich betrachtet.

Frauen und Männer definieren Gesundheit sehr unterschiedlich. Während die Frauen mit Gesundheit eher Wohlbefinden und Wohlfühlen verbinden, denken die meisten Männer hingegen an die Abwesenheit von Krankheit. In der medizinischen Forschung und Versorgung wird sich bis heute bei Krankheiten, die Männer und Frauen betreffen, weitestgehend geschlechtsneutral oder am männlichen Krankheitsbild orientiert.

Obwohl schon lange erkannt wurde, dass Unterschiede bei Krankheitssymptomen, dem Umgang mit Krankheit und auch beim Ansprechen auf Medikamente sowie Therapien existieren, gibt es wenig geschlechtsspezifische Behandlungsstrategien. Diese Verfahrensweisen sind moralisch und ethisch nicht vertretbar, denn Frauen darf keine schlechtere medizinische Versorgung zukommen als Männer. Einige Ansätze zu einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung sind bereits vorhanden, allerdings besteht noch ein großer Verbesserungsbedarf. Durch einen differenzierten Blick der medizinischen Forschung auf Frauen und Männer und die geschlechtsspezifische Behandlung kann die Gesundheitsversorgung bedarfsgerechter und effektiver gestaltet werden.

Im Fokus dieser Arbeit steht die Förderung der Frauengesundheit. Dazu gehören die Stärkung subjektiver Ressourcen und die Förderung eines ganzheitlichen Handelns von Frauen. Es geht um die Verbesserung der geschlechtsspezifischen Prävention und eines gesunden Lebensstils. Des Weiteren ist auch Empowerment (Selbstbefähigung, Stärkung der Eigenkräfte) von Bedeutung, so soll den Frauen die Chance gegeben werden, selbstän-

dig über ihre Gesundheit und ihren Körper zu entscheiden. Eine Intensivierung der geschlechtspezifischen Gesundheitsversorgung ist auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll. Dieser Aspekt ist im Zuge der andauernden Rationalisierungsdiskussionen von großer Bedeutung. So können einerseits z. B. Krankheitssymptome (z. B. Herzinfarkt) schneller erkannt werden. Andererseits kann der Zeitraum zur Genesung verkürzt werden. Diese Aspekte führen zu einer Kostenreduktion und liefern somit neben ethisch-moralischen Gründen eine weitere Argumentation für die geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung. Die erwähnten positiven Beispiele können durch die Bündelung der Kompetenzen in spezifischen Zentren noch forciert werden.

Die Ziele und Aufgaben eines Zentrums, das den Blick auf die ganzheitliche Frauengesundheit richtet, werden in der vorliegenden Arbeit erläutert. Es geht um den Wandel der gesellschaftlichen Strukturen und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, die es ebenfalls notwendig machen das Versorgungsangebot an Veränderungen anzupassen. Die stationäre Behandlung rückt in den Hintergrund. Prävention, Gesundheitsförderung und ganzheitliche Angebote, die die individuellen physischen, sozialen, kulturellen sowie psychischen Aspekte und Bedürfnisse berücksichtigen, spielen eine größere Rolle.

Der Wandel im Gesundheitswesen und die damit zusammenhängenden Reformen werden im ersten Kapitel thematisiert. Es werden zum einen mögliche Einflussfaktoren bezüglich der Veränderungen im Gesundheitssystem aufgezeigt. Zum anderen werden neue Versorgungsmodelle vorgestellt. Diese Veränderungen im Gesundheitssystem beeinflussen auch den Krankenhausmarkt. Mit den Gründen und Auswirkungen dieser Neuerungen beschäftigt sich das zweite Kapitel. Es wird auf Ursachen für den Umbruch eingegangen, dazu gehören z. B. der zunehmende Wettbewerbsdruck, die ansteigende Technisierung der Medizinprodukte und die demografische Entwicklung. Auch die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen haben bekanntlich einen großen Einfluss auf die Veränderungen des Krankenhausmarktes.

Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung hat sich in den vergangenen Jahren verändert. Prävention und Gesundheitsförderung haben einen höheren Stellenwert erreicht. Das dritte Kapitel soll dem Leser einen theoretischen Hintergrund zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung geben. Es wird über die Inhalte, Ziele und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung sowie über die Ottawa Charta berichtet.

Für die Gesundheitsförderung bietet das Setting¹ Krankenhaus ein breites Feld. Es können die personellen, materiellen und medizinischen Ressourcen genutzt und gesundheits-

¹ Setting in Bezug auf Gesundheitsförderung bezeichnet den alltäglichen Lebensraum als einen Ort, in dem Interventionen greifen.

fördernde Maßnahmen angeboten werden. Mit wichtigen Prinzipien zur Umsetzung, Ziele und Möglichkeiten beschäftigt sich das vierte Kapitel.

Durch das Setting Krankenhaus kann sowohl das Gesundheitsbewusstsein der Patientinnen und Angehörigen als auch das der Mitarbeiter gestärkt werden. Wichtig ist, dass eine Verbindung der klassischen Medizin mit einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung geschaffen wird.

Die Neuerungen der Gesundheitsversorgung in Bezug auf die Frauengesundheitsförderung, Patientinnenorientierung und Prävention haben ihren Ursprung in der Frauenbewegung. Über die Entstehung der Frauenbewegung und ihre Arbeit der vergangenen Jahre handelt das fünfte Kapitel. Vorgestellt werden unter anderem die Forderungen und Ziele der Frauenbewegung. Dabei wird die Entwicklung der Frauenbewegung in der BRD mit der in der damaligen DDR verglichen. Zu den Zielen gehört unter anderem die geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung. Die Beachtung und Umsetzung von Gender Mainstreaming (Integration der Gleichstellungsperspektive) ist eine wichtige Voraussetzung zur Zielerfüllung. Des Weiteren wird dem Leser im fünften Kapitel ein Einblick in die allgemeinen Grundlagen von Gender Mainstreaming gegeben. Ferner wird die Notwendigkeit von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen beleuchtet. Ziel ist es zu zeigen, dass es nicht darauf ankommt, dass Frauen und Männer den gleichen Gesundheitszustand erlangen, sondern dafür gesorgt werden muss, dass beide die gleichen Zugangsvoraussetzungen haben, um ihre gesundheitlichen Ressourcen optimal nutzen zu können.

Das sechste Kapitel der vorliegenden Arbeit stellt vier Gesundheitseinrichtungen vor, die Gesundheitsförderung für Frauen anbieten und die strukturelle Verbesserungen für Frauen umgesetzt haben. Es werden unterschiedliche Ansätze und Umsetzungsmöglichkeiten dargestellt. Die Ziele vom österreichischen Frauengesundheitszentrum F.E.M., dem australischen Royal Women's Hospital, den amerikanischen National Centers of Excellence in Women's Health und Magee-Womens Hospital, sind jedoch gleich. Es geht z. B. um die Stärkung der subjektiven Ressourcen von Frauen, um das Entgegenwirken der Benachteiligung in der Gesundheit und Krankheit sowie um Information und Aufklärung. Diese Ziele verfolgt auch das Zentrum für Frauengesundheit des Klinikum Nürnberg.

Im siebten Kapitel wird zum einen ein historischer Überblick über das Klinikum gegeben und zum anderen wird der Entstehungsprozess und die Arbeit des Zentrums für Frauengesundheit vorgestellt. Es werden die Pläne und Ziele sowie die bisherigen Ergebnisse dargestellt. Zu den Errungenschaften gehört z. B. das Brustzentrum. Die Pläne und Ziele

sowie die bisherigen Ergebnisse werden dargestellt. Außerdem werden der Aufbau, die Arbeit und die Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung des Brustzentrums beschrieben.

Im achten Kapitel soll gezeigt werden, dass in einem Krankenhaus neben der medizinischen Behandlung die Vorsorge, gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitsförderung eine besonders große Rolle spielen. Da sich die gesellschaftlichen Strukturen und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit wandeln, ist eine mögliche Konsequenz das Versorgungsangebot anzupassen. In diesem Kapitel wird die Vision von einem Zentrum für Mädchen- und Frauengesundheit vorgestellt. Dieses Zentrum ist in einem Klinikum implementiert. Ziel ist es zu zeigen, wie ein interdisziplinäres Zentrum für Frauengesundheit aufgebaut sein kann, und welche Leistungsangebote es geben kann. Dabei wird zum einen auf die spezialisierte medizinische Versorgung für Mädchen und Frauen Wert gelegt. Zum anderen werden frauenspezifische Gesundheitsförderungsangebote aufgeführt. Verschiedene Zentren (z. B. Zentrum für Menopause, Zentrum für Mädchen und junge Frauen) mit einer möglichen Leistungspalette werden beschrieben.

Der Vorteil von Gesundheitsförderung innerhalb eines Klinikums besteht darin, dass frauenfördernde Maßnahmen aufgebaut werden können und gleichzeitig die Organisationsstruktur und das medizinischen Know-how des Krankenhauses genutzt werden können. Es soll deutlich gemacht werden, dass mit diesem Modell eine umfassende Beratung, Betreuung und Behandlung von frauenspezifischen Gesundheitsproblemen möglich ist.²

² Anmerkung: Aus Gründen der Vereinfachung wird in der vorliegenden Arbeit auf die weibliche Form verzichtet, sie ist aber selbstverständlich mitzudenken. Wenn in der Arbeit besonders auf den weiblichen Teil des Begriffes eingegangen wird, ist das entsprechend hervorgehoben.

1 Überblick über das deutsche Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem wird vorwiegend durch Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert, die grundsätzlich paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern entrichtet werden. Allerdings müssen seit dem 01.07.2005 alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einen Sonderbeitrag in Form eines zusätzlichen Beitragssatzes in Höhe von 0,9 % auf ihre beitragspflichtigen Einnahmen zahlen. Die aus dem zusätzlichen Beitragssatz anfallenden Beiträge tragen die Arbeitnehmer alleine, folglich wird die paritätische Beitragserbringung zu Lasten der Arbeitnehmer verschoben.

Die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ist verpflichtend für Arbeiter und Angestellte. Die Beitragshöhe wird ausschließlich von der Höhe des Verdienstes aus der Erwerbstätigkeit berechnet. Die Beiträge werden allerdings nur bis zur so genannten Beitragsbemessungsgrenze berechnet, die zurzeit bei 3.937,50 EUR liegt. Wenn das Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, kann sich freiwillig bei der GKV versichern oder einen Privaten Krankenversicherungsvertrag (PKV) abschließen.

In Deutschland ist fast jeder Bürger krankenversichert. Die meisten (87,8 %) sind über die GKV versichert. In der PKV sind 9,7 % krankenversichert, 2,3 % besitzen einen anderen Versicherungsschutz (z.B. Heilfürsorge) und ca. 0,2 % sind gar nicht versichert.

Die Beiträge zur GKV richten sich nicht nach individuellen Krankheitsrisiken, sondern nach dem Einkommen. Für Ehepartner und Kinder, die nicht mehr als 400 € verdienen, besteht die Möglichkeit einer beitragsfreien Familienversicherung. In der GKV gilt das Solidaritätsprinzip. Das bedeutet, dass die Jungen für die Alten, die Alleinstehenden für die Familien und die Besserverdienenden für die Schlechterverdienenden aufkommen. Dieses Prinzip funktioniert so lange wie sich Ausgaben und Einnahmen im Gesundheitswesen die Waage halten. Wenn aber die Einnahmen aus den Beiträgen rückläufig sind oder die Kosten für gesundheitliche Versorgung ansteigen, kann es zu extremen Problemen im Gesundheitssystem kommen³. Das können z. B. die Finanzierung, ansteigende Zuzahlungen, Einschränkung des Leistungskataloges und steigende Beiträge bei den Krankenkassen sein.

1.1 Reformen und Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem

Seit Mitte der siebziger Jahre versuchen die jeweiligen Regierungen immer wieder die Ausgaben der Krankenkassen zu senken. Im Jahre 1977 begann mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz die Epoche der Kostendämpfung in der GKV. Das Gesetz beendete die Zeit der schnellen Steigerungen der Gesundheitsausgaben, besonders im Krankenhausbereich. Seit 1977 sind die Krankenkassen und die Leistungsan-

³ Vgl. <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/rahmenbedingungen/index.html>. Zugriff: 30.01.2006.

bieter im Gesundheitswesen dazu verpflichtet, eine Kostendämpfungspolitik zu verfolgen, die als Hauptziel die Stabilität der Beiträge hat.

Weitere Reformen, wie in der Abbildung 1 zu sehen ist, folgten:

Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Gesetze und Verordnungen 1977 bis 2004	
-	1977: Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der GKV (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz)
-	1981: Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz zur Verbesserung der Wirksamkeit kosten-senkender Maßnahmen
-	1988: Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz - GRG)
-	1992: Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV (Gesundheitsstruktur-gesetz - GSG)
-	1997: Erstes und Zweites Neuordnungsgesetz (1. NOG und 2. NOG)
-	1998: Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV
-	2000: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000
-	2004: GKV Modernisierungsgesetz

Abb. 1: Reformen im Gesundheitswesen von 1977 - 2004.

Quelle: Vgl. Oberender, P., Hebborn, A., Zerth, J., Wachstumsmarkt Gesundheit 2002, S.65.

Durch die genannten Gesundheitsreformen sollten verschiedene Methoden zur Kosten-dämpfung angewandt werden. Dazu zählen unter anderem:

- Budgets oder Ausgabenobergrenzen für Sektoren oder einzelne Leistungser-bringer
- Festbeträge für Arzneimittel, Ausdehnung der Negativliste
- Bettenabbau in Krankenhäusern
- Festlegung der maximalen Anzahl niedergelassener Ärzte pro Planungsregion
- erhöhte Zuzahlungen (sowohl hinsichtlich der Höhe als auch der Anzahl der Leistungen)
- Leistungsausschlüsse.

Das GKV-Modernisierungsgesetz hatte zum Ziel, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und Beitragssätze zu senken. Damit sollten die Lohnnebenkosten reduziert werden und somit Hürden zur Schaffung von Arbeitsplätzen abgebaut werden. Außerdem wurden wesentliche Einsparungen für die GKV angestrebt, die für 2004 auf € 9,8 Mrd. geschätzt wurden.

Nicht alle Reformziele der letzten Jahrzehnte wurden erreicht. Aber es ist den Beteiligten gelungen, dass der Zugang zu einem umfangreichen Leistungskatalog aufrechterhalten bleibt. Einige Leistungen wurden allerdings ausgeschlossen wie Brillen, nicht verschrei-bungspflichtige Medikamente und bestimmte Krankentransporte.

1.2 Einflussfaktoren für den Wandel im deutschen Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich im Wandel und es gibt eine Reihe von Gründen, durch die das Gesundheitswesen unter Veränderungs- und Kostendruck gesetzt wird. Zurzeit herrscht in Deutschland eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und gleichzeitig existieren sinkende solidarische Finanzierungsmittel. Dies resultiert zum einen daraus, dass immer weniger Kinder geboren werden, die als erwerbstätige Beitragszahler die Hauptlast zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung tragen. Zum anderen nehmen die Versicherten bei steigendem Lebensalter proportional längere Zeiträume für medizinische Leistungen in Anspruch.

Die Abbildung 2 zeigt, dass in den nächsten Jahrzehnten die Bevölkerungszahl aufgrund einer niedrigen Geburtenrate sinkt. Zwar wird die steigende Lebenserwartung sowie die Zuwanderung dieser Entwicklung abgebremst, aber laut Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die Bevölkerungszahl bis 2050 um circa sieben Millionen Menschen sinken. Wie schon erwähnt ändert sich auch die Altersstruktur der deutschen Bürger. Wie in der Abbildung 2 dargestellt, wird der Bevölkerungsanteil, der über 60jährigen wird in den kommenden Jahrzehnten deutlich ansteigen. Aufgrund rückläufiger Geburten sinkt hingegen der Anteil der jüngeren Menschen. Diese Entwicklung setzt das gesamte System der sozialen Versorgung sowie der Krankenversicherung unter enormen Druck.

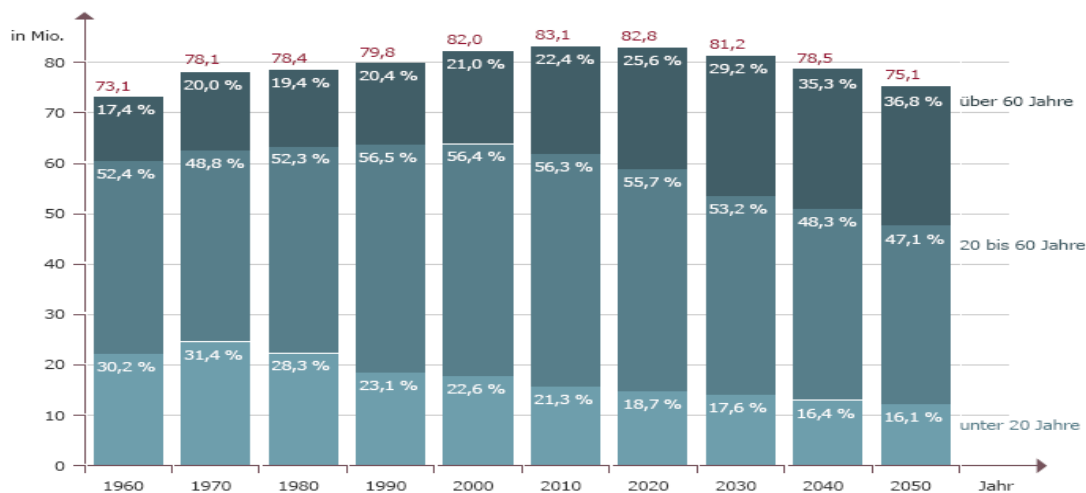


Abb. 2: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur in Deutschland von 1960 - 2050.

Quelle: http://www.bpb.de/wissen/1KNBKW,0,Bev%F6lkerungsentwicklung_und_Altersstruktur.html. Statistisches Bundesamt, 2004, Zugriff: 17.04.2006.

Die Fortschritte in der Medizin haben ein gesteigertes Angebot an Therapien zur Folge. Durch moderne Behandlungsweisen können immer mehr Krankheiten geheilt oder erfolgreich bekämpft werden. Der medizinische Fortschritt kommt in der Regel allen zugute, aber er führt nicht zur Kosteneinsparung, sondern erhöht die Kosten.

Auch die Zunahme der chronisch-degenerativen Erkrankungen und wachsende Erwartungen an medizinische und begleitende Versorgung sind Ursachen für die Finanzierungsprobleme im Gesundheitssystem. Ein weiterer Grund für den Veränderungsdruck im deutschen Gesundheitswesen ist die Kostenentwicklung und Finanzierung. In der Europäischen Union hatte Deutschland schon immer eines der höchsten Gesundheitsausgabenniveaus. Jedoch lag noch 1960 der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bei 4,2 % und somit näher am Durchschnitt der anderen EU-Länder. Nach der Wiedervereinigung ist der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP 1992 auf 10,1 % angestiegen. Wie in der Abbildung 3 zu sehen ist, sind die Gesundheitsausgaben von 1997 bis 2002 um 0,3 % gewachsen. Das bedeutet, dass sich die Ausgaben um 30,3 Mrd. Euro erhöht haben.⁴

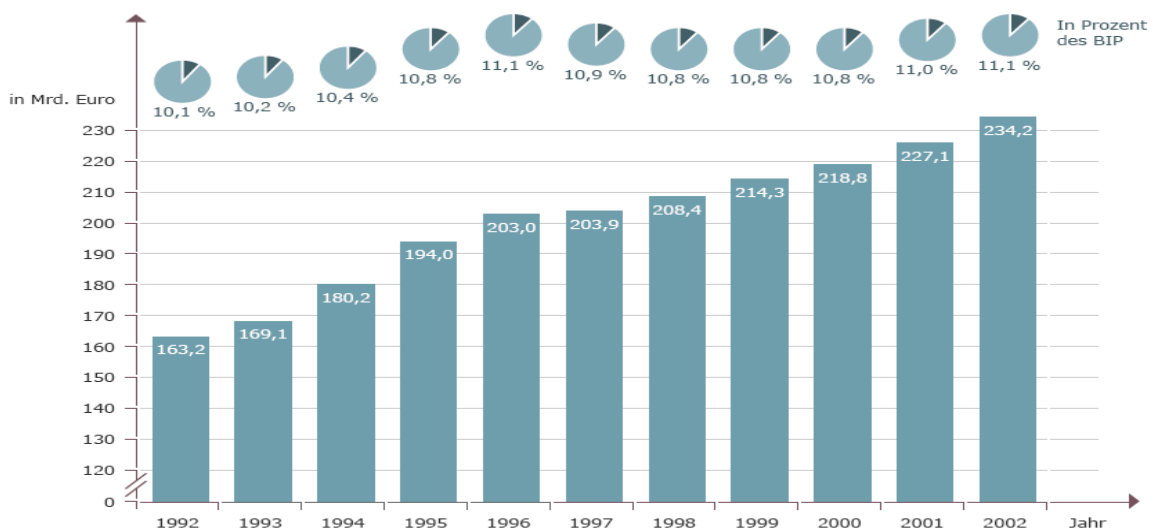


Abb. 3: Entwicklung der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP, Deutschland 1992 - 2002.
Quelle: www.bpb.de/wissen/6G93DG,0,Entwicklung_der_Ausgaben_im_Gesundheitswesen.html. Statistisches Bundesamt 2004, Zugriff: 17.04.2006.

Es wird immer wieder über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen diskutiert. Gemeint sind damit die stark angestiegenen Ausgaben für diesen Bereich, aber bei dem Vergleich des Ausgabenzuwachses und der Entwicklung des BIP relativieren sich diese Zahlen. Denn die absoluten Gesundheitskosten haben sich fast im Gleichschritt mit dem Zuwachs des BIP bewegt. Folglich sind innerhalb der letzten Jahre die Gesundheitsausgaben als Anteil des BIP weitgehend konstant geblieben.⁵ Um den Veränderungen im Gesundheitswesen optimal entgegenzutreten, sind neue Versorgungsmodelle notwendig.

⁴ Vgl. Busse R, Riesberg A.(b), Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, 2005, S. 246.

⁵ Vgl. http://www.bpb.de/wissen/6G93DG,0,Entwicklung_der_Ausgaben_im_Gesundheitswesen.html. Zugriff: 17.04.2005.

1.3 Neue Versorgungsmodelle

Die gesellschaftlichen Strukturen und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit befindet sich zurzeit im Umbruch. Wie erwähnt, wird die Finanzierung des Gesundheitswesens durch diesen Wandel beeinflusst.

Um eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlangen, ist eine Änderung der Versorgungsmodelle notwendig. Das Versorgungsmodell des Gesundheitswesens muss sich den Veränderungen anpassen.

Ein besonderes Kennzeichen des Gesundheitssystems in Deutschland ist die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung ist ein zentraler Aspekt der Gesundheitsreform 2004. Die Integrierte Versorgung wurde zwar schon im Jahr 2000 eingeführt, aber bis dahin kaum umgesetzt. Im Mittelpunkt dieser Versorgungsform steht die Verbesserung der Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung.

Ziel der Integrierten Versorgung ist es, eine optimale Zusammenarbeit zwischen allen an der Behandlung Beteiligten (Versicherte, Leistungserbringer und Kostenträger) herbeizuführen. Denn nur so kann den heutigen Herausforderungen im Gesundheitswesen wirksam begegnet werden und eine mögliche Über-, Unter- oder Fehlversorgung vermieden werden. Eine Vernetzung der einzelnen Bereiche soll die Behandlungsqualität verbessern und optimieren.

Anhand der neuen Modelle eröffnen sich für die Krankenhäuser neue Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung der Patienten. Dazu zählen:

- Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V);
- Ambulante Versorgung (§ 116 a SGB V);
- Ambulante Behandlung im Rahmen vom Disease Management Programme (DMP) (§ 137 f SGB V)
- Integrierte Versorgung (§§ 140 a-d SGB V;
- Ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V);
- Ambulante hochspezialisierte Leistungen (§ 116 b SGB V), inklusive Leistungen bei seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.⁶

Auf die einzelnen Modelle wird in dieser Arbeit nicht eingegangen. Allerdings wird das DMP – Krebs im Kapitel 8.8 genauer beschrieben.

⁶ Vgl. http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/amb_behandlung/. Zugriff: 01.02.2006.

Krankenhäuser verfügen im Gegensatz zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen über ein spezifisches Bündel von Produktionsressourcen und Fähigkeiten. Ihnen stehen rund um die Uhr spezifische personelle, funktionale und apparativ-technische Kapazitäten zur Verfügung, mit denen eine notwendige medizinische Versorgung jederzeit möglich ist. Ergänzt wird dieses Angebot durch umfangreiche medizinisch-pflegerische Grundleistungen und das Hotellerieangebot.

Kliniken haben folglich die besten Voraussetzungen, die Integration der medizinischen Versorgung zu fördern und voranzutreiben. Dazu ist allerdings eine Umorientierung zum Gesundheitsunternehmen notwendig.⁷

⁷ Vgl. Schröder, W.F., Zich, K., Das Krankenhaus als Motor für Integration in der medizinischen Versorgung, 2006, S. 60.

2 Krankenhausmarkt im Wandel

Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich gegenwärtig im Umbruch. Es hat in den letzten Jahren ein stetiger Wandel im Krankensektor stattgefunden.

Ursachen hierfür sind zum Beispiel der zunehmende Wettbewerbsdruck, die ansteigende Technisierung der Medizinprodukte und die demografische Entwicklung. Maßgeblichen Einfluss haben ebenfalls die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Seit der Abschaffung des Selbstkostenprinzips durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Jahre 1992 haben sich die Bedingungen für die Krankenhäuser in Richtung mehr Wettbewerb verändert. Seit dem Inkrafttreten des GSG können Krankenhaus- und Krankenkassenverbände Verträge hinsichtlich Qualitätssicherungsmaßnahmen abschließen und die Kassen haben die Möglichkeit, bestehende Verträge mit Krankenhäusern zu kündigen und neue zu vereinbaren. Hierbei handelt es sich allerdings um einen komplizierten Prozess, der augenblicklich nur selten Anwendung findet.⁸

Aufgrund des Selbstkostendeckungsprinzips gab es für Krankenhäuser traditionell kaum Anreize für wirtschaftliches Handeln. Die Abbildung 4 stellt einen Vergleich von Anreizstrukturen für Krankenhäuser dar. Sie zeigt, dass Krankenhäuser sich der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung anpassen müssen, wenn sie auf dem Markt bestehen wollen.

Merkmale	traditionell	wettbewerblich
Bedeutung des Wettbewerbs	Abschottung und Marktdruck	Bewähren an Markt
Marktstellung	monopolitisch	polypolitisch
Umweltdynamik	gering	hoch
Steuerungsmechanismus	bürokratisch	unternehmerisch
Finanzierung	Kostenerstattung	Wettbewerbspreise
Insolvenzrisiko	keines	hoch
Patientenorientierung	schwach	stark
Zielsetzung	Sachzieldominanz	Formal- und Sachzieldualität
Rationalisierungsdruck	gering	hoch
Reglementierungsintensität	Dirigistische Feinsteuerung	gesetzgeberische Zurückhaltung
Vergütungsstruktur	Dominanz des BAT	Leistungsorientierte Vergütung

Abb. 4: Vergleich von Anreizstrukturen für Krankenhäuser.

Quelle: Vgl. Robra, B.-P., Swart, E., Felder, S., Perspektiven des Wettbewerbs im Krankensektor. 2003, S.31, eigene Darstellung.

Der Umbruch im Krankensektor zeigt sich unter anderem bei der Budgetdeckung und der Einführung des fallpauschalierenden Entgeltsystems (Diagnosis Related Groups – DRG) mit denen ein zunehmender Wettbewerb und der Zwang zur Marktorientierung ver-

⁸ Vgl. Busse R, Riesberg A. (a), Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, 2000, S. 193.

bunden sind. Weiterhin sind der Wandel der Patientenstruktur und die Optimierung der Leistungen zu nennen.⁹

Im folgenden Abschnitt sollen einige Änderungen und Faktoren aufgezeigt werden, die den Wandel im Krankenhausbereich deutlich machen.

2.1 Faktoren und Änderungen bezüglich des Wandels

Budgetdeckung

Die finanziellen Mittel für das deutsche Gesundheitswesen sind, wie eingangs aufgezeigt, in den vergangenen Jahren nicht im gleichen Verhältnis gestiegen wie die entsprechenden Ausgaben. Das hat Auswirkungen auf die Budgets der Krankenhäuser. Diese Etabensenkungen führen zu einem enormen Kostendruck für die Krankenhäuser. Um dennoch weiterhin ihre Leistungsfähigkeit erhalten zu können, muss durch Rationalisierungs- und Modernisierungsmaßnahmen (Bettenschließungen, Einführung von Standards und Behandlungspfaden) die Ressourcenausnutzung optimiert werden.¹⁰

Der deutsche Krankenhaussektor hat sich seit 1993 und hauptsächlich seit 2004 durch die Einführung von Budgets und prospektiven Vergütungsformen stark verändert.

Dazu kommt, dass seit 2004 alle Akutkrankenhäuser verpflichtet sind, DRGs einzuführen. Dieses System soll das bisherige Mischvergütungssystem vollständig ersetzen, welches aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten bestand.

Änderungen durch die Einführung von DRGs

Mit der Umsetzung der Gesundheitsreform 2000 wurde das bisherige System der dualen Krankenhausfinanzierung durch das DRG-System abgelöst. Die Krankenhausfinanzierung wird so verändert, dass in der gesamten Bundesrepublik scheinbar gleiche Leistungen auch gleich finanziert werden.¹¹

Bis zur Einführung der DRGs hatte jedes Krankenhaus sein eigenes, der individuellen Kostenstruktur entsprechendes Preisgefüge. Das deutsche DRG-System (G-DRG) orientiert sich an den ‚Australian Refined Diagnosis Related groups‘.

Bisher war es so, dass die Krankenkassen für jedes zugelassene Krankenhaus mit dem jeweiligen Träger einen Pflegesatz vereinbarten, der ein Jahr galt. Der Satz teilte sich in einen Abteilungspflegesatz für ärztliche Leistungen, Pflege und Versorgung mit Arzneimitteln und einen Basispflegesatz für Unterkunft und Verpflegung auf. Zusätzlich konnten außerdem Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet werden.

⁹ Vgl. <http://www.sozialbank.de/finale/inhalt/service/fachbeitraege4650.shtml>, Zugriff: 30.01.2006.

¹⁰ Vgl. Kerres, M., Lohmann, H., Der Gesundheitssektor, 1999, S.17.

¹¹ Vgl. Roeder, N., Rochell, B., G-DRG-System-Anpassungsnotwendigkeiten aus medizinischer Sicht, 2004, S. 97.

In einem DRG-System werden die Patienten mittels medizinischer (Diagnosen, durchgeführte Behandlungen) und demografischer (Alter, Geschlecht) Daten in Fallgruppen klassifiziert. Diese Fallgruppen dienen nicht der medizinischen Unterscheidung, sondern es erfolgt eine Differenzierung aufgrund des ökonomischen Aufwandes (Behandlungskosten).

Durch die Einführung der DRGs entsteht für die Krankenhäuser ein erheblicher Rationalisierungsdruck. Eine Unterscheidung von Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen findet nicht mehr statt. Das Budget der Klinik richtet sich nicht mehr nach dem Pflegesatz, sondern wird durch entstehende Kosten pro Fallgruppe ermittelt. Die jeweilige DRG-Pauschale für einen Behandlungsfall deckt den gesamten Umfang der medizinisch notwendigen Behandlung einschließlich durchzuführender Operationen sowie Unterkunft, Verpflegung und sonstiger Leistungen des Krankenhauses.¹²

Die DRGs sind eingeführt worden um:

- Die Liegezeit in deutschen Krankenhäusern zu verkürzen
- Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen zu schaffen
- Eine einheitliche Bezahlung von medizinischen Leistungen in Krankenhäusern zu erreichen
- Insgesamt künftig zu erwartende Kostensteigerungen im stationären Bereich zu begrenzen.¹³

Ab dem 01.03.2003 konnten die Krankenhäuser auf freiwilliger Basis ihre Abrechnung auf das DRG-System umstellen. Seit dem 01.01.2004 ist die Einführung verpflichtend. Da aber die abgeschlossene Budgetverhandlung Voraussetzung für die Einführung ist, war vielen Kliniken erst im Verlauf des Jahres 2004 die Abrechnung nach DRGs möglich. Es gibt sogar einige Kliniken, die erst im Jahr 2005 mit der Abrechnung nach DRG begannen.

Auch wenn es immer wieder Kritik am DRG-System gibt, z. B. dass Patienten zwar kürzer pro Aufnahme behandelt werden, aber dafür mehr Aufenthalte benötigen oder die Kosten im Verwaltungsbereich ansteigen, müssen sich die Krankenhäuser auf die Umstellung einstellen.

Zunehmender Wettbewerb

Das Ziel des Wettbewerbes im Krankenhausbereich ist, eine Vergrößerung der Leistungspalette zu schaffen, die stärker an die Präferenzen der Patienten angepasst ist. Außerdem soll dadurch eine Integration und Qualitätsverbesserung der Leistung sowie die Senkung der Kosten erreicht werden.¹⁴ Ausgelöst wird der Wettbewerb auf dem Kranken-

¹² Vgl. Ulrich, L., Stolecki, D., Grünewald, M., Intensivpflege und Anästhesie, 2005, S. 17.

¹³ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups, Zugriff: 18.12.2005.

¹⁴ Vgl. Robra, B.-P., Swart, E., Felder, Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor, 2002, S. 43.

hausmarkt durch den Anstieg der beschränkten Krankenhausbudgets. Außerdem wird das leistungsbezogene Vergütungssystem die Situation stark beeinflussen.

Es wird allerdings nicht nur den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern geben, sondern ebenfalls zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Arzt.

Ein Grund dafür ist ein Verteilungskampf um das GKV-Gesamtbudget. Niedergelassene Ärzte haben gemäß § 73 a SGB V die Möglichkeit sich Netzwerken (z. B. Hausarztnetzwerke) anzuschließen. Diese Strukturverträge über Netzwerke werden durch die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossen. Das Hauptziel ist die Reduzierung der Krankenhauseinweisungen. Die stationäre Behandlung wird folglich aus Kostengründen in den Hintergrund treten. Wenn eine verstärkte Leistungserbringung vom niedergelassenen Arzt angestrebt wird, kann dies letztendlich zu einer Kosten- und Leistungseinsparung im Krankenhausbereich führen.¹⁵

Um auf dem Markt bestehen und sich dem Wandlungsprozess optimal anpassen zu können, muss das Angebot der Krankenhäuser stark an der Nachfrage der Patienten orientiert werden. Dabei dürfen die Interessen der Krankenkasse nicht unbeachtet bleiben. Denn der Konkurrenzkampf zwischen den Kliniken um Patienten und Finanzierungsträger wird weiter steigen. Patienten und Finanzierungsträger werden entscheiden, welches das effizienteste, produktivste und patientenfreundlichste Krankenhaus ist. Durch sie wird der Wettbewerb bestimmt.

Optimierung der Leistungen

Der Wandel im Krankenhausesektor zeigt sich außerdem im Angebot der Produkte und Dienstleistungen. Wo früher für Diagnostik und Behandlung lange Krankenhausaufenthalte notwendig waren, können die Verweildauern heute durch die Einführung moderner Untersuchungs- und Behandlungsmethoden deutlich reduziert werden. Darüber hinaus wird die ambulante Durchführung von Untersuchungen, Eingriffen, Operationen und Therapien durch gesetzliche Vorgaben und den Druck der Kostenträger entsprechend gefördert. Kliniken, die sich auf dem Markt positionieren und sich von der Konkurrenz abheben wollen, müssen neben den traditionellen Leistungen weitere Versorgungsangebote präsentieren. Dazu gehören ambulante, kurzzeit-therapeutische, naturheilkundliche und ganzheitliche Verfahren.

Das Gesundheitsbewusstsein der Menschen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten sehr geändert. Das Bewusstsein für Prävention und Vorsorge nimmt in der Gesellschaft immer mehr Raum ein. Es ist deshalb für Krankenhäuser wichtig, in diesen Bereichen Leistungen anbieten zu können.

¹⁵ Vgl. Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C, Das Krankenhaus im Wandel, 2000, S. 17.

Beispiele hierfür sind Ernährungsberatungen, Brustkrebsscreening, Cardio-Check, Fitness-Check, orthopädischer Check, Nordic-Walking, Entspannungskurse, Aquafitness und Nichtraucher-schulungen und vieles mehr.

Um diese Leistungen anbieten zu können, muss das Krankenhaus sein Leistungsspektrum erweitern und ausbauen oder mit externen Anbietern kooperieren.

Wandel der Patientenstruktur

Der demografische Wandel hat, wie schon erwähnt, große Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Die Medizin selbst spielt eine entscheidende Rolle bei den Veränderungen der Altersstruktur der zu behandelnden Patienten.

Durch die moderne Medizin ist es möglich, Krankheiten zu behandeln und zu heilen, die früher den Tod bedeutet hätten. Durch den medizinischen Fortschritt ist eine Steigerung des Behandlungserfolges eingetreten. Infektionskrankheiten, die früher sehr häufig aufgetreten sind und auch Todesursache waren, sind in den Hintergrund gerückt. Die so genannten Zivilisationskrankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen dagegen nehmen stetig zu. Dies erfordert neue Vorsorgemaßnahmen und Versorgungsformen.

Fazit

Durch die oben genannten Einflussfaktoren auf den Wandel im Krankenhausbereich wird deutlich, dass Kliniken ihre bisherigen Strukturen und Verfahrensweisen ändern müssen. Dieser Wandlungsprozess fordert Maßnahmen zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit und des Ertrages. Krankenhäuser, die darauf nicht reagieren und ihre Strukturen nicht ändern, werden dem starken Konkurrenzdruck nicht standhalten können und vom Markt verschwinden.

2.2 Erfolgreicher Wandel

Im folgenden Abschnitt werden einige Faktoren und Maßnahmen aufgezeigt, die für den Wandel von einem regulierten Krankenhaus zu einem wettbewerbsfähigen Krankenhaus/Gesundheitsunternehmen von Bedeutung sind.

Wichtig für die Neuorientierung der Krankenhäuser ist die Ausrichtung der Leistungen auf den Kunden. Mit Kunden sind die Patienten, Krankenkassen und niedergelassenen Ärzte gemeint. Um eine konsequente Ausrichtung vornehmen zu können, müssen Bedürfnisse und Interessen der Kunden erfasst werden. Erst dann kann eine Anpassung des Leistungsangebotes erfolgen. Eine Qualitätsverbesserung und Intensivierung der Leistungspalette ist enorm wichtig.¹⁶

¹⁶ Vgl. Kerres, M., Lohmann, H., Der Gesundheitssektor, 1999, S. 31.

Die Kundenorientierung ist nicht nur bei der Optimierung des Leistungsangebotes von Bedeutung, sondern ebenfalls:

- Bei den Wartezeiten
- Bei der Hotellerie (Essen, Unterbringung etc.)
- Beim Arztbrief nach der Krankenhausentlassung
- Bei der Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt
- Bei der Erläuterung der Diagnose und der möglichen Therapie
- Beim persönlichen Umgang mit den Patienten und seinen Angehörigen.

Wie im Abschnitt 2.1 erwähnt, nimmt der präventive Gesundheitsbereich einen immer größer werdenden Raum ein. Bereiche wie Fitness, Wellness und Ernährung liefern ein Potential, das bei den Krankenhäusern bisher noch nicht allzu große Beachtung findet. Die Erstellung eines wettbewerbsfähigen und wirtschaftlichen Leistungsportfolio, das sich nach den Bedürfnissen der Patienten richtet, ist notwendig.

Es ist zu beachten, dass eine Optimierung des primären Leistungsangebotes vorgenommen wird. Damit eine Integration des Angebotes erfolgen kann, muss eine adäquate Organisationsstruktur aufgebaut werden und ein strategisches Netzwerk von verschiedenen Gesundheitsleistungen entstehen. Das heißt, die Kooperation mit unterschiedlichen Anbietern im Gesundheitswesen ist wichtig für die Leistungspalette des Krankenhauses.

Des Weiteren ist es wichtig, dass sich Krankenhäuser rechtzeitig an strategischen Zielen ausrichten. Das jeweilige Krankenhaus muss sich folgende Fragen stellen, um marktstrategische Kompetenzen zu entwickeln:

- Was wollen wir leisten?
- Was umfasst unser Leistungsportfolio?
- Können wir neue Geschäftsfelder schließen? Wenn ja, welche?
- Was macht uns einmalig? Was bekommt der Kunde nur bei uns?

Aus der Vergangenheit heraus haben viele Kliniken gegenwärtig noch eine sehr breite Dienstleistungspalette. Die Neubestimmung der Kerngeschäfte sichert einerseits die Qualität, andererseits die Wirtschaftlichkeit. Besonders Bereiche nichtpflegerischer Versorgungsleistungen sollten in krankenhausspezifische, unternehmerisch eigenständige Betriebe umgewandelt werden. Der Prozess der Ausgliederung sollte nicht als Einflussverlust des Managementbereiches, sondern als Entwicklungschance angesehen werden.¹⁷

¹⁷ Vgl. Kerres, M., Lohmann, H., Der Gesundheitssektor, 1999, S. 34.

3 Was ist Gesundheitsförderung?

Ausschlaggebend für die Entwicklung des Konzepts der Gesundheitsförderung war die Ottawa-Charta, die auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21.11.1986 von den Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organization – WHO) verabschiedet wurde. Sie hat sich Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 und für die Zukunft zum Ziel gesetzt.

Gesundheitsförderung wird in der Charta wie folgt definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“¹⁸.

Diese Definition wurde 1997 auf der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta um folgenden Satz weiterentwickelt: „Um ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“¹⁹.

Durch die Begriffsdefinierung der WHO wird deutlich, dass es bei der Gesundheitsförderung nicht nur um die Prävention bestimmter Krankheiten geht, sondern das Hauptaugenmerk auf dem Wohlbefinden und der Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen liegt. In der Gesundheitsförderung geht es darum, verschiedene aber einander ergänzende Methoden und Ansätze wie z. B. Kommunikation, Erziehung, Gesetzgebung, Veränderungen von Organisationen und Einrichtungen und Gemeinwesenarbeit zu verbinden.

Der Ansatz der Gesundheitsförderung ist gekennzeichnet durch die Herstellung von Chancengleichheit in Bezug auf die Gesundheit sowie auf die Beseitigung von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten. Für ein gesundheitsförderndes Handeln ist es wichtig, dass gleiche Chancen und Voraussetzungen für alle Menschen geschaffen und bestehende Unterschiede des Gesundheitszustandes vermindert werden, damit alle die Möglichkeit haben, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu erfüllen.²⁰ Denn nur wenn die Menschen ein gesundes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden erreichen, können sie die Herausforderungen und Probleme des Alltags und Hoffnungen gut meistern. Gesundheit sollte als ein wichtiger Bestandteil des täglichen Lebens gelten, mit dem Ziel, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen und zu genießen.²¹

Gesundheit liegt nicht nur in der Verantwortung des Einzelnen, „[...]“ sondern aufgrund der sozialen und ökonomischen Determinanten der Gesundheit als gesellschaftliche Verant-

¹⁸ WHO, Ottawa Charta, 1986.

¹⁹ WHO, Ottawa Charta, 1986.

²⁰ Vgl. WHO, Ottawa Charta, 1986.

²¹ Vgl. Schwefel, D., Public Health aus globaler und europäischer Sicht, 2003, S. 18.

wortung, die in den Entscheidungen aller Organisationen und Regierungen ihren Ausdruck finden muss.“²² Um darzustellen, in welchen Bereichen Änderungen vorgenommen werden müssen, werden im nächsten Abschnitt die Inhalte der Ottawa Charta kurz vorgestellt.

Inhalte der Ottawa Charta

Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung gilt als ein Grundsatzpapier und Schlüsseldokument für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung. Um die Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung erreichen zu können, sind in der Charta drei zentrale Handlungsstrategien aufgeführt:

- Interessen vertreten
- Befähigen und ermöglichen
- Vermitteln und vernetzen.

Sowie fünf zentrale Aktionsbereiche für ein aktives gesundheitliches Handeln:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste.²³

Die Ottawa-Charta ruft zu einer Umorientierung der Gesundheitsdienste auf. Das heißt, es müssen Versorgungssysteme entstehen, die neben der medizinischen Behandlung und Betreuung auch auf die Förderung von Gesundheit ausgerichtet sind. Gesundheitsdienste sollen feinfühlig und respektvoll die verschiedenen kulturell bedingten Bedürfnisse anerkennen. Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung und Krankenhäuser sind für die Gesundheitsförderung wichtige Settings. Setting in Bezug auf Gesundheitsförderung wird einerseits „als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Es ist andererseits ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch umgestaltet werden können“²⁴. Als Setting werden Kommunen, Kindergärten, Schulen, Betriebe und Krankenhäuser bezeichnet.

Zurzeit steht bei den meisten Einrichtungen zwar die medizinische Behandlung im Vordergrund, aber im folgenden Abschnitt soll gezeigt werden, warum das Krankenhaus ein Kernsetting für Gesundheitsförderung ist.

²² Naidoo, J., Wills, J., Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2003, S. 80.

²³ Vgl. Siebert, D., Prof. Dr. Hartmann, T., Basiswissen Gesundheitsförderung, 2005, S. 5.

²⁴ Grossmann, R., Scala, K., Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, 2003, S.205.

4 Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Häufig genug kommt es vor, dass Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert wird. Und meist wird einem erst bewusst, was Gesundheit bedeutet, wenn man selbst oder jemand im sozialen Umfeld erkrankt ist. Wenn ein Mensch keine Beschwerden hat, macht er sich oft keine Gedanken über gesunde Ernährung, Sport, das Rauchen usw.

Menschen, die krank sind und im Krankenhaus behandelt werden, haben zu diesem Zeitpunkt ein höheres Bewusstsein für ihre Krankheit. Sie sind besonders motiviert, Änderungen in ihrem Leben, Verhalten und ihrer Umwelt vorzunehmen.²⁵ Deshalb ist hier die Förderung von Gesundheit besonders wichtig.

Menschen, die im Krankenhaus und in anderen Gesundheitsdiensten arbeiten, sollten die Wünsche der Patienten nach einem gesünderen Leben auffangen und unterstützen. Außerdem ist es wichtig Möglichkeiten, Angebote oder Informationen über Selbsthilfe, Sportgruppen, Patientenbibliotheken, psychologische Hilfe usw. bieten zu können.

Das Krankenhaus bietet aber nicht nur die Möglichkeit der Gesundheitsförderung beim Patienten, sondern auch für die Mitarbeiter. Es ist ein Setting, in dem viele verschiedene Berufsgruppen arbeiten und außerdem mit vielen anderen Versorgungseinrichtungen zusammengearbeitet wird. Durch gesundheitsfördernde Strategien am Arbeitsplatz (Kantinenessen, Pausengestaltung) kann die Gesundheit der Beschäftigten verbessern, und das Gesundheitsbewusstsein gestärkt werden. Da Krankenhäuser viele Kontakte mit anderen Versorgungseinrichtungen haben, können sie als gesundheitsförderndes Beispiel vorangehen. Es ist wichtig, im Krankenhaus den Fokus nicht nur auf die Behandlung von Krankheit zu legen, es gilt, das Bewusstsein für Prävention zu schärfen.

Wenn von der Gesundheitsförderung im Krankenhaus die Rede ist, dann ist nicht nur die Ottawa Charta wichtig, es muss auch die WHO-Deklaration von Budapest miteinbezogen werden. Die Deklaration beschäftigt sich mit der Gesundheitsförderung im Krankenhaus und sagt aus, dass sich einerseits um die Gesundheitsförderung des Patienten gekümmert werden muss, andererseits aber auch um die Mitarbeiter, Besucher und Gemeinden.²⁶

Die WHO hat auf der Grundlage der Deklaration das Modellprojekt ‚Health Promoting Hospitals‘ ins Leben gerufen, dem inzwischen 47 Länder angehören. Die WHO schafft neue Konzepte, Strategien und Modellprojekte und fördert durch das Netzwerk die Zusammenarbeit der Kliniken und Länder. Mittlerweile wurde ein nationales Netzwerk ‚Gesundheitsfördernder Krankenhäuser‘ aufgebaut. Ziel der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser ist es, die Gesundheit ihrer Patienten, Mitarbeiter und des lokalen Versorgungsumfeldes zu verbessern.²⁷

²⁵ Vgl. Naidoo, J., Wills, J., Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2003, S. 313.

²⁶ Vgl. WHO, Die Budapester Deklaration der WHO, 1992.

²⁷ Vgl. Naidoo, J., Wills, J., Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2003, S. 314.

Um diesem Netzwerk beitreten zu können, müssen die Kliniken bestimmte Voraussetzungen erfüllen:

- Die Krankenhausleitung verpflichtet sich, die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung sowie die Budapester Deklaration umzusetzen.
- Zur Organisation und Durchsetzung des Projektes muss Personal zur Verfügung gestellt werden.
- Zur Begleitung und Evaluierung des Projektes muss mit einer akademischen Einrichtung zusammengearbeitet werden.
- Innerhalb von fünf Jahren müssen mindestens fünf Teilprojekte entwickelt werden, die entweder neu sind oder aus Erweiterungen bereits implementierter Initiativen bestehen.
- Es soll eine Vernetzung mit anderen Krankenhäusern erfolgen, und eine Netzwerkbildung mit Einrichtungen außerhalb des Gesundheitswesens.

Wie im Kapitel 3 erwähnt, gehören Empowerment, Chancengleichheit, Partizipation und bereichsübergreifende Zusammenarbeit zu den wichtigsten Grundsätzen der Gesundheitsförderung. Diese Prinzipien gelten ebenfalls für das Setting Krankenhaus und werden im Folgenden erläutert.

Empowerment

Ein Kernpunkt des Konzeptes ist es, Patienten und ihren Angehörigen Fähigkeit, Kenntnisse sowie Informationen über die Krankheit, Pflege, den Aufenthalt usw. zu vermitteln und sie zur Mitwirkung zu ermutigen. Es sollen die Kompetenzen gefördert und Selbsthilfebewegungen unterstützt werden, damit die Menschen auf die Gesundheit ihrer direkten Umgebung mehr Einfluss nehmen können. Auch die Mitarbeiter müssen ‚empowert‘ werden, z. B. in Bezug auf eine gesunde Lebensweise (Verzicht auf Tabak- und Alkoholkonsum, sportliche Betätigungen) oder durch eine gesundheitsfördernde Selbstversorgung und -reproduktion am Arbeitsplatz (durch Pausen, Ernährung, Wohlbefinden, soziale Netzwerke).²⁸

Chancengleichheit

Hier gilt es, die Bedingungen für die Patienten sicherzustellen, und die vorhandenen Ressourcen für die Mitarbeiter. Durch die Kultur bedingt gibt es zum Beispiel Unterschiede der Ernährungs- und Hygienegewohnheiten oder der Religionsausübung.

Der Umgang mit dem Umstand erkrankt zu sein und im Krankenhaus behandelt werden zu müssen, stellt an selbst schon eine besondere Stresssituation dar. Deshalb sollte angestrebt werden, dass kulturelle Unterschiede und Besonderheiten akzeptiert und berück-

²⁸ Vgl. Garcia-Barbero, M., Pelikan, J.M., Putting HPH Policy into Action, 2005.

sichtigt werden. Für den Beschäftigten kann es die Gleichstellung aller im Team bedeuten.

Zum Beispiel: Alle haben die gleichen Anrechte auf Urlaub, Pausen, Mitspracherecht bei der Erstellung des Dienstplans und die Berücksichtigung bei Stellenausschreibungen.²⁹

Partizipation

Partizipation im Krankenhaus bedeutet, dass Patienten und ihre Angehörigen Einfluss auf Organisation und Abläufe im Krankenhaus nehmen können. Das kann durch Etablierung von Patientengremien, Patientenräten oder Patientensprechern erfolgen, aber auch durch Miteinbeziehung der Betreuer oder Angehörigen in die Pflege. Partizipation der Mitarbeiter kann für die Krankenhausführung und die Verwaltung zum Beispiel im Rahmen von Verbesserungsvorschlagsprojekten, Mitarbeiterbefragungen etc eingeführt werden. Das Management sollte Meinungen, Ansichten und Kritiken der Mitarbeiter ernst nehmen und berücksichtigen.³⁰

Bereichsübergreifende Zusammenarbeit

Dieser Grundsatz spielt im Krankenhaus eine entscheidende Rolle, da dort viele verschiedene Berufsgruppen, Stationen, Abteilungen und Versorgungseinrichtungen zusammen arbeiten. Da die interdisziplinäre Zusammenarbeit von großer Bedeutung ist, sollte die Arbeit der Anderen gewürdigt werden, um ein Klima zu schaffen in dem die Kommunikation zwischen alle Beteiligten erleichtert wird.

Auch wenn in Krankenhäusern die medizinische Behandlung meist noch im Mittelpunkt steht, bietet dieses Setting „[...] für die Gesundheitsförderung gute Möglichkeiten um den ‚Gesundheitsgewinn‘ dieser Dienste zu vergrößern“³¹. Wenn Krankenhäuser nicht dem von der WHO initiierten Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser beitreten wollen, sollten sie bei ihren Veränderungen der Struktur, Organisation und Leistungsausrichtung den Blick auf die Gesundheitsförderung haben, und auf folgende Ziele:

- Das Krankenhaus für die Mitarbeiter und Patienten zu einem gesünderen Arbeits- und Lebensumfeld machen.
- Für Fragen zur Gesundheit Informationen und Beratungen bereitstellen.
- Das Krankenhaus als Setting sehen, in dem nicht nur Krankheiten behandelt werden, sondern auf Prävention und Gesundheitsförderung großen Wert gelegt und der Gesundheitsgewinn als Teil des Unternehmenszieles angesehen wird.³²

²⁹ Vgl. Naidoo, J., Wills, J., Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2003, S. 316.

³⁰ Vgl. Naidoo, J., Wills, J., Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2003, S. 317.

³¹ Naidoo, J., Wills, J., Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2003, S. 305.

³² Vgl. Naidoo, J., Wills, J., Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2003, S. 314.

5 Überblick über die Entwicklung der Frauengesundheitsförderung

In Westdeutschland begann, ähnlich wie in anderen westeuropäischen Ländern, in den 70er Jahren die Diskussion über eine Gesundheitsversorgung, die den Bedürfnissen von Frauen gerecht wird. Es entwickelte sich die Frauengesundheitsbewegung, mit den zentralen Themen der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung. Als Auslöser gilt die Kampagne für eine straffreie Abtreibung.³³

Die Frauengesundheitsbewegung entstand aus der Situation, in der viele Frauen das Gefühl hatten, keine Entscheidungsbefugnis über das eigene Leben und ihren eigenen Körper zu haben. Unter dem Motto ‚Mein Bauch gehört mir‘ wurden Forderungen nach Selbstbestimmung immer deutlicher und kurze Zeit später wurden diese auf weitere Gebiete der gynäkologischen Behandlung ausgedehnt, zum Beispiel die Veränderung der Abläufe bei Klinikgeburten und bei der Empfängnisverhütung. Die bis zu diesem Zeitpunkt herrschende beinahe absolute Definitionsmacht der modernen Medizin wurde erstmals in Frage gestellt. Die Konfrontation mit dem Thema Frauengesundheit ging einher mit der Auseinandersetzung der Rolle der Frau in der Gesellschaft. Es wurde eine Entwicklung eingeleitet, die langfristig gesehen gesellschaftliche Tabus und Moralvorstellungen sprengte.

Im Laufe der 70er Jahre entstanden Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser, die es sich zur Aufgabe gemacht hatten, ein gesamtheitliches Gesundheitskonzeptes sowie alternative Heil- und Behandlungsmethoden zu entwickeln. Es wurde Kritik geübt an der Medikalisierung des weiblichen Körpers und es begann ein zäher Kampf um Einflussnahme und Veränderungen in der damals männerdominierten Gynäkologie. Ziel war eine frauengerechte Medizin.

Da in der Öffentlichkeit eine mangelnde Aufklärung über weibliche Körperfunktionen, Lebensweisen und Probleme herrschte, stand von Anfang an die Weitergabe und Vermittlung von Informationen im gynäkologischen, schulmedizinischen und naturheilkundlichen Bereich und der präventiven Gesunderhaltung im Mittelpunkt.

Weitere wichtige Ziele waren (und sind):

- Anleitung zur Selbsthilfe
- Förderung der Selbstheilungskräfte
- Aktive politische Arbeit, zur Veränderung von Strukturen im Gesundheitssystem.³⁴

³³ Vgl. EWHNET, Netzwerk Frauengesundheit, 2000, S. 5.

³⁴ Vgl. EWHNET, Netzwerk Frauengesundheit, 2000, S. 7.

Die Kritik der Frauengesundheitsbewegung an der Pharmaindustrie sowie an der Machtposition der Ärzteverbände, besonders der Gynäkologen, bewirkte einen Umdenkungsprozess. Dieser wurde von der allgemeinen Gesundheitsbewegung aufgenommen und weiter getragen.

Im Jahr 1980 fand als erster großer Meilenstein der Gesundheitsbewegung der erste Gesundheitstag in Berlin statt. Im Zentrum stand dabei die ganzheitliche Betrachtung der Ursachen und Bedingungen von Krankheiten, was zu einer grundlegenden Kritik am Gesundheitssystem und zur Entwicklung von Alternativen und Reformvorschlägen führte.³⁵

In den 80er Jahren wurden aufgrund der Diskussion über ‚Gewalt gegen Frauen‘ Einrichtungen aufgebaut, die Zuflucht und Hilfe ermöglichten. Es wurden bestehende therapeutische Ansätze hinterfragt, und es entstanden frauenspezifische Therapiekonzepte und Einrichtungen, zum Beispiel für Essgestörte und Drogenabhängige.

Zu Beginn der 90er Jahre wurden überregionale und interdisziplinäre nationale Organisationen und Netzwerke aufgebaut. Diese setzten sich mit den Ansätzen einer stärkeren Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene und zur vorsichtigen Thematisierung von Frauenperspektive in den ärztlichen Standesorganisationen auseinander. Vom anfänglichen Schwerpunkt der reproduktiven Gesundheit hat sich die Frauengesundheitsbewegung recht schnell auf weitere Bereiche ausgeweitet.³⁶ Es ging nicht mehr nur um den Kampf gegen die Kriminalisierung von Abtreibungen, sondern auch die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, Veränderungen der Klinikgeburten und die Kritik an der Enteignung durch das Medizinsystem wurden zu wichtigen Themen.

Frauenbewegung in der DDR

Alle Ausführungen zur Entwicklung der Frauengesundheitsbewegung und –förderung beziehen sich auf Westdeutschland. In der DDR war die Gesundheit von Frauen „[...] in einem Modell umfassender Daseinsfürsorge eingebunden, wozu sowohl die Rahmenbedingungen für Gesundheit, wie Wohnung, Arbeit, Einkommen, Familiensicherung, Erholung und Sport, Teilhabe an Kultur, als auch die gesundheitliche Vorsorge etwa durch Reihenuntersuchungen in Betrieben und Polikliniken sowie die Versorgung im Krankheitsfall und schließlich eine betriebs- und wohnungsnaher Versorgung von chronisch Kranken gehörten“³⁷. Individuelle Bedürfnisse von Frauen wurden in der Öffentlichkeit fast gar nicht angesprochen und thematisiert und Themen wie Gewalt gegen Frauen und in der Familie standen in der Öffentlichkeit nicht zur Diskussion.

Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge für Mütter und Kinder sowie präventive Dienste wurden meist von den Gemeinden erbracht, dazu zählte die spezialisierte Ver-

³⁵ Vgl. Burgert, C., Drei Jahrzehnte Einmischen und Verändern, 2004, S. 5.

³⁶ Vgl. EWHNET, Netzwerk Frauengesundheit, 2000, S. 7.

³⁷ BMFSFJ, Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, 2001, S. 582-583.

sorgung für chronische Erkrankungen wie Diabetes oder psychiatrische Erkrankungen. Durch den Staat wurden diese Versorgungsleistungen durch umfangreiche Sozialunterstützung für Wohnraum, Kinderbetreuung und Krippen ergänzt.³⁸

In der DDR hat sich am Anfang der 80er Jahre ebenfalls eine Frauenbewegung gebildet. Zum Beispiel wurde im Dezember 1989 der Unabhängige Frauenbund (UFV) gegründet, der im Jahr Dezember 1989 und Dezember 1990 die Fraueninteressen sehr gut vertrat. So wurde zum Beispiel im Mai 1990 eine Kommunalverfassung der DDR verabschiedet, die für Kommunen mit mehr als 10.000 Einwohnern eine Gleichstellungsstelle vorschrieb. Im Westen wurden diese Ämter als Frauenbeauftragte bezeichnet. Beide Stellen hatten die Frauenförderung und Gleichstellung als Ziel, aber im Westen standen die Fraueninteressen an erster Stelle, während im Osten die Gleichstellung beider Geschlechter erreicht werden sollte.³⁹

Die Erwerbsquote der Frauen in der DDR war fast so hoch wie die der Männer, denn durch die staatliche Unterstützung konnten Frauen ihre Vollzeitbeschäftigung und die Mutterschaft miteinander verbinden. Frauen fühlten sich am Arbeitsplatz als gleichwertig. In Westdeutschland hingegen war die Erwerbsquote der Frauen eher gering und so genannte Karrierefrauen blieben meist kinderlos.

Ein weiterer Unterschied zwischen Ost und West ist die Abtreibungsgesetzgebung. Im Osten war die Abtreibung erlaubt, im Westen durfte sie nur bei bestimmten Indikationen durchgeführt werden. Im Vereinigungsvertrag war das Thema ein zentraler Streitpunkt. Heute darf nur nach einer Beratung in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen durchgeführt werden.⁴⁰

Mit der Wende sind die ostdeutschen Strukturen des staatlichen Gesundheitswesens aufgelöst worden, und bisher tabuisierte Bereiche konnten im Feld der Frauengesundheit angegangen werden. Dazu gehörten die Schaffung von Frauenhäusern und Frauennotrufdiensten sowie die Entstehung von frauenfreundlichen Initiativen und Frauengesundheitszentren. Die Frauenerwerbsquote in den neuen Bundesländern ist gesunken, auch wenn die Quote im Vergleich zu den alten Bundesländern höher ist. Die Kinderbetreuung (Krippe, Kindergarten, Freizeitgestaltung, Hortbetreuung) ist nicht mehr wie im Umfang vor der Wende sichergestellt und die Geburtenrate ist rückläufig.

³⁸ Vgl. Busse R, Riesberg A.(b), Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, 2005, S. 27.

³⁹ Vgl. Roth, S., Gender Mainstreaming – eine neue Phase der Frauenbewegung?, 2004, S. 43.

⁴⁰ Vgl. Roth, S., Gender Mainstreaming – eine neue Phase der Frauenbewegung?, 2004, S. 44.

5.1 Gender Mainstreaming – neue Phase der Frauenbewegung?

Der heutige Stand der Frauenbewegung lässt sich nicht genau bezeichnen, aber mittlerweile hat die Frauenbewegung eher einen Selbsthilfecharakter. Initiativen zu strukturellen Veränderungen im Gesundheitssystem sind seltener geworden. Gefordert wird aber weiterhin eine geschlechterdifferenzierte Sichtweise in der Gesundheitsversorgung.

Begriffserklärung

Gender bezeichnet die sozialen, gesellschaftlichen und kulturell geprägten Geschlechterrollen von Männern und Frauen. Sie sind im Gegensatz zum biologischen Geschlecht (engl.: sex) erlernt und folglich auch veränderbar. Im Deutschen gibt es keine Unterscheidung zwischen Sex und Geschlecht, so dass es keine angemessene Übersetzung für Gender gibt.

Mainstreaming (engl.: Hauptstrom) bedeutet, dass eine bestimmte inhaltliche Vorgabe, die bis jetzt nicht das Handeln bestimmt hat, plötzlich zum zentralen Bestandteil bei allen Entscheidungen und Prozessen gemacht wird.

Gender Mainstreaming muss umgesetzt werden von der Spitze einer Verwaltung, einer Organisation, eines Unternehmens und allen Beschäftigten. Im vornherein müssen die unterschiedlichen Interessen und Lebenssituationen von Frauen und Männern:

- in der Struktur
- in der Gestaltung von Prozessen und Arbeitsabläufen
- in den Ergebnissen und Produkten
- in der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit
- in der Steuerung (Controlling)

berücksichtigt, um das Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern effektiv verwirklichen zu können. ⁴¹

„Es handelt sich bei Gender Mainstreaming um die Reorganisation, Verbesserung und Entwicklung aller politischen Maßnahmen auf allen Ebenen und in allen Phasen durch die Akteure, die normalerweise in den Gesetzgebungsprozess involviert sind, und darum, in der Planungsphase bewusst potentielle Effekte auf Männer und Frauen in Betracht ziehen“⁴².

5.2 Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen

Für das Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen ist die Grundlage hauptsächlich die gesellschaftsdifferenzierte Erhebung aller Gesundheitsdaten, damit die geschlechterspezifische Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten besser erforscht und behandelt werden

⁴¹ Vgl. <http://www.gender-mainstreaming.net/gm/definition.html>, Zugriff: 02.02.2006.

⁴² EU Kommission, Commission of the European Communities, 2000, S. 5.

kann. Ziel ist es, Diagnostik und Therapien für beide Geschlechter zu optimieren. Frauen und Männer sollen nicht den gleichen Gesundheitszustand erlangen, sondern es muss dafür gesorgt werden, dass beide die gleichen Zugangsvoraussetzungen haben, um ihre gesundheitlichen Ressourcen nutzen zu können.

Die Frauengesundheitsforschung hat in den vergangenen Jahrzehnten vermehrt auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufmerksam gemacht und deutlich gezeigt, dass das Geschlecht einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit ausübt. Zum Beispiel liegt bei Frauen die durchschnittliche Lebenserwartung mehr als sechs Jahre über der der Männer. Allerdings leiden sie häufiger unter psychosomatischen Beschwerden und psychischen Erkrankungen, unter Schmerzzuständen sowie unter zahlreichen weiteren Erkrankungen wie Schilddrüsenerkrankungen, Eisenmangel, Migräne oder Nierenbeckenentzündungen.

Es lassen sich bei fast allen Erkrankungen geschlechterspezifische Ursachen in der Häufigkeit oder Form des Auftretens sowie bei der Diagnostik, bei den Entwicklungsverläufen und in der Therapie beobachten. Die Nutzung des gesundheitlichen Vorsorgesystems weist ebenfalls Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf.

Die Geschlechterforschung und die geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung haben auf unterschiedliche Weise die Bedeutung des Geschlechts bestätigt und Grundlagen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung aufgezeigt.

Inzwischen ist die Geschlechterperspektive nicht mehr für Frauengesundheitsforscherinnen und -praktikerinnen wichtig, sondern Themen wie Gewalt in der Familie, Hebammengeleiteter Kreißaal und die Risiken der menopausalen Hormontherapie haben es in den Versorgungsmainstream geschafft.

„Die Einführung von Gender Mainstreaming in die Gesundheitsversorgung muss für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung und für alle beteiligten Institutionen und Organisationen sowie für alle Berufsgruppen angestrebt werden, um effektive und nachhaltige Veränderungen zu erzielen“⁴³. Dazu ist eine strukturelle Veränderung in der Versorgung notwendig. Das bezieht sich auf ‚die sektorale Gliederung‘ aber auch auf die „[...] arztzentrierte und hierarchische Struktur des deutschen Versorgungssystems“⁴⁴.

Das bedeutet für Krankenhäuser, die sich zu Gesundheitsunternehmen wandeln wollen, dass die Grundsätze des Gender Mainstreaming beachtet und mit eingebunden werden müssen. Die Sensibilität für Geschlechterfragen z. B. bei der Ausbildung von Ärzten und der Gesundheitsberufe muss verstärkt gefördert werden. Die gesundheitliche Ungleichheit

⁴³ Kuhlmann, E., Kolip, P., Gender und Public Health, 2005, S. 90.

⁴⁴ Kuhlmann, E., Kolip, P., Gender und Public Health, 2005, S. 90.

zwischen Männern und Frauen muss verringert werden, damit beide gleiche Zugangschancen haben, um ihre gesundheitlichen Ressourcen zu nutzen. Die Leistungen und Angebote müssen nach dem geschlechtsspezifischen Versorgungsbedarf ausgerichtet sein. Gleichzeitig darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Sozial- und Lebenslagen, wie z. B. Bildungsstatus, sexuelle Orientierung und die ethnische Herkunft eine Rolle spielen.⁴⁵

Durch die Frauengesundheitsforschung und –bewegung ist mehrfach belegt und dokumentiert worden, dass die Geschlechterdifferenzierung ein unverzichtbares Qualitätsmerkmal für eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung und -versorgung, Pflege und Rehabilitation ist. Im folgenden Kapitel wird einerseits auf die Strategien zur Umsetzung von Frauengesundheitsförderung eingegangen. Andererseits werden vier internationale Einrichtungen vorgestellt, die sich seit langem erfolgreich mit der Förderung der Frauengesundheit beschäftigen und es in der praktischen Arbeit umsetzen.

⁴⁵ Vgl. Kuhlmann, E., Kolip, P., Gender und Public Health, 2005, S. 79.

6 Strategien und Umsetzung der Frauengesundheitsförderung

Damit die allgemeinen Gesundheitsrisiken reduziert und die Gesundheitsressourcen der weiblichen Bevölkerung gestärkt werden können, ist es wichtig, dass individuelle und strukturelle Maßnahmen geschaffen werden.

In der Ottawa-Charta sind die Aktionsbereiche für aktives gesundheitliches Handeln aufgezeigt. Zur Förderung der Gesundheit von Frauen und Männern soll dieses Handeln gleichzeitig auf den folgenden unterschiedlichen Ebenen stattfinden:

- Auf der individuellen Ebene durch Empowerment
- Durch Strukturverbesserungen
- Durch Förderung frauenspezifischer Gesundheitsforschung.

Das bedeutet z. B. für den Gesundheitsbereich, dass Maßnahmen für eine Qualitätsverbesserung aufgebaut werden müssen. Dazu zählen eine Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung unter Berücksichtigung der frauenspezifischen Sichtweisen, und die persönliche und professionelle Kompetenzerweiterung.

Eine entscheidende Rolle spielt ebenso die frauengerechte Gesundheitsversorgung und die Gesundheitspolitik. Es ist wichtig, dass das Bewusstsein für Frauengesundheit in die politischen Entscheidungsprozesse miteingebracht wird, und dass z. B. durch Kampagnen zu bestimmten Themenbereichen wie Gewalt gegen Frauen, Frauen über 50, behinderte Frauen das öffentliche Problembewusstsein gestärkt wird und die Frauen zur Mitarbeit bzw. Partizipation aktiviert werden.

Um frauengerechte Vorsorge- und Versorgungsstrukturen schaffen zu können, muss auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der weiblichen Bevölkerung eingegangen werden. Diese Bedürfnisse müssen durch verschiedene Angebote, Einrichtungen und Programme abgedeckt werden. Für die Förderung der Gesundheit ist es erforderlich, dass Strukturen geschaffen werden, die ein Zugang zu Interventionen und Versorgungseinrichtungen gewährleisten ist, und dass Vernetzung der unterschiedlichen Angebote erfolgt.

Die dritte Ebene ist die Förderung frauenspezifischer Gesundheitsforschung.

Viele Faktoren und Aspekte beeinflussen die Gesundheit der Menschen. Dazu zählen das Alter, die soziale Lage, berufliche und persönliche Bedingungen. Durch die Frauengesundheitsforschung ist mittlerweile auch das Geschlecht als ein wichtiger Faktor für die Gesundheit anerkannt. Das heißt, dass das Geschlecht „[...] in der Gesundheitsförderung, in der Versorgung sowie in der Forschung angemessen berücksichtigt werden“⁴⁶ muss.

⁴⁶ Hahn, D., Maschewsky-Schneider, U., Geschlechterunterschiede und Gesundheit/Krankheit, 2003, S. 50

Die Frauengesundheitsforschung entwickelte sich als Folge der Frauenbewegung. Der Ausgangspunkt war, dass keine Untersuchungen über die Besonderheiten der gesundheitlichen Lage von Frauen durchgeführt wurden. Zunächst wurden Themen beleuchtet, die für Frauen von besonderer gesundheitlicher Bedeutung sind, wie z. B. familiäre und häusliche Gewalt, Essstörungen, Missbrauch von Medikamenten und Alkohol. Später wurde das Forschungsinteresse ebenso auf die Beteiligung in klinisch-epidemiologischen Studien gerichtet.⁴⁷

Durch die Frauengesundheitsforschung sind auch die gesundheitlichen Bedürfnisse und Gesundheitslagen der Männer stärker beachtet worden. Mittlerweile gibt es einige Ergebnisse und Veröffentlichungen, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in ‚Geschlechteraspekte und Männergesundheit‘ zusammengestellt worden sind.⁴⁸ Männergesundheitsforschung befasst sich z. B. damit, warum mehr Männer Selbstmord begehen als Frauen oder häufiger an Unfällen beteiligt sind. Außerdem wird sich mit dem höheren Alkoholkonsum von Männern auseinandersetzt.

Inzwischen gibt es eine Menge von Forschungsergebnissen zum Thema Gesundheit und Geschlecht. Die Abbildung 5 zeigt welche Bereiche der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Krankheit und Gesundheit dazu gehören:

Fünf Bereiche der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Krankheit und Gesundheit
<ul style="list-style-type: none">- Lebenserwartung, Mortalität, Art der Krankheit und gesundheitliche Einschränkungen- Gesundheitsrelevante Auswirkungen von Arbeits- und Lebensbedingungen- Gesundheitsbeeinflussende körperlich-biologische Bedingungen- Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Belastungen sowie Risikoverhalten- Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, professionelle Wahrnehmung und Behandlung von Beschwerden und Krankheiten

Abb. 5: Ausgewählte Bereiche der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Krankheiten und Gesundheit.
Quelle: Vgl. Hahn, D., Maschewsky-Schneider, U., Geschlechterunterschiede und Gesundheit/Krankheit, S. 50. eigene Darstellung.

Das Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Heilung und Linderung ist in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Die Sicht auf die ganzheitliche Betreuung und Behandlung ist deutlich in den Mittelpunkt gerückt, und die Rolle von Patientinnen und Patienten ist überdacht worden. Es sind im Gesundheitssystem neue Wege gefordert, die Empowermentstrategien, gender-bezogene Versorgungsformen und Chancengleichheit beachten und miteinbeziehen.

⁴⁷ Vgl. Hahn, D., Maschewsky-Schneider, U., Geschlechterunterschiede und Gesundheit/Krankheit, 2003, S. 50.

⁴⁸ Vgl. <http://artemis.bzga.de/frauen/presite.php?id=thema1>, Zugriff: 29.03.2006.

6.1 Beispiele von Frauengesundheitseinrichtungen

Anhand der Frauengesundheitseinrichtungen sollen Beispiele gezeigt werden, die Frauengesundheitsförderung anbieten und die strukturelle Verbesserungen für Frauen umgesetzt haben. Es sind unterschiedliche Ansätze und Umsetzungen dargestellt, jedoch verfolgen alle vier Einrichtungen die gleichen Ziele:

- Stärkung der subjektiven Ressourcen von Frauen
- Förderung von Gesundheit und Verhütung von Krankheiten
- Benachteiligung in der Gesundheit und Krankheit entgegen wirken
- Qualitätsverbesserung von frauenspezifischer Gesundheitsversorgung
- Gesundheitshandeln der weiblichen Bevölkerung in einem ganzheitlichen Verständnis fördern
- Gesundheitsfördernde, strukturelle Rahmenbedingungen in den Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen
- Aufklärung, Information und Beratung rund um die Gesundheit von Frauen und Mädchen aller Altersstufen
- Verbindung der klassischen Medizin mit der Prävention und der Gesundheitsförderung.

6.1.1 F.E.M.

F.E.M. ist ein Wiener Gesundheitszentrum für **F**rauen, **E**ltern und **M**ädchen, das als Ziel die Förderung und Unterstützung von einem gesundheitsbewussten Lebensstil hat.

Das Gesundheitszentrum wurde 1992 als WHO-Modellprojekt ins Leben gerufen. Ausgangspunkt dafür waren die Empfehlungen der WHO-Konferenz ‚Women's Health and Urban Policies‘ von 1992 in Wien. Des Weiteren waren die Leitlinien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung richtungweisend. Das Zentrum wurde bewusst als WHO-Projekt in einer Frauenklinik implementiert.⁴⁹ Die Semmelweis-Klinik konnte dadurch den Gesundheitsförderungsaspekt mit Schwerpunkt Frauengesundheit einschließen und die personellen, materiellen und medizinischen Ressourcen optimal nutzen.

Der Frauenklinik war es wichtig, den Frauen Gesundheitsförderungsangebote anzubieten und zusammen mit den MitarbeiterInnen der Klinik strukturelle Verbesserungen für Frauen umzusetzen. Bevor weitere Umsetzungsmaßnahmen ausgearbeitet wurden, gab es eine sozialwissenschaftliche Erhebung über gesundheitliche Bedürfnisse von Frauen in der Umgebung. Des Weiteren erfolgte eine Befragung der Patientinnen des Klinikums

⁴⁹ Vgl. Kem, D. (a), Kommunale Strategien am Beispiel österreichischer Frauengesundheitszentren, 1999, S. 7.

über ihre Bedürfnisse an ein frauenorientiertes Krankenhaus sowie eine Mitarbeiterbedürfnisstudie.

Organisation

Um die Kooperation zwischen der Semmelweis-Klinik und dem F.E.M. gewährleisten zu können, ist ein gemeinsames Leitbild erstellt worden, das die Patientinnenbedürfnisse an die erste Stelle rückt. Um für die Frauen strukturelle, inhaltliche und serviceorientierte Verbesserungen vornehmen zu können, werden häufig sozialwissenschaftliche Programmevaluierungen sowie Forschungsarbeiten über Frauengesundheitsthemen durchgeführt.

F.E.M. bietet niederschwellige Angebote, die von den freien Mitarbeitern (Gynäkologen, Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Hebammen, Physiotherapeuten, Ernährungswissenschaften, etc.) durchgeführt werden.⁵⁰

Ziele

Die wichtigsten Ziele von F.E.M. sind:

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Modellhafte Neuorientierung der Gesundheitsdienste im Sinne der "women friendly services"
- Kooperation und Vernetzung mit ärztlichen Zuweisern bzw. anderen Gesundheitsinstitutionen
- Fort- und Weiterbildung von Personen aus Pflege- und Sozialberufen⁵¹.

Überblick über die Angebote

F.E.M. ist Anlaufstelle und Ansprechpartner für Frauen, Eltern und Mädchen, die:

- Seelische Probleme und Sorgen haben
- Rat oder Hilfe bei spezifischen Frauenproblemen benötigen
- Mit ihrer Ernährung oder ihrem Essverhalten unzufrieden sind
- Fragen zum Thema Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch haben
- Fragen oder Probleme mit ihrer Elternrolle oder bei der Erziehung haben
- Informationen und Unterstützung während Schwangerschaft und Geburt brauchen
- Angesichts einer bevorstehenden Operationsentscheidung Informationen, Rat oder Unterstützung benötigen.⁵²

⁵⁰ Vgl. Kem, D. (a), Kommunale Strategien am Beispiel österreichischer Frauengesundheitszentren, 1999, S. 8.

⁵¹ Vgl. Kem, D. (a), Kommunale Strategien am Beispiel österreichischer Frauengesundheitszentren, 1999, S. 8.

⁵² Vgl. <http://www.fem.at/FEM/cmsimple/index.php>. Zugriff: 30.03.2006.

Die Mädchen und jungen Frauen haben die Möglichkeit beim F.E.M. einen Ansprechpartner zu finden, mit denen sie unter vier Augen über ihre Sorgen, Probleme und Ängste reden können. Unter dem Motto ‚Help – Schnelle Hilfe für junge Leute‘ wird ihnen gezeigt, dass man nicht alles allein schaffen muss. Eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin kümmert sich um die Mädchen und ihre Anliegen.⁵³ F.E.M. bietet Workshops für Schulklassen, Mädchengruppen etc. über Sexualität, Selbstverteidigung und Verhütung an.

Außerdem gibt es ein Bewegungscoaching für die Mädchen, bei dem ihnen ein auf ihre Bedürfnisse und Ziele abgestimmtes Bewegungsprogramm erstellt wird. Das Zentrum unterstützt sie weiterhin durch Kooperationen mit Sportvereinen und ähnlichen Einrichtungen bei der Umsetzung.

Da die Zunahme von Essstörungserkrankungen in den vergangenen Jahren stark zugenommen hat, bietet F.E.M. spezialisierte und interdisziplinäre Präventions- und Therapiekonzepte zu diesem Thema an.

Dazu gehört das Präventionsprogramm ‚Body Talk‘ das sich nicht nur an die Jugendlichen richtet, sondern auch an die Lehrer, Betreuer etc. Es handelt sich um ein Programm, das vor allem der Prävention von Essstörungen dient, und das:

- Zur Stärkung der Lebenskompetenz und des Selbstwertgefühls von Jugendlichen beitragen will.
- Die Entwicklung eines positiven Körpergefühls und den selbstbewussten Umgang mit sich und dem eigenen Körper vermitteln will.
- Strategien für Konfliktbewältigung und schwierige Situationen beschreibt.
- Merkmale der Früherkennung von Essstörungen und Interventionsmöglichkeiten aufzeigt.
- Für den Körperwahrnehmung / die Selbsterfahrung methodisch-didaktische Ansätze im Bereich vermittelt.⁵⁴

Neben präventiven Angeboten werden auch Beratungs- und Kursangebote durchgeführt, die im Vorfeld einer Therapie für z. B. essgestörte Mädchen und Frauen angesiedelt sind. Der Schwerpunkt liegt bei der Informationsvermittlung, dem Abklären von Befürchtungen, Ängsten und Erwartungen und der Entwicklung eines Krankheitsverständnisses. Diese Angebote dienen folglich der Therapiemotivation. Bei diesen Maßnahmen wird darauf geachtet, dass es sich um niedrigschwellige Angebote handelt. Außerdem werden die Familie bzw. die Angehörigen und ehemals Betroffene mit in das Konzept miteinbezogen.

⁵³ Vgl. http://www.fem.at/FEM/cmsimple/index.php?F%26uuml%3Br_M%26auml%3Bdchen_und_junge_Frauen:Help_-_Schnelle_Hilfe_f%26uuml%3Br_junge_Leute. Zugriff: 30.03.2006.

⁵⁴ Vgl. <http://www.fem.at/FEM/fem.htm>. Zugriff: 30.03.2006.

Um den Mädchen und jungen Frauen bei dem Weg aus der Essstörung zu helfen und sie zu unterstützen, bietet F.E.M. ein umfassendes Betreuungsangebot für Mädchen und Frauen an. Dazu gehört die medizinische Abklärung und Begleitung, klinisch-psychologische Diagnostik und die Psychiatrie. Die behandelnden klinischen Psychologinnen, Psychotherapeutinnen und Medizinerinnen stehen in ständiger Verbindung und Kommunikation. Wichtig sind hierbei die Beachtung der Autonomie und die Selbstverantwortung der Frau.⁵⁵ Die therapeutischen Maßnahmen umfassen einerseits Psychotherapiegruppen für Frauen, Mädchentherapiegruppen und therapeutische Elterngruppen und andererseits Einzeltherapien und Familientherapien.

Nach Beendigung der Therapie, können sich die Betroffenen an Selbsthilfegruppe beteiligen, So ist sichergestellt, dass der Kontakt zu der Institution und den Mitarbeiterinnen erhalten bleibt. Die Räumlichkeiten hierzu werden von F.E.M. gestellt

Den Erfolg des Zentrums, insbesondere für die Konzepte essgestörter Mädchen und Frauen, sieht F.E.M. einerseits in der Implementierung in ein Krankenhaus (dadurch können z. B. die Infrastrukturen der Klinik genutzt werden). Andererseits ist es der interdisziplinäre Ansatz, die Angebote zur Prävention und Therapiemotivierung, die Einbeziehung von ehemals Betroffenen und Angehörigen.

6.1.2 Royal Women's Hospital

Das Royal Women's Hospital (RWH) in Melbourne ist Australiens größtes Krankenhaus. Es widmet sich der Verbesserung der Gesundheit aller Frauen jeglichen Alters und Kultur sowie der Neugeborenenengesundheit. Das Hospital wurde von den beiden Ärzten Tracy und John Maud im Jahr 1856 aufgebaut. Das Krankenhaus wurde eröffnet, damit unterprivilegierte Frauen dort gebären konnten und dann medizinisch versorgt wurden. Das RWH ist einer ganzheitlich ausgerichteten Philosophie verpflichtet und bietet umfassende Gesundheitsdienste an. Dazu gehören klinische Expertisen, Mutterschaftsdienste, Gynäkologie, Krebsvor- und nachsorge und besondere Behandlungen für Neugeborene. Das RWH hat eine starke Verpflichtung zur Ausbildung und Forschung und arbeitet deshalb eng mit der Universität von Melbourne und der La Trobe Universität zusammen.⁵⁶

Organisation

Das Hospital gliedert sich in drei große Bereiche:

- Leistungen rund um die Mutterschaft
- Leistungen rund um die Gynäkologie
- Leistungen rund um das Neugeborene.

⁵⁵ Vgl. Wege aus der Essstörung –Frauengesundheitszentrums F.E.M., 2005, S. 38.

⁵⁶ Vgl. http://www.rwh.org.au/rwh/about.cfm?doc_id=981. Zugriff: 01.04.2006.

Zusätzlich hat das RWH verschiedene Programme ins Leben gerufen, die sich um die Bedürfnisse, Probleme und Sorgen der Frauen jeglichen Alters und Kultur kümmern. Da das Wohlbefinden von Frauen von vielen verschiedenen Faktoren (z. B. finanzielle, gesundheitliche, umweltbedingte oder familiäre) abhängig ist, war und ist es dem RWH sehr wichtig, ein breites Angebot für die verschiedenen Belange zur Verfügung stellen zu können.

Das *Women's Health Program* ist eine Sammlung der unterschiedlichen Angebote und Leistungen des RWH. Die meisten davon sind kostenlos und wollen Frauen und deren Familien in besonderen Lebenssituationen erreichen und unterstützen. Die Angebote verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz und berücksichtigen die individuellen physischen, sozialen, kulturellen und seelischen Aspekte und Bedürfnisse der Frauen.

Der größte Teil der Programme (z. B. *well women's*, *absolutely women's health*) vermittelt Informationen und Gesundheitsförderung. Bei den Angeboten arbeiten Fachleute, die Experten z. B. auf dem Gebiet der Menopause, Familienplanung, Ernährung etc., sind.⁵⁷

Im folgenden Abschnitt wird das Programm *well women's* vorgestellt und drei Angebote, die durch *well women's* entstanden sind. Danach erfolgt es eine Zusammenfassung über die Tätigkeit und Arbeit des *Family Birthing Centre*, und dessen Zusatzservice für Frauen mit Alkohol und Drogenproblemen.

Well women's

Well women's ist vor allem ein Internetprogramm, welches das RWH aufgebaut hat. Nach Meinung des RWH benutzen besonders Frauen das Internet, um Informationen über gesundheitliche Themen zu bekommen. Auf der Homepage werden den Frauen Neuigkeiten und ein monatliches Topthema über Bereiche der Gesundheit zur Verfügung gestellt. Außerdem wird durch *well women's* z. B. folgendes angeboten:

- *absolutely women's health*
- *young mother's clinic*
- *well women's clinic*⁵⁸

Absolutely women's health gehört zum *Women's Health Program*. Hier wird das Ziel verfolgt durch Informationen, Diskussionen und Veranstaltungen gängige und umstrittene Gesundheitsthemen anzusprechen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf Themen, die das Wohlbefinden und die Gesundheit von Frauen betreffen. Durch das Programm sollen vor allem Frauen erreicht werden, die zu einer Minderheit gehören, wie Alte, Junge, Ausländerinnen und die Aborigenes.

⁵⁷ Vgl. http://www.rwh.org.au/wellwomens/about.cfm?doc_id=2279. Zugriff: 02.04.2006.

⁵⁸ Vgl. http://www.rwh.org.au/wellwomens/index.cfm?doc_id=2278. Zugriff: 02.04.2006.

Das Projekt legt großen Wert auf die Förderung von Gemeinschaftsbewusstsein und den Meinungs austausch zwischen Frauen und Gesundheitsanbietern. Um das umzusetzen, werden monatliche Foren, Gesundheitstage, Konferenzen, Theateraufführungen, Debatten und Lesungen veranstaltet. Außerdem arbeitet *absolutely women's health* eng mit anderen Frauenorganisationen zusammen, und sie veröffentlichen *INSTINCT*. Dabei handelt es sich um eine Zeitung, die sich mit Gesundheitsthemen befasst, und ebenfalls online zur Verfügung steht.⁵⁹

Die *young mother's clinic* ist eine Anlaufstelle für junge Frauen bis zum 21. Lebensjahr, die schwanger sind bzw. ihr Baby schon entbunden haben. Es sind neben den jungen Frauen ebenfalls deren Familien, Partner und Freunde willkommen.

Die Klinik kümmert sich um die Schwangerschaftsvorsorge und die Gesundheit von Mutter und Kind. Die Mitarbeiter (Hebammen, Geburtshelfer, Sozialarbeiter) sind speziell für die Betreuung, Beratung und Behandlung der Mädchen und Frauen ausgebildet. Sie werden auf die Geburt und das Elternsein vorbereitet. Wenn sie es wollen, können sie auch Beratung und Unterstützung bei Themen, wie Ernährung und Verhütung, bekommen.

Die *young mother's clinic* bietet die Möglichkeit, dass sich junge Frauen treffen und austauschen können, die in ähnlicher Situation sind. Es ist außerdem eine junge Mutter im Hospital angestellt, die den jungen Frauen Informationen über weitere Angebote des Klinikums und der Stadt (Gemeinde, Ort etc.) heraus sucht und zur Verfügung stellt. Daneben gibt es eine Beratung bei der Suche nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Den jungen Frauen soll auf diesem Wege geholfen werden, trotz Kind die berufliche Zukunft in Angriff zu nehmen.⁶⁰

Die Mitarbeiter der *well women's clinic* kümmern sich um die Gesundheitsvorsorge von Frauen. Die Angebote stehen allen Frauen zur Verfügung. Ansprechpartner sind vor allem Krankenschwestern, die eine spezielle Fachausbildung mit dem Schwerpunkt auf Sexualität und dem Wohlbefinden der Frau haben.

Neben regelmäßigen Kontrolluntersuchungen (Abtasten der Brust, Blutdruckmessung etc) werden z. B.:

- Anleitungen zur Selbstuntersuchung der Brust
- Schwangerschaftstests
- HIV-Tests
- Informationen zur Vorbeugung bzw. zum Umgang mit Inkontinenz

- Informationen über Sexualität und Verhütung

⁵⁹ Vgl. http://www.rwh.org.au/wellwomens/awh.cfm?doc_id=2282. Zugriff: 01.04.2006.

⁶⁰ Vgl. http://www.rwh.org.au/wellwomens/clinics.cfm?doc_id=2429. Zugriff: 02.04.2006.

- Informationen über die Menopause
- Informationen und Tipps zum Umgang mit sich und seinem Körper.

angeboten.⁶¹

Family Birthing Centre

Das *Family Birthing Centre* (FBC) betreut Frauen und ihre Familie während und nach der Schwangerschaft sowie bei der Geburt. Sie werden unterstützt und auf das Leben mit dem Kind vorbereitet. Der Partner und die Familie werden kontinuierlich miteinbezogen, um auch sie mit der neuen Situation vertraut zu machen.

Im FBC können nur Frauen betreut werden, bei denen keine gesundheitlichen Risiken bestehen. Die Frauen können kurz vor der Geburt in eines der fünf Geburtszimmer des FBC einziehen, und es besteht die Möglichkeit, dass der Partner dort ebenfalls übernachtet.⁶²

Das RWH bzw. das FBC sieht die Schwangerschaft und die Geburt als ganz natürliche Vorgänge an, die keiner bzw. nur kleiner Interventionen bedürfen. Die Geburt findet mit Hilfe einer Hebamme statt. Sollte es Komplikationen bei der Geburt geben, ist ein Arzt zur Stelle. Damit die Frauen sich dort wohlfühlen, ist das FBC gemütlich und trotzdem komfortabel eingerichtet worden, und es stehen ihnen Entspannungsecken und eine Küche zur Verfügung. Alle Angebote zur Schwangerschaftsversorgung befinden sich im FBC, so dass sie die Frauen im Bedarfsfall in Anspruch nehmen können.

Nach der Geburt bleiben die Frauen im Regelfall noch ein bis zwei Nächte, danach macht eine Hebamme vom FBC Hausbesuche. Sollte eine Entlassung nicht möglich sein, wird die Frau auf der Nachgeburtsstation versorgt. Die Hebammen bieten den Frauen kostenlose Kurse an, an denen sie nach der Geburt teilnehmen können.⁶³

Women's Alcohol & Drugs Service

Eine besondere Leistung des FBC ist das *Women's Alcohol & Drugs Service* (ADS). Dieser Zusatzservice kümmert sich seit 1987 um Frauen mit Alkohol- und Drogenproblemen. ADS hat an zahlreichen zentralen Stellen in Melbourne Ambulanzen, zu denen die Frauen während und nach der Schwangerschaft gehen können. In diesen vom RWH geleiteten Ambulanzen sind speziell ausgebildete Mitarbeiter dort tätig.

Die Frauen werden während der Schwangerschaft unterstützt werden und eine problemlose Geburt haben. Zeitgleich wird versucht, die Sucht der Frauen zu kontrollieren und eventuell zu besiegen. Zum Beispiel gibt es die Möglichkeit eines Methadon-Programms.⁶⁴

⁶¹ Vgl. http://www.rwh.org.au/wellwomens/clinics.cfm?doc_id=2428. Zugriff: 02.04.2006.

⁶² Vgl. http://www.rwh.org.au/fbc/index.cfm?doc_id=3705. Zugriff: 02.04.2006.

⁶³ Vgl. http://www.rwh.org.au/fbc/info.cfm?doc_id=3706. Zugriff: 02.04.2006.

⁶⁴ Vgl. http://www.rwh.org.au/wads/index.cfm?doc_id=3819. Zugriff: 01.04.2006.

Eine Frau, die sich bei ADS helfen und betreuen lässt, wird automatisch beim RWH registriert, so dass die medizinische Versorgung gegeben ist. Die Schwangerschaft wird durch speziell ausgebildete Geburtshelfer, Hebammen, Seelsorger und einen Kinderarzt betreut, die immer für die Frauen da sind und sie unterstützen.

Den Frauen sollen geholfen werden zu lernen:

- Welche Methoden es zur Stressbewältigung gibt
- Wie sie ihre Sucht reduzieren bzw. ganz aufgeben können
- Sich selbst neu zu entdecken und wie sie sich ändern können
- Wie sie mit Selbstzweifeln und der Angst bezüglich der Schwangerschaft und Geburt umgehen können
- Wie sie mit der neuen Situation nach der Geburt und mit ihrem Kind umgehen können.⁶⁵

ADS bietet den Frauen die Möglichkeit der individuellen Betreuung über einen längeren Zeitraum. Sie erhalten die Leistungen der Schwangerschaftsvor- und nachsorge, die Behandlung sowie Kontrolluntersuchungen des Babys. Nach der Geburt wird den Frauen für sechs Wochen ein Check-up angeboten, wo die Mutter und das Kind untersucht und notfalls behandelt werden. Danach erfolgt durch das ADS ein Hausbesuch bei Mutter und Kind, und später wird die Betreuung an einen Kinderarzt in der Nähe übergeben.

Des Weiteren ein Informations- und Beratungsangebot zu Themen wie gesunder Ernährung, Schwangerschaftsverhütung, Familienplanung, Physio- und Psychotherapie sowie Wohnungsvermittlung bekommen. Der Service eines Dolmetschers steht ihnen zur Verfügung.⁶⁶

6.1.3 National Centers of Excellence in Women's Health

Die ersten sechs *National Centers of Excellence in Women's Health* (CoE) wurden vom US Ministerium für Gesundheit im Jahre 1996 eingerichtet. Ihre Aufgabe war und ist es, ein neues Gesundheitsversorgungssystem aufzubauen, das Gesundheitsforschung, medizinisches Training, klinische Betreuung, öffentliche Gesundheitserziehung und die Bekanntmachung von Frauen in der akademischen Medizin beinhaltet. Ziel ist den Gesundheitszustand der Frauen jeglichen Alters zu verbessern und zu fördern. Mit Hilfe des Projektes soll letztendlich die Gesundheitsversorgung für alle amerikanischen Frauen optimiert werden.⁶⁷

Durch die Arbeit der Center sind Gesundheitsversorgungsdienste, Forschungsprogramme und professionelles Gesundheitsversorgungstraining integriert worden und es wurden

⁶⁵ Vgl. http://www.rwh.org.au/wads/clinical.cfm?doc_id=3821. Zugriff: 02.04.2006.

⁶⁶ Vgl. http://www.rwh.org.au/wads/clinical.cfm?doc_id=3821. Zugriff: 02.04.2006.

⁶⁷ Vgl. <http://magee.edu/coe/About/About.html>. Zugriff: 01.04.2006.

Verbindungen zu den kommunalen Gesundheitsdiensten geschaffen. Vor der Einführung der CoE wurde die Frauengesundheit in Bezug auf Vorsorge, Ausbildung und Forschung in Amerika stark vernachlässigt worden. Die Chancen für eine gesündere Zukunft der amerikanischen Frauen werden durch zahlreiche private und öffentliche Initiativen gesteigert.

Die Centers of Excellence bieten den Frauen an einem Ort alle Dienste der Gesundheitsversorgung (Geburtszentrum, Schwangerschaftsbetreuung, Krebsvorsorge etc.) an. Des Weiteren entwickelten die Center multidisziplinäre Forschungspläne über alle medizinischen Spezialitäten. Sie sorgten dafür, dass die geschlechterspezifischen Unterschiede bezüglich Ursachen, Behandlung und Prävention von Krankheiten, in der medizinische Aus- Fort- und Weiterbildung beachtet werden. Die Center entwickelten außerdem Führungsstrategien zur Pflegerekrutierung und zur Förderung von Frauen in akademischen Medizinberufen.

6.1.4 Center of Excellence - Magee-Womens Hospital

Eines der ersten Centers of Excellence ist das Magee-Women's Hospital of University of Pittsburgh. Und es ist eines von nur fünf Non-profit-Krankenhäusern in Amerika, das sich um Frauengesundheit kümmert.

Das Hospital wurde 1911 eröffnet und vom ersten Tag an wurde Wert darauf gelegt alle Frauen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit, zu versorgen. Das Magee-Womens Hospital hat es sich zum Ziel gemacht die Gesundheitsversorgung und das Wohlergehen der Frauen, der Neugeborenen und deren Familie zu verbessern.

Als ein Teil der Universität von Pittsburgh (UPMC) will das Hospital Als ein Teil der Universität von Pittsburgh (University of Pittsburgh Medical Center - UPMC) wollen sie an der Spitze der Frauen- und Neugeborenenengesundheit stehen. Dabei streben sie nach:

- Ausgezeichneter Forschung
- Aus- und Weiterbildung
- Entwicklung von Standards
- Ausgezeichneter Patientenversorgung
- Exzellenter medizinischer Qualität und Innovationen.

Die Entwicklung und Koordination des Frauengesundheitsservices im Magee-Womens Hospital wird durch das *Clinical Program* unterstützt. Das *Clinical Program* ist ausgearbeitet worden von CoE und die Strategien sehen wie folgt aus:

- Alle Frauen, egal welcher Herkunft, Kultur oder ethischer Gruppe, sollen eine hochqualifizierte Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt bekommen.

- Die frauenspezifische medizinische, chirurgische und pflegerische Betreuung soll optimiert werden.
- Es soll eine preiswerte Gesundheitsversorgung angeboten werden.
- Entwicklung von Richtlinien und z. B. Fragebögen, mit denen die Qualität der klinischen Betreuung und die Patientenzufriedenheit erfasst und beurteilt werden kann.

Magee womens research institute

Ein wichtiges Anliegen im Magee-Womens Hospital ist die Forschung. Das *magee womens research institute* (MWRI) ist einer der größten Empfänger von Forschungsgeldern in den USA und spielt eine bedeutende Rolle bezüglich der Gewinnung von Frauen, die an klinischen Studien teilnehmen.

Das MWRI wurde 1993 eröffnet und ist mittlerweile ein international anerkanntes und respektiertes Forschungsinstitut. Geleitet wird es von Dr. (MD) James M. Roberts, der für seine Forschungen im Bereich der Frauengesundheit sehr geachtet wird.⁶⁸ Zu den Schwerpunkten gehören die Epidemiologie und die Gesundheitsforschung von Frauen und Neugeborenen.

Es sind dort derzeit circa 80 Mitarbeiter, die aus Bereichen stammen wie der Geburtshilfe, Gynäkologie, Reproduktionsmedizin und der Kinderheilkunde beschäftigt. Die Wissenschaftler haben sich ganz der Frauen- und Neugeborenenforschung verschrieben und verbinden die Forschungsstudien mit der praktischen Anwendung der Ergebnisse.

Zu den Forschungsgebieten des MWRI gehören:

- Krebserkrankungen
- Reproduktionsmedizin
- Geschlechtskrankheiten
- Reproduktive Endokrinologie
- Gynäkologische Spezialgebiete (Inkontinenz, Beckenbodenstörungen)
- Zentrum für übertragbare Geschlechtskrankheiten (HIV, Vaginitis, Infektionen).

Das Institut hat in den vergangenen Jahren einen besonders guten Ruf erworben mit ihren Studien über frauenspezifische Geschlechtskrankheiten. Des Weiteren ist es eines der wenigen Zentren des Landes, das sich der Forschung in der Reproduktionsmedizin widmet. Es hat die landesweit größte Forschungsgruppe für das HELLP-Syndrom⁶⁹. Bei dem HELLP-Syndrom handelt es sich um eine Form der Präeklampsie (Schwangerschaftserkrankung).⁷⁰

⁶⁸ Vgl. <http://www.mwri.magee.edu/about/members.htm>. Zugriff: 01.04.2006.

⁶⁹ Vgl. <http://www.mwri.magee.edu/about/overview.htm>. Zugriff: 01.04.2006.

⁷⁰ Vgl. <http://www2.lifeline.de/yavivo/Erkrankungen/HELLP/>. Zugriff: 13.04.2006.

Das MWRI und das Magee womens hospital haben zusammen mit RAND die Magee – RAND – Initiative gegründet. RAND ist ein gemeinnütziges Unternehmen, das bei der Verbesserung von Strategie- und Entscheidungsfindungen bei dringend zu lösenden Problemen der Bevölkerung mitwirken will.. Durch diese Initiative wird für die beteiligten Organisationen in Pittsburgh eine einzigartige Möglichkeit zur Zusammenarbeit geboten. Denn nur durch Transparenz und Kooperation, kann sichergestellt werden, dass qualitative Gesundheitsdienste (und niedrighschwellige Angebote) für eine breite Masse von Frauen und ihren Neugeborenen in Pennsylvania zur Verfügung stehen.⁷¹

Geburtshilfe und Gynäkologie

Weitere wichtige Bereiche des Magee-Womens Hospital sind die Geburtshilfe und die Gynäkologie. Das Magee-Womens Hospital bietet den Frauen und Kindern eine umfassende Gesundheitsversorgung an einem Ort. Zu dem großen Leistungsangebot zählen:

- Ernährungsberatung
- Schwangerschaftsvor- und nachsorge
- Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Brustkrebszentrum und Ovarialkrebszentrum
- Zentrum für Frauen vor, während und nach der Menopause
- Interdisziplinäres Gesundheitszentrum für Frauen mit Körperbehinderungen.

Auf die gesamte Leistungspalette wird in der vorliegenden Arbeit nicht eingegangen, da der Umfang sehr vielfältig ist. Ein Projekt soll im nächsten Abschnitt genauer vorgestellt werden, da es sich hierbei um ein Programm für junge Mädchen handelt.

Girls on the run

Das Magee-Womens Hospital of University of Pittsburgh ist Träger des Vereins *girls on the run*. Die Mission dieses Vereins ist es, Mädchen auf ein Leben vorzubereiten, in dem sie gesund leben und Selbstvertrauen und Selbstachtung aufbauen und bewahren können.⁷²

Der Verein hat sich dazu verpflichtet, Mädchen zu helfen. Durch Sport und die Gemeinschaft soll die Selbstachtung, Selbsteinschätzung und das Selbstvertrauen gestärkt werden und die Gesundheit gefördert werden. Durch die Sportprogramme soll das soziale, physische und seelische Wohlbefinden unterstützt und gestärkt werden.

An sieben Orten im Westen von Pennsylvania (Allegheny, Butler, Beaver, Lawrence, Mercer, Washington, Westmoreland) werden die Programme durch *Girls an the run* angeboten, und Träger ist das Magee-Womens Hospital of University of Pittsburgh.⁷³ Die Kurse

⁷¹ Vgl. <http://www.mwri.magee.edu/about/overview.htm>. Zugriff: 01.04.2006.

⁷² Vgl. <http://www.girlsontherun.magee.edu/aboutus.html>. Zugriff: 01.04.2006.

⁷³ Vgl. <http://www.girlsontherun.magee.edu/aboutus.html>. Zugriff: 01.04.2006.

finden zweimal im Jahr statt und dauern jeweils 10 Wochen. In diesem Zeitraum treffen sich die Mädchen zweimal in der Woche für cirka eine Stunde.

Es stehen immer mindestens zwei Trainer zur Verfügung, die besondere Anforderungen erfüllen müssen. Dazu gehören eine Ausbildung für den Bereich Sport, Ernährung oder Psychologie. Außerdem müssen sie vor Beginn der Kurse an Fortbildungen teilnehmen und im Umgang mit jungen Mädchen geschult werden.

Es werden zwei Programme angeboten, die altersspezifisch aufgebaut sind.

1. The girls on the run program

Dieses Programm ist für Mädchen zwischen 8 und 11 Jahren (3. – 5. Klassenstufe) konzipiert, und es gibt innovative Lehrpläne, die landesweit getestet wurden. Inhalte sind z. B. Aufwärmübungen, Laufübungen und Workout. Außerdem werden Spiele durchgeführt, mit denen die Kinder lernen gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen und Konflikte zu lösen.

Die Mädchen werden auf den Fünfkilometerlauf vorbereitet, und alle Mädchen, egal auf welchem Fitnesslevel sie sich befinden, sollen ermutigt werden sich diese Herausforderung zu stellen. Um die Mädchen zu motivieren, finden Treffen zum Reden mit Gleichaltrigen statt, welche den Lauf bereits geschafft haben.

2. Girls on the track program

Dieses Programm richtet sich an Mädchen im Alter zwischen 12 und 15 Jahren (6. – 8. Klassenstufe). Hier fließen alle Elemente des 1. Programms mit ein. Aber es beinhaltet des Weiteren Themen zur Gesundheitserziehung und Aufklärung zu Themen wie Rauchen, Drogen, Alkohol, Essstörungen und persönliche Sicherheit.

Durch die Programme will *girls on the run* erreichen, dass jedes Mädchen:

- den Fünfkilometerlauf schafft, sei es durch laufen oder durch gehen
- merkt, dass es alles schaffen können, wenn sie es wirklich will
- den Vorteil von Teamarbeit und Gemeinschaft sieht und versteht
- ein verbessertes Körperbild und Körpergefühl erlangt
- ihren Platz im Team gefunden hat.

Durch die CoE wie das Magee-Womens Hospital werden Forschung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und Prävention miteinander verbunden. Die Gesundheit der Mädchen, Frauen und der Neugeborenen wird durch die Zusammenarbeit der Gesundheitsdienstleister und die gender-spezifische Sicht verbessert und eine optimale Beratung, Versorgung und Betreuung angestrebt.

6.2 Fazit

Die im Kapitel 6.1 vorgestellten Einrichtungen haben sich auf die Gesundheitsförderung von Mädchen, Frauen und Neugeborenen spezialisiert. Es werden Forschung und medizinische Versorgung mit gesundheitsfördernder Aufklärung, Beratung und Vorsorge miteinander verbunden. Sie bieten frauenorientierte Dienstleistungen an, indem sie die Qualität der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung verbessern.

Aus jeder Einrichtung wurden einzelne Bereiche konkreter vorgestellt. Die unterschiedlichen Beispiele der Zentren und Kliniken zeigen, wie und mit welchen Maßnahmen die Ziele von Gesundheitsförderung umgesetzt werden können. Die Ausarbeitung der Schwerpunkte und Angebote soll Anregungen für die Umsetzung von Frauengesundheitsförderung an Kliniken z. B. in Deutschland geben.

7 Das Klinikum Nürnberg

7.1 Historischer Überblick

Das Klinikum wurde 1897 gegründet und nahm 1900 seine Arbeit auf, es verfügte damals über 760 Betten. 160 Mitarbeiter, darunter zwölf Ärzte, 42 Pflegekräfte und drei Apotheker arbeiteten in den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Psychiatrie.

Durch das schnelle Wachstum der Bevölkerung der Stadt Nürnberg wurden 1914 über 10.000 Menschen behandelt und die Bettenzahl wuchs auf 1.314 an. Im Jahr 1972 erreichte das Klinikum seine höchste Bettenzahl mit 2.740 Betten. Seitdem verringert sich durch die kürzeren Belegdauern die Bettenzahl, aber die Anzahl der zu behandelnden Patienten steigt bis heute an.

Im 2. Weltkrieg wurden große Teile des Klinikums zerstört und die Bettenzahl sank auf den historischen Tiefstand von 112 Betten. Nach Kriegsende begann man jedoch sofort mit dem Wiederaufbau. Seitdem steht die Modernisierung des Klinikums Nürnberg im Mittelpunkt. Dazu gehören neue Institute, Geräte, Behandlungsmethoden und folglich neue und höhere Anforderungen an die Ärzte und Pflegekräfte.

Für diese Veränderungen und Entwicklungen war das Gelände im Norden Nürnbergs zu klein. 1986 wurde mit dem Neubau eines Klinikums im Süden der Stadt begonnen. Im April 1994 konnten die ersten Patienten aufgenommen werden, es stehen dort ca. 1.000 Betten und elf Operationssäle zur Verfügung.

Im Klinikum Nord fanden und finden ebenfalls Umbau- und Neubaumaßnahmen statt. So wurden zum Beispiel eine Privatklinik sowie ein neues Chirurgisches Zentrum mit 461 Betten, zwölf Operationssälen und einer Palliativstation in Betrieb genommen.⁷⁴

Mit seinen 38 Kliniken und Instituten, 2.450 Betten, 5.200 Mitarbeitern und 650 Auszubildenden gehört das Klinikum Nürnberg mittlerweile zu den größten kommunalen Krankenhäusern der Maximalversorgung (höchste Versorgungsstufe) in Europa. Um sich Maximalversorger nennen zu dürfen, müssen viele personelle, strukturelle, und qualitative Anforderungskriterien (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) erfüllt sein. Dazu gehören z. B. Qualitätssicherung, Forschung, Lehre, Ausbildung, Notfallbereitschaft, Ambulanz, strukturelle Voraussetzungen für eine Notaufnahme und Krankenhausorganisation. Im Jahr werden im Klinikum Nürnberg ca. 83.000 Patienten stationär behandelt.

Von der Gründung im Jahr 1897 bis 1997 wurde das Klinikum Nürnberg als Regiebetrieb der Stadt geführt. Grundsätzliche Entscheidungen (z. B. Personalangelegenheiten) waren dem Stadtrat vorbehalten. Dies hatte zur Folge, dass es teilweise sehr lange Entscheidungswege gab.

⁷⁴ Vgl. http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/daten_und_fakten/geschichte_kn.html. Zugriff: 15.03.2006.

Durch sich ständig verändernde Anforderungen des Bundesgesetzgebers zeigte sich, dass flexibleres Handeln innerhalb des Krankenhauses immer wichtiger wurde. Daher wurde die Umwandlung des Klinikums in ein Kommunalunternehmen beschlossen.

Seit dem 01.01.1998 ist das Klinikum Nürnberg ein selbstständiges gemeinnütziges Kommunalunternehmen in städtischer Trägerschaft. Die Unternehmensleitung setzt sich aus dem Vorstand und dem Verwaltungsrat (dem der Oberbürgermeister und zehn Stadträte der Stadt Nürnberg angehören) zusammen. Diese Leitung trifft die wegweisenden Grundsatzentscheidungen. Daneben ist eine kooperative Klinikleitung eingeführt worden, was als bundesweit einmaliges Führungskonzept gilt.⁷⁵

7.2 Klinikumsphilosophie

Nach § 107 Abs. 1 SGB V handelt es sich bei Krankenhäusern um „Einrichtungen, die

- der Krankenbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
- fachlich – medizinisch unter ständiger Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlichen anerkannten Methoden arbeiten,
- mit Hilfe von jederzeit verfügbaren Pflege,- Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf ausgerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen,
- die Patienten untergebracht und gepflegt werden können⁷⁶.“

In dieser Definition geht es nur um die klinische Medizin und Pflege. Die Aspekte der Gesundheitsförderung werden nicht einmal nur annähernd erwähnt. Das Klinikum Nürnberg hingegen setzt auf ganzheitliche Behandlung. Dieser Aspekt spiegelt sich in den Leitsätzen des Klinikums wider. Gemäß den Leitlinien des Klinikums Nürnberg sieht es sich nicht als Einrichtung, die nur auf die Krankenbehandlung Wert legt, sondern sie setzt auf ganzheitliche Behandlung und die Förderung von Gesundheit.

Die Leitsätze machen deutlich, dass neben der Behandlung, Begleitung, Betreuung und Beratung der Patienten und deren Angehörigen auch Prävention und Rehabilitation wichtig sind.

Es gilt, das Gesundheitsbewusstsein der Menschen zu stärken. Des Weiteren müssen die verschiedenen individuellen, physischen, psychischen, kulturellen und geistigen Bedürfnisse der Patienten und deren Angehörigen berücksichtigt werden. Das Recht auf Selbst-

⁷⁵ Vgl. http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/daten_und_fakten/geschichte_kn.html. Zugriff: 15.03.2006.

⁷⁶ § 107 Abs. 1 SGB V, 2006.

bestimmung und der Respekt vor der Würde des Menschen stehen im Mittelpunkt der täglichen Arbeit im Klinikum.⁷⁷

Um kompetent, patientenorientiert, effektiv, engagiert, gesundheitsfördernd und qualitativ gut arbeiten zu können, ist es wichtig, dass ebenso auf die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter geachtet und eingegangen wird.

7.3 Projekt Zentrum für Frauengesundheit am Klinikum Nürnberg

Aufgrund des Wandels der gesellschaftlichen Strukturen und des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit, ist es notwendig, das Versorgungsangebot an diese Veränderungen anzupassen. Die stationäre Behandlung rückt weiter in den Hintergrund. Dafür spielen Prävention, Gesundheitsförderung und ganzheitliche Angebote, die die individuellen physischen, sozialen, kulturellen und seelischen Aspekte und Bedürfnisse berücksichtigen, eine größere Rolle.

Bei Frauen ist die Prävention von Krankheiten sehr wichtig, dies beginnt bereits im frühen Lebensalter. Um den Frauen in Nürnberg und Umgebung die optimale Versorgung und eine Anlaufstelle bieten zu können, hat das ‚Zentrum für Frauengesundheit‘ am Klinikum Nürnberg seine Arbeit aufgenommen.

Ziel dieses Zentrums ist es, nicht nur schon vorhandene Erkrankungen zu therapieren, sondern außerdem vorbeugende Angebote zu offerieren. Das Zentrum für Frauengesundheit will den Patienten eine umfassende Beratung und Betreuung für alle frauenspezifischen Erkrankungen und Problemsituationen bieten.

Mit der Planung, die Frauenheilkunde am Klinikum weiterzuentwickeln, wurde im Jahr 2002 begonnen. Nachdem der Verwaltungsrat der Schaffung eines Zentrums für Frauengesundheit zugestimmt hat, wurde im Februar 2003 ein erstes Hearing durchgeführt.

Zu diesem Hearing wurden Vertreter von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte und andere institutionelle Partner außerhalb des Klinikums eingeladen. Es wurde ihnen die Möglichkeit gegeben, über die bisherigen Erfahrungen bezüglich der Zusammenarbeit mit dem Klinikum zu sprechen. Außerdem konnten sie ihre Vorstellungen, Wünsche und Anregungen über die Weiterentwicklung der Frauenheilkunde am Klinikum Nürnberg äußern. Die befragten Frauenorganisationen übten beispielsweise weniger Kritik an der fachlichen Qualität des Klinikums, sondern beklagten eher die fehlende Kommunikation, Zusammenarbeit und Transparenz gerade bei der Behandlung von Frauenkrankheiten an.

⁷⁷Vgl. http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/daten_und_fakten/leitbild.html. Zugriff: 23.03.2006.

Aus den Beiträgen der Organisationen ließen sich folgende Wünsche ableiten:

- Stärkerer Schutz der Intimität
- Mehr Mitsprache und Kontinuität bei der Behandlung
- Verbesserung der Vernetzung von Nachsorgeeinrichtungen
- Stärkeres Eingehen auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen
- Stärkere Berücksichtigung der psychosozialen und psychosomatischen Aspekte von Krankheit und Gesundheit der Frauen
- Verbesserung der räumlichen Situation und des Ambientes der Klinik.⁷⁸

Aufgrund der Anregungen und Ergebnisse des Hearings und schriftlicher Befragungen der Teilnehmer nach der Veranstaltung wurden drei Teilprojektgruppen gegründet. Sie beschäftigten sich mit folgenden Ansatzpunkten und Maßnahmen für die Weiterentwicklung:

- Gruppe 1: Weiterentwicklung und Erweiterung des Leistungsspektrums
- Gruppe 2: Psychische und psychosoziale Indikationen
- Gruppe 3: Kultur und Menschenbild im Umgang mit den Patienten.

Zu der Arbeit und den Ergebnissen der Gruppen sind zusammenfassend folgende Punkte wichtig:

Gruppe 1

Der Schwerpunkt dieses Teilprojektes lag darin, wie das bestehende Leistungsspektrum weiterentwickelt werden kann. Die Kooperation mit internen und externen Partner spielte hierbei eine wichtige Rolle.

Um die internen Versorgungsabläufe und die externe Kooperation zu verbessern und zu optimieren, wurde das interdisziplinäre Brustzentrum gegründet. Die Gruppe 1 hat sich mit der möglichen Organisation, dem Aufbau und Ablauf beschäftigt. Im Abschnitt 8.8 wird näher über das interdisziplinäre Brustzentrum berichtet. Ein weiterer Punkt war die Errichtung eines Hebammengeleiteten Kreißsaals. Die Projektgruppe hat dafür einen Entscheidungsvorschlag bezüglich der organisatorischen und strukturellen Notwendigkeiten ausgearbeitet. Des Weiteren hat sich die Gruppe mit dem Thema Reproduktionsmedizin und Endokrinologie der Frau beschäftigt.

Mit Hilfe des externen Beraters Herrn Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp wurde auf nationaler und internationaler Ebene ermittelt, was es schon für ähnliche Zentren bzw. Frauenkliniken gibt. Herr Prof. Wehkamp ist für die Weiterentwicklung der Frauenheilkunde am Klinikum Nürnberg als Berater tätig. Er hat in Zusammenarbeit mit dem Klinikum einen Entwurf fertig gestellt, was für die Neugestaltung der Frauenheilkunde wichtig und notwendig ist.

⁷⁸ Vgl. Bericht der Projektgruppen: Zweites Hearing „Weiterentwicklung der Frauenheilkunde“ am Klinikum Nürnberg, S. 2-3.

Dazu zählen unter anderem:

- Ganzheitliche Sicht der Frauen(-gesundheit)
- Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung
- Berücksichtigung der Lebensweisen und Lebenswelten
- Zusammenarbeit und Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Stärkung und Ausbau der Beratungsangebote (z. B. Schwangerschaft, Geburt, Familie, Sexualität, Verhütung, Ernährung).⁷⁹

Gruppe 2

Das Ziel dieser Projektgruppe war es, die psychosoziale Beratung und Kompetenz auszubauen. Es wurden Akut-Betten für traumatisierte Frauen in der Klinik für Psychosomatik eingerichtet. Außerdem wurde vorgeschlagen eine integrativ arbeitende psychosoziale Arbeitsgruppe zu bilden, die in der Frauenklinik tätig sein soll. (Die Gruppen 2 und 3 wurden im Laufe des Prozesses aus organisatorischen Gründen zusammengelegt).

Gruppe 3

Hier stand die Entwicklung von Maßnahmen im Mittelpunkt, die zur Förderung der kommunikativen Kompetenz der Ärzte, des Pflegepersonals und sonstigen medizinischen Personals notwendig sind. Bisher wurden z. B. durchgeführt:

- Kurse in ärztlicher Gesprächsführung und für psychosomatische Aspekte in der Frauenheilkunde.
- Balintgruppen werden für die Assistenzärzte angeboten. Hier treffen sich meist acht bis zwölf Ärzte, um unter der Leitung eines Psychotherapeuten über „Problempatienten“ zu sprechen. Das Ziel ist es, eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung zu erreichen, die dann das bessere Verständnis und eine verbesserte Behandlung zur Folge hat.⁸⁰
- Kurse für die ‚Kommunikation‘ und ‚Konflikte im Berufsalltag‘, die von allen Berufsgruppen in Anspruch genommen werden können.
- Projekt ‚Verbesserung der Kommunikation während der Visite: Reflexion und Lernen vor Ort‘ wurde ins Leben gerufen. Es wurde auf der Psycho-Onkologie erprobt und soll ebenfalls in der Frauenklinik umgesetzt werden.⁸¹

Als ein weiterer wichtiger Schritt zum neuen Zentrum für Frauenheilkunde gilt die Entscheidung vom Verwaltungsrat, dass die beiden Frauenkliniken (Gynäkologie und Geburtshilfe) unter einer Leitung organisatorisch zusammengefasst werden sollen.

⁷⁹ Vgl. Bericht der Projektgruppen: Zweites Hearing „Weiterentwicklung der Frauenheilkunde“ am Klinikum Nürnberg, S.5.

⁸⁰ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Balint-Gruppe>. Zugriff: 24.03.2006

⁸¹ Vgl. Bericht der Projektgruppen: Zweites Hearing „Weiterentwicklung der Frauenheilkunde“ am Klinikum Nürnberg, S.6.

Der zukünftige Bereich der Frauenheilkunde untergliedert sich in die folgenden Schwerpunkte:

- Operative Gynäkologie
- Interdisziplinäres Brustzentrum
- Geburtshilfe und Pränataldiagnostik
- Reproduktionsmedizin und Endokrinologie der Frau.

Diese Ausarbeitungen, Maßnahmen und Veränderungen wurden im zweiten Hearing, das im Januar 2004 stattfand, vorgestellt. Die Teilnehmer waren überwiegend dieselben wie beim ersten Hearing. Die Pläne und Veränderungen wurden größtenteils positiv aufgenommen und es gab noch Anregungen und Wünsche bezüglich der Zusammenarbeit und Kooperation z. B. mit dem eröffneten Brustzentrum.

Überblick über Maßnahmen und Veränderungen

Die Klinik für Frauenheilkunde wird seit dem 01.01.2005 von Frau Prof. Dr. Cosima Brucker geleitet und umfasst somit wieder die beiden Schwerpunkte Gynäkologie und Geburtshilfe. Gleichzeitig nahm das Zentrum für Frauengesundheit seine Arbeit auf, mit den Schwerpunkten operative Chirurgie, Geburtshilfe und Brustzentrum. Geplant ist ein Zentrum für Reproduktionsmedizin, das eventuell in Kooperation mit einer in Nürnberg ansässigen Institution aufgebaut werden soll.⁸² Schon jetzt ist eine Beratung bei Kinderwunschfragen am Klinikum möglich.

Um die Zusammenarbeit mit den ortansässigen Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen zu verbessern, wurde in den vergangenen Jahren einiges getan. Zum Beispiel nimmt das Klinikum, vertreten durch die Gleichstellungsbeauftragte Frau Koppen, am ‚Arbeitskreis Frauen und Gesundheit Nürnberg‘ teil. Ziel dieses kommunalen Arbeitskreises ist es, die Gesundheitsförderung und die medizinische Versorgung der Frauen in Nürnberg zu verbessern.

Es wurde außerdem eine Liste aller Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Frauenorganisationen erstellt, die den Patienten als Flyer zur Verfügung steht.

Der Hebammengeleitete Kreißsaal ist bis jetzt noch nicht eingerichtet worden. Aber es laufen zurzeit Sondierungsgespräche mit Beleghebammen, die eine entsprechende Tätigkeit am Klinikum Nürnberg Süd aufnehmen wollen. Es ist in der Planung, ein Familienzimmer einzurichten, in dem sich die Gebärende und der Partner aufhalten können. Wenn es aus medizinischer Sicht keine Bedenken gibt, kann in dem Zimmer entbunden werden. Dieser Hebammengeleitete Kreißsaal soll von Ärzten der Frauenklinik des Klinikum Süd

⁸² Vgl. E-Mail von Frau Prof. Dr. Brucker, 03.01.2006, Anlage 1 (cosima.brucker@klinikum-nuernberg.de).

mitbetreut werden. Vorerst ist eine ausschließlich durch Hebammen betreute Geburtshilfe am Klinikum nicht vorgesehen.⁸³

Für den Bereich der Endokrinologie bietet das Klinikum zurzeit Untersuchungen und Beratungen auf Einweisung bzw. für Privatpatienten an. Um die Beratung und Diagnostik einem größeren Kreis von Frauen ermöglichen zu können, will das Klinikum die Berechtigung dafür beantragen.⁸⁴

7.4 Das Brustzentrum am Klinikum Nürnberg

Seit November 2003 werden im Interdisziplinären Brustzentrum im Klinikum Nürnberg Erkrankungen der weiblichen (und männlichen) Brust diagnostiziert und behandelt. Bis Januar 2006 fanden 1.665 Patientenkontakte statt. Da etwa jede achte Frau in Deutschland im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkrankt, hat diese Krankheit einen besonderen Stellenwert.

Grundlage für das Zentrum ist eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche des Klinikums. Die Patienten werden durch ihren behandelnden Arzt an das Brustzentrum überwiesen. Beim ersten Termin im Brustzentrum wird vom betreuenden Arzt ein Gespräch über die medizinische Vorgeschichte, die aktuelle Erkrankung und über die möglichen Untersuchungsschritte erfolgen. Danach findet die Tastuntersuchung der Brust statt.

Wenn weitere Untersuchungsschritte notwendig sein sollten, ist eine kurzfristige Terminvergabe zum Beispiel für die Radiologie möglich. Sollte eine Tumorentfernung notwendig sein, ist die Vergabe eines kurzfristigen Operationstermins möglich. Die Operationen werden von den Ärzten des Brustzentrums durchgeführt. Zur Information und besseren Orientierung über den Ablauf und die Arbeit des Brustzentrums wurde ein Behandlungspfad erstellt, der als Anlage 2 dieser Arbeit beigefügt wurde.

Wie schon erwähnt, handelt es sich um ein interdisziplinäres Zentrum. Die Zusammenarbeit wird am folgenden Beispiel deutlich:

Bei bösartigen Erkrankungen findet nach der Operation eine Besprechung im Onkologischen Arbeitskreis statt. Der Onkologische Arbeitskreis ist ein wöchentliches Treffen der beteiligten Spezialisten. Hierzu gehören Gynäkologen, Onkologen, Pathologen, Radiologen, Psychologen, Strahlentherapeuten und Plastische Chirurgen. Der einweisende Arzt kann ebenfalls daran teilnehmen. In dieser Besprechung wird das weitere therapeutische Vorgehen in Hinblick auf die Erkrankung aufeinander abgestimmt.

Um dem behandelnden niedergelassenen Arzt die Befunde seines Patienten zeitnah und vollständig zukommen zu lassen, erhält jeder Patient bei der ambulanten Befundbe-

⁸³ Vgl. E-Mail von Frau Prof. Dr. Brucker, 03.01.2006, Anlage 1 (cosima.brucker@klinikum-nuernberg.de).

⁸⁴ Vgl. E-Mail von Frau Prof. Dr. Brucker, 03.01.2006, Anlage 1 (cosima.brucker@klinikum-nuernberg.de).

sprechung einen Ausdruck mit den Vorschlägen des Onkologischen Arbeitskreises Anlage 3. Darauf sind alle Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Therapieempfehlungen vermerkt. Der behandelnde Arzt und der Patient können dann gemeinsam das weitere Vorgehen besprechen und planen.

7.5 Befragung von Patienten und niedergelassenen Ärzten durch das Brustzentrum

Um eine stetige Verbesserung der Qualität des Brustzentrums gewährleisten zu können, wird jährlich eine Evaluierung der Patientinnenzufriedenheit und der Zufriedenheit von niedergelassenen Medizinerinnen durchgeführt. Diese Ermittlung der Wirksamkeit erfolgte mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens.

Die Patientinnenbefragung ermöglicht die Aufdeckung eventueller Mängel in der Patientinnenbetreuung. Daraus lassen sich anschließend qualitätsverbessernde Maßnahmen ableiten. Die Befragung der niedergelassenen Ärzte verfolgte das Ziel, die (Weiter-) Behandlung von Patientinnen mit Brusterkrankungen zu optimieren und eine Verbesserung der Kooperation zwischen Brustzentrum und niedergelassenen Ärzten zu erreichen.

Die Auswertung für die Patientinnenbefragung der Patientinnen und der niedergelassenen Ärzte aus dem Dezember 2004 liegt vor. Eine ausführliche Zusammenfassung der Ergebnisse ist als Anlage 4 beigefügt.

Ergebnisse der Patientinnenbefragung

Insgesamt wurden 150 Patientinnen angeschrieben, deren Auswahl über das Zufallsprinzip erfolgte. Drei Fragebögen konnten nicht zugestellt werden. Insgesamt wurden 70 Fragebögen zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von 47,6 % entspricht. Die Behandlung war zum Zeitpunkt der Befragung bei allen Patientinnen bereits abgeschlossen.

Von den befragten Frauen würden 97 % das Brustzentrum weiterempfehlen. Diese Aussage zeigt, dass die Arbeit und die Qualität des Brustzentrums insgesamt sehr gut bewertet wurden. Aus der Analyse der Fragebögen geht jedoch hervor, dass die betroffenen Frauen mit einigen Abläufen nicht zufrieden waren. Dieses Ergebnis führte dazu, dass grundlegende Veränderungen und Verbesserungen in die Wege geleitet wurden.

Grundsätzlich wurde der ambulante und stationäre Ablauf der Behandlung für alle Patientinnen weitmöglichst standardisiert, um eine hohe Transparenz für die Mitarbeiter des Brustzentrums zu ermöglichen und den speziellen Bedürfnissen von Patientinnen mit gut- und bösartigen Brusterkrankungen umfassend gerecht zu werden. Als Folge dieser Veränderungen werden alle notwendigen Staginguntersuchungen für Patientinnen mit Brustkrebs im Rahmen des stationären Aufenthaltes durchgeführt. Jede Patientin erhält ab dem ersten Tag nach ihrer Operation krankengymnastische Anleitungen durch eine Physiotherapeutin und einen Flyer zur Prophylaxe von einem postoperativen Lymphödem. Die speziell geschulte Psychologin der Abteilung, mit Schwerpunkt Psychoonkologie, bie-

tet jeder Patientin während des stationären Aufenthaltes mindestens ein Gespräch an. Auf Wunsch können die Patientinnen die psychoonkologische Betreuung während ihrer gesamten Behandlungszeit in Anspruch nehmen. Des Weiteren hat jede Patientin nach der Mastektomie die Möglichkeit, sich schon während des stationären Aufenthaltes eine Prothese anpassen zu lassen.

Bei der poststationären Befundbesprechung werden neben der Auswertung der Untersuchungsergebnisse auch eventuell notwendige Termine für die weitere Behandlung vereinbart. Jeder Patientin mit einer bösartigen Brusterkrankung wird ein Nachsorgekalender ausgestellt. Eine Zusammenfassung über die einzelnen Aspekte ihrer Erkrankung mit weiteren Therapieempfehlungen wird ihr außerdem ausgehändigt.

Wenn es notwendig sein sollte, stehen die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes zur Verfügung für z. B. Hilfestellungen für die Einleitung von einer gewünschten Rehabilitationsmaßnahme. Jede Patientin erhält außerdem einen Flyer der Bayerischen Krebsgesellschaft für Selbsthilfegruppen sowie weitere Informationsmaterialien über ihre Erkrankung. Die Befragung vom Dezember 2004 ergab, dass einige Patientinnen mit den Wartezeiten im Brustzentrum nicht zufrieden waren. Deshalb wurde im Dezember 2005 eine Befragung bezüglich der Wartezeiten durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass über die Hälfte der Patientinnen nur maximal 15 Minuten in der Ambulanz des Interdisziplinären Brustzentrums warten, bis sie vom Arzt des Brustzentrums behandelt werden. Die Termine können somit äußerst zufriedenstellend für die Patientinnen eingehalten werden.

Ergebnisse der Ärztebefragung

Bei den niedergelassenen Ärzten wurden alle Mediziner angeschrieben, deren Patientinnen im Brustzentrum behandelt wurden und die nach der Behandlung einen Arztbrief erhalten haben. Hierbei handelte es sich um Allgemeinmediziner, Gynäkologen und Fachärzte anderer Disziplinen. Es wurden insgesamt 140 Fragebögen versandt. Zwei konnten nicht zugestellt werden. 31 Fragebögen wurden durch die Befragten zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 22 %. Alle Fragebögen konnten ausgewertet werden. Die Befragung ergab, dass von den 31 befragten Ärzten 71 % ihre Patientinnen wieder ins BZ einweisen würden. Sie sind folglich mit der Betreuung ihrer Patienten durch das interdisziplinäre Brustzentrum und mit der Zusammenarbeit zufrieden. Um herauszufinden, warum 13 % der niedergelassenen Kollegen keine weiteren Patienten einweisen würden, wird in der nächsten Befragung die Möglichkeit für eine Freitextantwort gegeben. Für eine optimale Behandlung und Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, erhält jede Patientin einen Ausdruck der Besprechung des Onkologischen Arbeitskreises. So wird gewährleistet, dass niedergelassenen Kollegen die Befunde ihrer Patientinnen zeitnah

und vollständig bekommen, und ihnen alle Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Therapieempfehlungen zur Verfügung stehen.

Die Befragung im Dezember 2004 zeigte, dass viele niedergelassene Ärzte das Brustzentrum nicht kannten. Durch personelle Umstrukturierungen mit Übernahme der Klinik für Frauenheilkunde und des Brustzentrums durch Frau Prof. Cosima Brucker als ärztliche Leiterin sind hier entscheidende Verbesserungen durchgeführt worden. Das Brustzentrum hat im vergangenen Jahr Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte und Patientinnen organisiert, war auf Messen vertreten, die Medienpräsenz wurde ausgeweitet und intensiverer Kontakt zur Selbsthilfegruppen hergestellt. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Veränderungen positiv bei der Beantwortung der Fragen nach dem Bekanntheitsgrad des Brustzentrums und des Erhalts der Informationen über das Brustzentrum auswirken werden.

7.6 Fazit

Die Notwendigkeit und Vorteile eines Zentrums für Frauengesundheit hat das Klinikum Nürnberg erkannt. Die Vorteile und Notwendigkeiten beziehen sich zum einen auf die Frauen in der Umgebung und zum anderen auf das Klinikum selbst. Es wird eine umfassende Beratung, Betreuung und Behandlung von frauenspezifischen Gesundheitsproblemen angestrebt. Außerdem sollen wissenschaftliche Ansätze integriert werden, damit eine ständige Verbesserung der frauenspezifischen Medizin erreicht werden kann.⁸⁵

Durch das Zentrum soll die Vorsorge bezüglich bösartigen und chronischen Erkrankungen verbessert werden. Die Integration von psychologischen Angeboten soll verstärkt werden sowie komplementäre medizinische und nicht medizinische Maßnahmen. Das sind einige der Pläne, die Frau Prof. Cosima Brucker anstrebt.

Wie in dem vorherigen Kapitel gezeigt, hat sich seit dem ersten Hearing viel getan. Die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Selbsthilfe- und Beratungsstellen wurde ausgebaut. Die Sondierungsgespräche mit Beleghebammen werden durchgeführt, und die Einrichtung von Familienzimmern ist in Planung. Des Weiteren hat das Brustzentrum bei den Frauen in der Umgebung eine hohe Bekanntheit erreicht und wie die Ergebnisse der Patientinnenumfrage gezeigt haben ist die Zufriedenheit groß. Damit das Brustzentrum noch bekannter wird, und mehr niedergelassene Ärzte mit dem Brustzentrum zusammenarbeiten, wird Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Um eine Qualitätsverbesserung bezüglich der Behandlung und Patientinnen- und Ärztezufriedenheit zu erreichen, werden einige Maßnahmen durchgeführt.

Nun gilt es, das Begonnene fortzusetzen, das Zentrum weiter auszubauen, um die Ziele des Zentrums zu erreichen. Dazu muss das Leistungsspektrum erweitert, und einige Bereiche müssen noch ausgearbeitet werden. Wichtig ist außerdem zu erfahren, welche

⁸⁵ Vgl. E-Mail von Frau Prof. Dr. Brucker, 03.01.2006, Anlage 1, (cosima.brucker@klinikum-nuernberg.de).

Bedürfnisse die Frauen in der Umgebung haben, um auf dieser Grundlage die Angebote zu gestalten.

Im folgenden Kapitel wird die Vision von einem Zentrum für Mädchen- und Frauengesundheit vorgestellt. Es handelt sich um die Ableitung allgemeiner Grundsätze. Es werden die Ziele, mögliche Vorgehensweisen und wichtige Inhalte beschrieben, die für ein Zentrum mit einem ganzheitlichen frauenspezifischen Ansatz wichtig sind. Danach werden einige mögliche Zentren (z. B. Zentrum für Mädchen und jungen Frauen, Zentrum für Menopause) und deren Schwerpunkte mit Beispielen dargestellt.

8 Vision über ein „Zentrum für Mädchen- und Frauengesundheit“

In ihrem Buch „Männer sind vom Mars, Frauen von der Venus“ schreibt Cris Evatt viel über die Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Es geht dabei z. B. um alltägliche Probleme, Empfindungen, Ängste und Gefühle, die von Männern und Frauen unterschiedlich ausgelebt, empfunden und angegangen werden. Auch in der Medizin spielen Unterschiede eine wichtige Rolle. Es gibt viele Unterschiede, die über die Sexualorgane hinausgehen.

Frauen und Männer definieren Gesundheit ganz unterschiedlich. Während die Frauen mit Gesundheit eher Wohlbefinden und Wohlfühlen verbinden, denken die meisten Männer hingegen an die Abwesenheit von Krankheit. Frauen gehen anders mit Krankheit, Problemen und Schmerzen um. Deshalb ist es wichtig, dass Frauengesundheit gefördert wird. Das beinhaltet zum einen Prävention und Behandlung von Beschwerden und Erkrankungen, die einmalig, häufig oder nur bei Frauen auftreten. Aber es gehört zum anderen ebenfalls der Erhalt der Gesundheit dazu sowie die Aufklärung, Beratung, Wellness und das Verhindern von Beschwerden und Krankheiten. Das alles muss für alle Lebensphasen der Frauen zur Verfügung gestellt werden.

In diesem Kapitel wird eine Vision von einem *Zentrum für Mädchen- und Frauengesundheit* vorgestellt. Dieses Zentrum ist in eine Frauenklinik integriert, den Mädchen und Frauen⁸⁶ soll so eine spezialisierte medizinische Versorgung geboten werden. Wichtig ist dabei, dass ein frauenfreundliches Ambiente geboten wird, in dem die klassische Medizin mit einer frauenspezifischen Gesundheitsförderung verbunden wird.

Das Setting Krankenhaus (speziell Frauenklinik) bietet für die Gesundheitsförderung, mit Schwerpunkt Frauengesundheit, ideale Voraussetzungen. Es können einerseits die personellen, materiellen und medizinischen Ressourcen genutzt werden und andererseits Gesundheitsförderungsmaßnahmen angeboten werden.

Wie im Kapitel 4 erwähnt, ist Gesundheitsförderung im Krankenhaus nicht nur für die Patientinnen wichtig, sondern auch für deren Angehörige und Besucher, für die Mitarbeiter und die Frauen, die in der Umgebung leben.

Um das *Zentrum für Mädchen- und Frauengesundheit* in einer Frauenklinik erfolgreich implementieren zu können, muss als erstes eine Ermittlung der sozioökonomischen und soziodemographischen regionalen weiblichen Bevölkerungsstruktur erfolgen.

Damit zielgruppen- und bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt und angeboten werden können, empfiehlt sich als zweites eine Untersuchung der gesundheitlichen Belastungen,

⁸⁶ Anmerkung: Aus Gründen der Vereinfachung wird im Folgenden statt ‚Mädchen und Frauen‘ hauptsächlich von Frauen gesprochen.

Lebensqualitäten und Ressourcen der Frauen, die im umliegenden Gebiet leben. Für die Umsetzung ist es außerdem wichtig zu erfahren, welche Bedürfnisse und Erwartungen die Patientinnen und die gesamten Mitarbeiter an ein frauenorientiertes Krankenhaus haben. Erst wenn klar ist welche Bedürfnisse, Erwartungen, unterschiedlichen Lebenswelten etc. vorliegen, kann mit der Planung und Umsetzung eines Zentrums für Frauengesundheit begonnen werden.⁸⁷

Bei der Entwicklung und bei der täglichen Arbeit müssen folgende Grundprinzipien beachtet und miteinbezogen werden:

- Vermeidung einer Über-, Unter- und Fehlversorgung (möglich durch bedarfsgerechte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Behandlungskonzepte)
- Niederschwellige Gesundheitsangebote
- Ausführliche und umfassende Gesundheitsaufklärung und –information als Entscheidungsgrundlage (Berücksichtigung der Bewältigungsstrategien und der persönlichen Ressourcen)
- Förderung und Nutzung von vorhandenen frauenspezifischen Infrastrukturen und Vernetzung (Frauennetzwerke, Frauenforschung, Versorgungsketten, Kooperationen etc.)
- Formulierung und Umsetzung von Gesundheitszielen, die frauenspezifische und Gender-Aspekte berücksichtigen
- Sensibilisierung und Qualifizierung in den Gesundheitsberufen.

Ziele

Zu den Zielen des Zentrums gehört, die subjektiven Ressourcen von Frauen zu stärken und ihr gesundheitliches Handeln in einem ganzheitlichen Verständnis zu fördern. Empowerment ist wichtig, damit den Frauen die Chance gegeben wird, selbständig und ihre Gesundheit und ihren Körper zu entscheiden. Die Förderung der Prävention und eines gesunden Lebensstils sind wichtige Anliegen des Zentrums.

Dafür ist neben einer Qualifizierung auch die interdisziplinäre Vernetzung zwischen allen Beteiligten notwendig. Dazu gehören z. B. die Frauen und ihre Angehörigen, die Kostenträger, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Krankenhäuser sowie niedergelassene Ärzte.

Des Weiteren gilt es die ganzheitliche frauenspezifische Sichtweise als ein Baustein in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu sehen. Die Implementierung des Zentrums für Mädchen- und Frauengesundheit an eine Frauenklinik hat den Vorteil, dass in deren Lehr- und Weiterbildungsangeboten dieser Aspekt direkt mit integriert werden kann.

⁸⁷ Vgl. Kem, D., Kommunale Strategien am Beispiel österreichischer Frauengesundheitszentren, 1999, S. 7-8.

Um den Zugang zu medizinischen Informationen und Dienstleistungen zu verbessern, müssen die Bereitstellung und der Einsatz von elektronischen Kommunikationsmitteln (z. B. Hotline für medizinische Informationen, Internet, Telemedizin) erfolgen.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Umsetzung von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen in die Praxis.

Wie in Kapitel 6 erwähnt, unterscheiden sich Krankheitssymptome, Erkrankungsverläufe und auch Heilungsprozesse von Männern und Frauen. Frauen nehmen Gesundheit und Krankheit anders wahr und haben eine unterschiedliche Vorstellung von Gesundheit, Wohlbefinden sowie Krankheit. Das hängt mit den körperlich-biologischen und psychischen Bedingungen zusammen. Aber Einfluss haben auch unterschiedliche Lebenslagen, Lebensverläufe, soziale, familiäre, berufliche sowie kulturelle Bedingungen. Es ist folglich wichtig, dass dieser Umstand in der gesundheitlichen Versorgung und in der Gesundheitsvorsorge beachtet und berücksichtigt wird.

Eine geschlechterdifferenzierte Gesundheitsforschung zu betreiben bzw. mit einem Forschungsinstitut zusammenzuarbeiten, dessen Schwerpunkt auf Frauengesundheit liegt, sollte angestrebt werden. Studien ermöglichen z. B. bei Brustkrebs, Eierstockkrebs sowie in der Geburtshilfe den frühen Einsatz modernster Vorsorge- und Diagnostikverfahren, Medikamente und Therapieverfahren. Für eine effiziente und effektive Gesundheitsförderung und -versorgung ist das ein wichtiges Qualitätsmerkmal.

Aufbau und Organisation

Das Zentrum unterscheidet sich von einer traditionellen Frauenklinik darin, dass neben der universitären Schulmedizin die Anwendung von komplementären Pflege- und Behandlungsmethoden in Richtung frauenspezifische Heilkunde geboten werden. Es sollten Prävention und Gesundheitsförderung angeboten, wie auch die Schulung und Empowerment von chronisch Kranken durchgeführt werden. Wie schon erwähnt, können die vorhandenen Ressourcen der Gynäkologie, Geburtshilfe, Neonatologie, Onkologie und anderer Fachbereiche optimal genutzt werden für die Arbeit im *Zentrum für Mädchen- und Frauengesundheit*. Um eine optimale frauenspezifische Gesundheitsvor- und -versorgung zu erlangen, wird auch mit externen Anbietern (Fachpraxen, Selbsthilfegruppen etc.) zusammengearbeitet. Eine weitere Besonderheit des Zentrums ist, dass viele Leistungen und Maßnahmen ambulant bzw. teilstationär angeboten werden. Es wird angestrebt, die strenge Trennung zwischen ambulanten und stationären Sektor zu verringern bzw. aufzulösen.

Das Herzstück des Zentrums stellt eine Poliklinik dar. Im Mittelpunkt stehen die ganzheitlichen Frauenheilkunde und eine umfassenden Beratung, Betreuung und Behandlung von frauenspezifischen Gesundheitsproblemen.

In der Poliklinik findet die Anmeldung, Koordinierung und Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen, Leistungserbringern, Kostenträgern, Selbsthilfe- und Beratungsgruppe etc. statt.

An die Poliklinik sind verschiedene Zentren und frauenspezifische Abteilungen angegliedert. Dazu gehören z. B.:

- Brustzentrum
- Zentrum für Gynäkologie
- Zentrum für Menopause
- Zentrum für Mädchen und junge Frauen
- Zentrum für Mutter und Kind (Geburtshilfe)
- Zentrum für Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Zentrum für Beckenbodenbeschwerden und Inkontinenz
- Zentrum für Familienplanung, Verhütung- und Schwangerschafts-Konfliktberatung.

Damit eine hochwertige optimale Versorgung erfolgen kann, müssen sämtliche Prozesse durch eine entsprechende Ablauf- und Aufbauorganisation unterstützt werden.

Dazu gehört, dass die allgemeinen Leistungen (Beratungen, Sprechstunden, Schulungen) eher patientennah und Spezialleistungen (Operationen, Untersuchungen) zentral erbracht werden. Wichtig ist außerdem für alle Behandlungsabläufe und Behandlungsfälle ein optimal aufeinander abgestimmtes Verfahren aller Beteiligten. Transparenz, Kooperation und Kommunikation müssen sichergestellt werden. Um eine hohe Transparenz zu gewährleisten, können in einigen ambulanten und stationären Bereichen standardisierte Behandlungsabläufe eingeführt werden. Behandlungsabläufe geben einerseits dem Pflegepersonal und den Ärzten Informationen und Instruktionen über Beratungen, Untersuchungen und zu erwartende Tätigkeiten. Aber es werden auch Hinweise über Behandlungsziele gegeben. Die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen wird vereinfacht und durch eine effiziente und rasche Versorgung kann z. B. die Aufenthaltsdauer verkürzt oder es können Doppeluntersuchungen vermieden werden. Vergessen werden darf dabei nicht die Berücksichtigung der sozialen, kulturellen und persönlichen Unterschiede von Mädchen und Frauen.

In den folgenden Abschnitten wird auf die einzelnen Zentren und Abteilungen näher eingegangen. Da sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen derzeit in einem Änderungsprozess befinden, ist es nicht möglich, eine genaue Aussage zur Umsetzbarkeit einzelner Maßnahmen und Ideen zu treffen.

Wichtig ist, dass alle angebotenen Maßnahmen und Programme so ausgearbeitet und umgesetzt werden, dass sie den speziellen Bedürfnissen von Frauen entsprechen. Die Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit der Mädchen und Frauen muss respektiert werden, die Schweigepflicht, auch bei Minderjährigen, gewahrt werden.

8.1 Zentrum für Mädchen und junge Frauen

Das Zentrum für Mädchen und junge Frauen bietet nicht nur Untersuchungen an. Es gehören einerseits Beratungen zu Themen wie Sexualität, Verhütung und den ersten Besuch beim Frauenarzt dazu und zum anderem bei Problemen mit sich selbst, mit Beziehungen oder der Familie.

In der heutigen Zeit strömen auf die Mädchen und jungen Frauen viele Einflüsse ein. Zum einen wird ihnen oftmals durch die Medien (Zeitschriften, Werbung, TV-Shows) vermittelt, welches Schönheitsideal gefragt ist. Um anerkannt zu werden, wollen sie dem entsprechen was häufig Essstörungen zur Folge hat. Zum anderen leiden immer mehr junge Menschen an Adipositas, da ihnen Bewegung und das Wissen über die richtige Ernährung fehlt.

In immer mehr Familien fehlen Freizeitaktivitäten, Ausflüge, Sport und gesunde Ernährung. Die Mädchen übernehmen dieses Verhalten und Verhaltensweisen, weil sie nichts Anderes kennen. Oft werden sie mit ihren Sorgen, Problemen, Fragen und Bedürfnissen alleine gelassen. Gründe dafür können die fehlende Zeit, die fehlende Lust, das fehlende Wissen oder Desinteresse der Eltern sein.

Durch die altersgerechten Angebote im Zentrum für Mädchen und junge Frauen sollen die Lebenskompetenzen und Gesundheitsressourcen gestärkt werden. Sie müssen bei der Entwicklung ihrer weiblichen Identität unterstützt und begleitet werden. Durch die Maßnahmen sollen die Mädchen und jungen Frauen z. B. ein gesteigertes Körpergefühl, verbesserte Körperwahrnehmung und Konfliktfähigkeit erlangen. Um das zu erreichen, sind geschulte Mitarbeiter nötig und manchmal ist auch das Miteinbeziehen der Eltern, der Freunde und des Partners notwendig.

Die Maßnahmen und Programme können häufig in Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Einrichtungen erfolgen. Dazu zählen unter anderem Sportvereine, Frauengesundheitszentren, Jugendzentren, Krankenkassen, Schulen. Es gibt mittlerweile viele Programme für Mädchen mit Adipositas. Diese Programme sind meist auf eine Zeit zwischen sechs und zwölf Monaten angelegt. Es werden Bewegung, Ernährungsberatung, Verhaltenstherapeutischen Elementen und die Einbeziehung der Eltern miteinander kombiniert. Ziel ist die langfristige Gewichtsreduktion und deren Stabilität sowie die Verbesserung von Risikofaktoren und Krankheiten, die eine Adipositas verstärken und beeinflussen. Da die Mädchen unter sich sind, fühlen sie sich verstanden und akzeptiert. Sie lernen, dass sie etwas erreichen können, wenn sie es nur wollen und etwas dafür tun.

Fachkundige Mitarbeiter (Physiotherapeut, Ernährungsberaterin, Psychologen, Sozialarbeiter etc.) sind wichtig, aber die sind in einem Krankenhaus auf jeden Fall zu finden. Eine

Kooperation kann z. B. mit einer Krankenkasse erfolgen, denn im Rahmen einer Patientenschulung (§ 43 SGB V) ist eine Kostenerstattung möglich. Das heißt, dass die Eltern nicht alleine die Kosten tragen müssen. Die Eltern bekommen von der Krankenkasse die Erstattung meist erst am Kursende, was als Motivation für die Eltern gesehen werden kann.

Weitere Angebote und Themen können z. B. sein:

- Gewalt (sexuelle, psychische, und körperliche)
- Sexualität und Verhütung
- Körperwahrnehmung und Körperpflege
- Entspannung, Bewegung; Ernährung
- Drogen (Alkohol, Rauchen etc.).

Wichtig ist, dass sich für die Mädchen und jungen Frauen Zeit genommen wird und dass die Angebote den Bedürfnissen entsprechen und altersgerecht umgesetzt werden.

Immer mehr Mädchen und Frauen nutzen die Möglichkeiten des Internets. Deshalb sollte das Zentrum für Mädchen und junge Frauen eine Homepage haben, auf der Informationen, Foren und Links zu speziellen Themen zu finden sind.

8.2 Zentrum für Mutter und Kind

Die Schwangerschaft und die Geburt sind für eine Frau und ihre Familie ein ganz besonderes Ereignis. Der bisher geführte Lebensstil wird nach der Geburt nicht mehr wie gewohnt verlaufen. Deshalb ist es wichtig, die schwangeren Frauen und deren Partner zu begleiten, zu unterstützen und zu beraten. Dazu ist einerseits medizinischer Sachverstand nötig und andererseits ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen.

Während der gesamten Schwangerschaft steht ein Team von Ärzten und Hebammen zur Verfügung und führt regelmäßige Kontrollen durch. Für Fragen, Probleme und Unklarheiten müssen die Ansprechpartner vorhanden sein.

Die individuellen Bedürfnisse der Frauen z. B. die Religion und das soziale Umfeld, müssen beachtet werden.

Das Zentrum für Mutter und Kind muss in enger Verbindung z. B. mit der Neonatologie, der Kinderchirurgie und der Psychiatrie stehen. Nur so kann im Bedarfsfall schnelle Hilfe und Unterstützung für Mutter und Kind gewährt werden.

Das Zentrum bietet folgende Leistungen an:

Geburtshilfe

- Während der Schwangerschaft stehen die Mitarbeiter bezüglich Fragen der Gesundheit des Kindes zur Verfügung. Neben den Vorsorgeuntersuchungen sollten noch weitere

diagnostische Verfahren angeboten werden. Dazu gehören z. B. Ultraschall, Genetik, Pränataldiagnostik (Nackentransparenz, Fehlbildungultraschall, Fruchtwasseruntersuchungen, Nabelschnurpunktion etc.). Bei diesen Untersuchungen muss auf die individuellen Bedürfnisse der Frauen genau eingegangen werden, und es muss sich genügend Zeit bei der Auswertung der Ergebnisse genommen werden. Wenn z. B. eine werdende Mutter erfährt, dass ihr Kind mit einem Geburtsfehler zur Welt kommen wird, muss der Frau eine psychologische Beratung oder Sozialberatung angeboten werden. Für die Mutter ist es eine völlige neue Situation, mit der sie sich auseinandersetzen muss, und dabei sollte sie unterstützt werden, wenn sie es wünscht.

- Für die Geburt stehen den Frauen drei verschiedene Varianten zur Verfügung. Erstens können sie mit Hilfe eines Klinikarztes und einer Klinikhebamme entbinden. Zweitens haben sie die Möglichkeit, wenn keine Risiken bestehen, nur mit Hilfe einer Klinikhebamme zu entbinden. Drittens kann die Geburt durch die eine Beleghebamme durchgeführt werden. Zu der hat die werdende Mutter im Verlauf der Schwangerschaft meist eine Verbindung aufgebaut und es besteht ein Vertrauensverhältnis.

Die „sanfte Geburt“ sollte angeboten und praktiziert werden, aber es muss jederzeit kompetente um hochspezialisierte medizinische, pflegerische und psychologische Unterstützungen für den Notfall bereitstehen.

Nach der Geburt

- Nach der Geburt stehen die Hebammen (externe oder interne) den Frauen und ihrer Familie zur Verfügung. Um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, bieten sich Familienzimmer an. Das heißt, der Vater kann auf Wunsch ebenfalls im Krankenhaus übernachten und bekommt so die ersten Stunden und Tage des Kindes mit.
- Der Mutter und dem Kind stehen während der ganzen Zeit eine Bezugsperson aus der Klinik zur Verfügung (Rooming-in), denn so kann besser auf die Bedürfnisse eingegangen werden. Die Väter sollten, wenn gewünscht, immer miteinbezogen werden.

Stillberatung

- Viele Studien und Untersuchungen haben die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind belegt. Die Förderung des Stillens ist eine wichtige Aufgabe, der das Zentrum nachkommen muss. Für die Schwestern, Hebammen und Ärzte ist eine Zusatzausbildung zum Stillberater oder Laktationsberater zu empfehlen. Eine Zusammenarbeit z. B. mit der La Leche Liga (LLL) wäre möglich. Die La Leche Liga Deutschland e.V. befasst sich seit vielen Jahren mit Themen rund um das Stillen. Das Ziel von LLL ist es, dass das Stillen als ein wichtiges Element für die gesunde Entwicklung des Kindes anerkannt wird. Des Weiteren sollen Mütter ermutigt, unterstützt und informiert werden sowie jederzeit einen Ansprechpartner bzw. eine Anlaufstelle bei Fragen und Problemen ha-

ben⁸⁸. LLL bietet auch Ausbildungen zum Stillberater an und will durch Aktionen, Vorträge und Veranstaltungen nicht nur die Eltern sondern auch die Fachwelt über die Bedeutung des Stillens informieren.

Sprechstunde für Psychosomatik

- Eine Sprechstunde für Psychosomatik sollte den Frauen angeboten werden bei z. B. sexuellen Problemen, Schwangerschaftsproblemen, Ängsten etc. Durch eine Beratung oder ein Gespräch kann häufig das seelische Wohlbefinden wieder verbessert werden und notfalls eine Therapie in die Wege geleitet werden. Neben Einzelgesprächen sollte ebenso eine Paar- oder Familienberatung möglich sein.

Weitere Leistungen

- Des Weiteren gehören zum Leistungsangebot z. B. Yogakurse für Schwangere, Beckenbodentraining, Schwimmen für Schwangere, Aquafitness für Schwangere, Rückbildungsgymnastik, Babyschwimmen, Babymassage sowie Ernährungsberatung. Einige Kurse können die Versicherten bei ihrer Krankenkasse einreichen, um im Rahmen von § 20 Abs. 1 SGB V (Präventionsmaßnahmen) eine Erstattung zu beantragen. Aber auch bei der Trauer beim Verlust des Kindes oder beim Umgang mit einem behinderten Kind wird Hilfe angeboten.

Informationsveranstaltungen und Vorträge zu Themen wie Schreibabies, Diabetes in der Schwangerschaft, Probleme unter Geschwistern etc. sollten in regelmäßigen Abständen bzw. auf Nachfrage organisiert und durchgeführt werden.

Wichtig ist bei allen Angeboten und Leistungen, dass auf die Wünsche und Bedürfnisse eingegangen wird. Es sollten z. B. niedrigschwellige Leistungen angeboten werden, so dass ebenfalls Migrantenfamilien und junge Familien erreicht werden. Sprachschwierigkeiten sind besonders für Migranten ein großes Hindernis, von daher sollten Dolmetscher oder fremdsprachige Mitarbeiter zu Verfügung stehen. Das trifft für alle Bereiche des Zentrums für Mädchen- und Frauengesundheit zu.

8.3 Zentrum für Gynäkologie

Allgemeine Gynäkologie

Der Bereich der Allgemeinen Gynäkologie umfasst zum einen die operative Einheit der Frauenheilkunde. Zum anderen werden ambulante Behandlungen für alle akuten und chronischen Beschwerdebilder sowie gynäkologische Routine-Kontrollen angeboten. Des Weiteren gehört z. B. die Kontrolle nach operativen Eingriffen, die Besprechung und Pla-

⁸⁸ Vgl. <http://www.lalecheliga.de/> Zugriff: 21.04.2006.

nung von operativen Eingriffen, Abgabe der „Pille danach“ und die Zweitmeinung etc. zum Leistungsangebot.

Minimal invasive Chirurgie

Hierbei handelt es sich um eine schonende minimal invasive endoskopische Operation, durch die der große Bauchschnitt immer häufiger unnötig wird. Dazu gehören z. B. die Laparoskopie (Bauchspiegelung), die Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung) und andere vaginale Operationen.

Wichtig ist, dass sich genügend Zeit genommen wird um die Patienten ausführlich zu beraten und die Operation zu besprechen. Dabei muss auf ihre Fragen und Ängste eingegangen werden. Für viele Frauen z. B. ist die Entfernung der Gebärmutter ein großer Verlust. Sie fühlen sich nach diesem Eingriff nicht mehr als ‚ganze Frau‘. Deshalb sollte den Frauen die Möglichkeit für Gespräche mit einer Psychologin angeboten werden.

Kinder- und Jugendgynäkologie

Bei der kinder- und jugendgynäkologischen Sprechstunde geht es um die Abklärung und Behandlung von gynäkologischen Erkrankungen, Problemen und Symptomen bei kleinen und heranwachsenden Mädchen. Es empfiehlt sich in den meisten Fällen die Eltern bzw. die Familie mit einzubeziehen.

Die Gespräche und Untersuchungen müssen in einer ruhigen Atmosphäre erfolgen, damit auf die besonderen Bedürfnisse und Ängste der Jugendlichen eingegangen werden kann. Gynäkologische Untersuchungen sollten, z. B. bei auffälligem Ausfluss, bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen, unklare Blutungen, Verletzungen der Geschlechtsorgane, Fremdkörper in der Scheide und bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen erfolgen. Dazu gehört ebenso der Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen (Psychologie, Kinderchirurgie etc.) ist unbedingt notwendig.

Informationen und Fragen zum Thema Verhütung sowie der Sexualität müssen mit zum Aufgabenbereich gehören. Des Weiteren gehören wichtige Fachbereiche wie die gynäkologische Karzinom-Chirurgie, Beckenboden- und Inkontinenzchirurgie und die Behandlung von Endometriose dazu. Auf diese Abteilungen wird aus Kapazitätsgründen in der vorliegenden Arbeit nicht weitergegangen.

8.4 Zentrum für Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Reproduktionsmedizin

Für viele Frauen ist es ein Lebensziel, ein Kind zu bekommen. Dabei gilt die Fähigkeit, fruchtbar zu sein, meistens als selbstverständlich. Wenn sich der Wunsch nach einem eigenen Kind nicht umsetzen lässt, ist das für die betroffene Frau zu meist ein großer

Schock. Durch den technischen Fortschritt ist es mittlerweile möglich, durch spezielle Verfahren eine künstliche Befruchtung vorzunehmen.

Das Zentrum für Reproduktionsmedizin bietet eine Sprechstunde an, in der Paare mit unfreiwilliger Kinderlosigkeit, ganzheitlich und auf beide Partner ausgerichtet, beraten und aufgeklärt werden. Die verschiedenen Ursachen für Kinderlosigkeit sowie die Varianten an Behandlungsmöglichkeiten müssen genau erläutert werden. Kinderlosigkeit beeinflusst meist auch die Psyche, deshalb muss mit Fachleuten auf diesem Gebiet zusammengearbeitet werden. Wenn nötig, kann die Möglichkeit einer Paarberatung zur Verfügung gestellt werden. Die Kinderlosigkeit kann durch eine Fruchtbarkeitsstörung der Frau hervorgerufen werden, aber auch durch eine männliche Fruchtbarkeitsstörung. Deshalb ist eine Zusammenarbeit mit der Urologie und anderen Fachabteilungen wichtig. Eine Kooperation mit niedergelassenen Facharztpraxen ist zu empfehlen.

Leistungen, die angeboten werden können, sind z. B. Zyklusbeobachtung und -optimierung, hormonelle Stimulationstherapie, In-vitro-Fertilisierung (IVF – Reagenzglasbefruchtung), intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI - in die Eizelle wird mechanisch ein Spermium außerhalb des Körpers hinein injiziert), Therapie von erhöhten Werten für männliche Hormone.

Auf die medizinischen und ethischen Vor- und Nachteile, sowie auf die medizinischen Verfahren wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. Beachtet werden muss, dass bei allen diesen Verfahren die Betroffenen sehr gut aufgeklärt werden. Auf die individuellen Ängste, Probleme und Bedürfnisse der Patientin muss intensiv eingegangen werden.

Gynäkologische Endokrinologie

In der gynäkologisch endokrinologischen Sprechstunde werden Frauen mit hormonellen Störungen der Eierstockfunktion untersucht und behandelt. Diese Fehlfunktion der Eierstöcke kann die Zyklusunregelmäßigkeiten und Blutungsstörungen hervorrufen. Hormonelle Störungen der Eierstöcke können Akne, verstärkte Körperbehaarung, Ausfall des Kopfhaares, zyklische Kopfschmerzen und schmerzhafte Regelblutungen verursachen. Eine weitere Folge einer Ovarialinsuffizienz kann Sterilität (Kinderlosigkeit) sein. Von daher ist es wichtig, andauernde Zyklusunregelmäßigkeit abzuklären und gegebenenfalls therapieren zu lassen.

Die Sprechstunde richtet sich an junge Mädchen in der Pubertät, an Frauen in der Familienplanung (Empfängnischutz, Kinderlosigkeit) sowie an Frauen in oder nach der Menopause. Denn Fragen zu hormonellen Störungen und deren Auswirkungen begleiten Frauen durch ihr ganzes Leben.

Altersgerechte Informationsveranstaltungen und Vorträge sollten angeboten werden, und eine Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen, Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzten muss erfolgen.

8.5 Zentrum für Familienplanung, Verhütung- und Schwangerschaftskonfliktberatung

Die angebotenen Beratungen sind meist kostenlos und die medizinischen Leistungen werden mit der Krankenkasse verrechnet.

Familienplanung

- Im weiteren Sinne heißt Familienplanung die Gestaltung des Lebens mit und ohne Kinder. Dazu gehört das reproduktive Recht über die Zahl der Kinder frei bestimmen zu können und über Empfängnisverhütung informiert zu werden.

Deshalb ist es wichtig zu informieren und zu beraten über:

- Verschiedene Methoden und Möglichkeiten der Verhütung;
- Verhütung in besonderen Situationen (nach einer Geburt, bei Jugendlichen, in den Wechseljahren);
- Abgabe von der „Pille danach“;
- Untersuchung und Behandlung in Zusammenhang mit der Verhütung.

Sexualität

- Das Zentrum bietet Mädchen und Frauen eine Beratung an, bei der es um Fragen oder Probleme in der Sexualität bzw. Partnerschaft geht. Weitere Themen könnten sein: Sexualität vor und nach der Geburt, Fruchtbarkeit, Menstruation sowie Vorsorge von Geschlechtskrankheiten und HIV.

Schwangerschaftskonfliktberatung

- Da eine ungewollte Schwangerschaft Frauen vor eine Entscheidung stellt, die ihr ganzes Leben beeinflusst, ist es wichtig, dass sie in dieser Zeit unterstützt werden. Deshalb muss Hilfe bei der Entscheidungsfindung und eine Beratung für die Zeit vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch angeboten werden. Die Selbstbestimmung der Frau steht hier im Mittelpunkt. Sollte sich eine Frau für den Abbruch entscheiden, ist es erforderlich, ihr Abbruchmöglichkeiten zu nennen, die körperlich und psychisch wenig belastend sind sowie sicher und frauenfreundlich sind.⁸⁹

Sprechstunde für wiederholte Fehlgeburten

- Frauen, die wiederholt Fehlgeburten (mindestens zwei Fehlgeburten in Folge) hatten, können sich im Zentrum beraten und behandeln lassen. Es gibt viele mögliche Ursachen wiederholter Fehlgeburten. Deshalb muss eine genaue Abklärung erfolgen. Neben Gesprächen und gynäkologischen Untersuchung werden Ultraschalluntersuchungen, eine Entnahme von mehreren Blutproben und eine Gebärmutter Spiegelung durchgeführt.

Eine Behandlung der Fehlgeburten kann z. B. durch immunologische oder antibiologische Behandlung, eine Korrektur von hormonellen Störungen oder die Hemmung der Blutge-

⁸⁹ BMFSFJ, Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, 2001, S. 314.

rinnung erfolgen. Eine Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen und dem behandelnden Arzt ist für den Erfolg der Behandlung genau so wichtig wie das Eingehen auf die Fragen und Ängste der zu behandelnden Frau.

Neben Behandlung der Fehlgeburten sollte verwaisten Müttern bzw. Eltern ebenso professionelle Hilfe angeboten werden, damit sie den Verlust ihres Kindes besser verkraften und verarbeiten können. Gespräche und Treffen mit anderen verwaisten Eltern (Selbsthilfegruppen) und/oder die Nachbetreuung durch eine Hebamme können eine Möglichkeit sein.

Für das betreuende Pflegepersonal ist es häufig eine schwierige Situation mit den betroffenen Eltern richtig umzugehen. Um mehr Sicherheit im Umgang mit den Eltern zu bekommen, sollte das Personal durch Schulungen und Fortbildungen unterstützt werden.

Sozialberatung

- Wichtig ist die Hilfe und Auskunft bei rechtlichen Problemen und Fragen. Dazu zählen finanzielle Probleme, Kinderbetreuung und Adoption.

8.6 Zentrum für Beckenbodenbeschwerden und Inkontinenz

Das Zentrum für Beckenbodenbeschwerden und Inkontinenz ist eine zentrale Anlaufstelle für alle Frauen, die unter Harn- beziehungsweise Stuhlinkontinenz leiden. Es werden Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt von Beckenbodenerkrankungen wie Beckenbodendysfunktionen, Hämorrhoiden, Blasendysfunktionen etc. Ziel ist eine fachübergreifende, integrative Diagnostik und Therapie. Dazu ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachabteilungen (z. B. Urogynäkologie, Neurologie, Psychotherapie, Chirurgie) und niedergelassenen Fachpraxen notwendig.

Zum Leistungsspektrum gehören:

- Allgemeine Kontinenzberatung
- Informationsveranstaltungen und -material
- Beratung und Auswahl von Hilfsmitteln
- Informationen über Selbsthilfegruppen
- Blasen- und Toilettentraining
- Beckenbodentraining.

8.7 Zentrum für Menopause

Hier stehen Frauen an erster Stelle, die kurz vor, in oder nach den Wechseljahren sind. Oft gelten die Wechseljahre als Krankheit und viele Frauen haben Angst, sind verunsichert und schlecht informiert.

Bei den Wechseljahren handelt es sich um eine gesunde und natürliche Veränderung des Körpers und dies muss durch ganzheitliche Beratung und Informationen deutlich gemacht werden. Für die Frauen ist eine Unterstützung und Stärkung des Körperbewusstseins wichtig.

Das Zentrum bietet neben fachkompetenten Vorträgen, Workshops und Gruppen- und Einzelberatungen außerdem:

- Ernährungsberatung
- Abklärung und Behandlung bei Osteoporose
- Betreuung und Beratung von Frauen mit Wechseljahrbeschwerden
- Persönliche Nutzen-Risiko-Analyse in bezug auf Hormonersatztherapie
- Bewegungsangebote (Osteoporosesport; Wassergymnastik, Walking, Entspannungskurse, Beckenbodentraining) an.

8.8 Brustzentrum

Die häufigste Krebserkrankung der Frauen ist Brustkrebs. Wenn die Erkrankung frühzeitig erkannt und behandelt wird, ist sie meistens heilbar. Im Jahr diagnostizieren Ärzte circa 47 500-mal im Jahr Brustkrebs bei einer Frau ⁹⁰ Die Vorsorge und die Behandlung müssen einen großen Stellenwert im Zentrum für Frauengesundheit einnehmen. Informationen über Brustkrebs ist sehr wichtig.

Das Team des Brustzentrums kümmert sich zum einen um die Diagnose und Behandlung aller Erkrankungen der weiblichen (und selten auch der männlichen) Brust. Zum anderen arbeiten sie mit Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen zusammen. Sie kümmern sich um die Aufklärung und Informationen über die Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchungen und das Selbstabtasten der Brust. Dazu können Veranstaltungen oder Kurse angeboten werden, von denen einige im Rahmen der Prävention nach § 20 SGB V auch von der Krankenkasse anteilig übernommen werden.

Wichtig ist die ganzheitliche patientenorientierte Behandlung. Dazu gehören ausführliche Gespräche mit den Patientinnen und deren Angehörigen über Diagnostik, mögliche Behandlung und Therapien. Bei dem Brustzentrum handelt es sich um ein interdisziplinäres Zentrum. Das heißt, die Zusammenarbeit und Kommunikation mit allen beteiligten Partnern ist außerordentlich wichtig. Wöchentlich sollte ein Treffen stattfinden, an dem die beteiligten Spezialisten teilnehmen. Dazu gehören: Gynäkologen, Onkologen, Pathologen, Radiologen, Psychologen, Strahlentherapeuten und plastische Chirurgen.

Ebenso sollte der einweisende Arzt eingeladen werden, an den Treffen teilzunehmen. Hier werden die einzelnen Behandlungsfälle vorgestellt und besprochen sowie über weitere Behandlungsschritte und Therapiemöglichkeiten beraten. Diese Ergebnisse müssen

⁹⁰ Vgl. <http://www.deutsche-krebsgesellschaft.de/>. Zugriff: 16.04.2006.

mit den Frauen zusammen besprochen werden, denn es ist sehr wichtig sie in alle Entscheidungen miteinzubeziehen.

Während der Behandlung und/oder Therapie sollte den Frauen die Möglichkeit geboten werden, z. B. an:

- Nichtraucherkurse
- Selbsthilfeangebote
- Psychoonkologische Beratungen
- Kosmetikberatungen (Schminkkurse, Perückenprobe)
- Spezielle Sportkurse (Krankengymnastik, Aquasport, Entspannungskurse)

teilzunehmen. Denn nicht nur die medizinische Behandlung ist für den Heilungsprozess wichtig, sondern auch die Förderung der Gesundheitsressourcen und des Gesundheitsbewusstseins durch Änderung des Lebensstils, einen besseren Umgang mit der Krankheit, Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Betroffenen und die Steigerung der Lebensqualität.

Um eine Qualitätsverbesserung und eine bessere Koordination der Behandlungsschritte zu erreichen sowie die Patientinnen im Umgang mit ihrer Krankheit besser zu unterstützen, gibt es für das Brustzentrum die Möglichkeit an einem so genannten Disease Management Programme (DMP) teilzunehmen.

Es handelt sich bei DMP um strukturierte Programme für chronische Krankheiten. Zurzeit werden DMP-Programme für Asthma/COPD, Diabetes Typ I und Typ II, Brustkrebs und Koronare Herzkrankheit angeboten.

Das Ziel von DMP-Brustkrebs ist eine optimale und enge Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen niedergelassenen Gynäkologen, niedergelassenen Ärzten anderer Fachbereiche sowie dem stationären Sektor (Krankenhäusern, Brustzentren). Um am DMP-Programm teilnehmen zu können, muss die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausgesellschaft und die Krankenkasse Verträge miteinander abschließen. Die Patientin kann sich kostenlos durch ihre Krankenkasse für das Programm einschreiben. Das Brustzentrum muss einige Voraussetzungen erfüllen um am DMP-Programm teilnehmen zu können. Dazu gehören z. B. eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Frauenärzten, regelmäßige Fortbildungen der Ärzte und des Pflegepersonals zum Thema Brustkrebs, mind. 150 Brustkrebsoperationen bei Neuerkrankungen sowie umfangreiche Informationsvermittlung gegenüber den Patientinnen. Die Vorteile für die Brustkrebspatientinnen und das Brustzentrums sind eine qualitätsgesicherte transparente und strukturierte Behandlung, Therapie und Nachsorge.

9 Zusammenfassung

Die Strukturen des Gesundheitssystems befinden sich aktuell in einem Umbruch. Anlässe dafür sind zum einen die steigenden Gesundheitsausgaben der Krankenkassen. Diese sind bedingt durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen, die steigende Lebenserwartung sowie den technischen medizinischen Fortschritt. Zum anderen sind die sinkenden solidarischen Finanzmittel für den beschriebenen Umbruch verantwortlich. Seit dem Jahr 2000 spielen Kostendämpfung und Kostenbegrenzung eine immer größere Rolle. Aber auch neue Inhalte und Organisationsformen des Versorgungssystems werden diskutiert.

Diese Veränderungen der Rahmenbedingungen beeinflussen auch den Krankenhausmarkt. Eine Neuausrichtung z. B. des Leistungsspektrums ist notwendig. Die Angebote müssen auf die Nachfrage von Kunden (Patienten, Krankenkassen) ausgerichtet sein. Veränderungen der gesellschaftlichen Strukturen und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit machen eine Umorientierung des Versorgungsangebotes erforderlich.

Das Krankenhaus muss zu einer Gesundheitseinrichtung werden, die neben der medizinischen Behandlung auch Gesundheitsförderung als Tätigkeitsfeld anerkennt und umsetzt. Es sollen nicht nur schon vorhandene Erkrankungen behandelt, sondern Prävention und Beratung durchgeführt werden. Dies kann beispielsweise durch Beratungen zu hormonellen Störungen, Beschwerden während der Wechseljahre sowie zur Vermeidung von bösartigen Erkrankungen erfolgen.

Ein wichtiger Ansatz ist hierbei die geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung. Bei Frauen und Männern ist die gesundheitliche Situation grundsätzlich verschieden. Hierbei spielen zum einen die biologischen Ursachen eine Rolle, zum anderen aber auch das Gesundheitsverhalten, die Arbeits- und Lebensbedingungen sowie der Umgang des Gesundheitswesens mit den Frauen. Unterschiede zeigen sich bei Krankheitssymptomen, dem Umgang mit Krankheit und auch bei der Ansprache auf Medikamente, deren Wirkung sowie Therapien. Obwohl diese Umstände seit langem bekannt sind, gibt es derzeit wenig geschlechtsspezifische Behandlungsstrategien. Einige Ansätze zu einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung sind bereits vorhanden, allerdings besteht hier noch ein großes Verbesserungspotential..

Eine Herangehensweise, mit der diese Problematik reduziert werden soll, stellt die Implementierung eines Zentrums für Mädchen- und Frauengesundheit in einem Krankenhaus dar. Das Ziel ist eine Veränderung des Versorgungssystems, das stark auf Krankheit konzentriert ist. Der Schwerpunkt liegt nicht auf der Organisation der Behandlung, sondern auf der Schaffung von Bedingungen, die es Frauen ermöglichen, gesund zu bleiben. Es

sollen die Strukturen für Frauen verbessert und ganzheitliche Gesundheitsförderung angeboten werden. Wichtig ist hierbei eine Beachtung der Stärkung der subjektiven Ressourcen von Frauen und die Förderung ihres gesundheitlichen Handelns.

Ein bedeutender Ansatz ist ebenfalls, dass die ganzheitliche frauenspezifische Sichtweise als ein Baustein in der Aus-, Fort- und Weiterbildung gesehen wird. Dieser Aspekt sollte in die Lehr- und Weiterbildungsangebote direkt integriert werden.

Zu den Themen gehören z. B. Gewaltprävention, Aufklärung, Verhütung, Frauenrechte, Stillen sowie gesunde Ernährung. Ganz wichtig ist dabei die Beachtung der psychosomatischen Aspekte bei der Entstehung und Verarbeitung von Erkrankungen bei Frauen.

Das Zentrum für Mädchen- und Frauengesundheit soll eine umfassende Beratung und Betreuung in allen frauenspezifischen Erkrankungen und Problemsituationen bieten. Es muss bei der Umsetzung der Maßnahmen auf die Bedürfnisse der Frauen und die ganzheitliche Sichtweise geachtet werden. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist, dass das Krankenhaus sich als Gesundheitseinrichtung sieht, die in ihrer Struktur, ihrem Management und ihrer Qualifikation den Respekt vor der Selbstbestimmung der Mädchen und Frauen verankert. Wenn Mädchen, Frauen und Familien die Leistungen des Zentrums in Anspruch nehmen und davon einen Gewinn haben, dann hat das auch für das Krankenhaus Vorteile. Es stellt eine Anlaufstelle für Mädchen und Frauen da, die bei Bedarf das Krankenhaus als Patientinnen aufsuchen.

Quellenverzeichnis

1. Bücher

Busse R, Riesberg A. (a)

Gesundheitssysteme im Wandel – Deutschland, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme – Kopenhagen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG, Berlin, 2000.

Busse R, Riesberg A. (b)

Gesundheitssysteme im Wandel - Deutschland, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik - Kopenhagen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG, Berlin, 2005.

Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C.

Das Krankenhaus im Wandel - Konzepte, Strategien, Lösungen. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, Berlin, Köln, 2000.

Eichhorn, P., Greiling, D.

Das Krankenhaus als Unternehmen – Krankenhäuser im Transformationsprozess. In: Arnold, M., Klauber, J., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Schwerpunkt – Krankenhaus im Wettbewerb. Schattauer, Stuttgart, 2003.

EU Kommission

Equal Opportunities for Women and Men in the European Communities. Commission of the European Communities, Brüssel, 2000.

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2000

Gesundheitssysteme im Wandel – Deutschland, 2000.

European Women's Health Network / EWHNET (Hrsg.)

Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung – Länderbericht Bundesrepublik Deutschland, September 2000. 2. Auflage, Eigenverlag, 2000.

Evatt, C.

Männer sind vom Mars, Frauen von der Venus. 4. Auflage, Piper Verlag GmbH, München, 2005.

Garcia-Barbero, M., Pelikan, J.M.

Putting HPH Policy into Action, Commissioned by WHO-European Office for Integrated Health Care Services, Barcelona, 2005.

Grossmann, R., Scala, K.

Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. aus der Reihe "Blickpunkt Gesundheit" 6. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz, 2003.

Hahn, D., Maschewsky-Schneider, U.

Geschlechterunterschiede und Gesundheit/Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. aus der Reihe "Blickpunkt Gesundheit" 6. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz, 2003.

Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H.

Gesundheitsökonomie - Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, Berlin, Köln, 2000.

Kern, D. (a)

Kommunale Strategien am Beispiel österreichischer Frauengesundheitszentren. In: Lasch, V. (Hrsg.): Kommunale Strategien der Frauengesundheit – Frauengesundheit in der Kommune, Workshopbericht 1999, Europäisches Netzwerk für Frauengesundheit / EWHNET. Eigenverlag, Hannover, 1999.

Kern, D. (b)

Wege aus der Essstörung – Ein Präventions- und Therapiekonzept des Frauengesundheitszentrums F.E.M. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Frauengesundheit in der Praxis, Eine Recherche im Rahmen des Österreichischen Frauengesundheitsberichtes 2005. Wien, 2005.

Kerres, M., Lohmann, H.

Der Gesundheitssektor - Chance zur Erneuerung: vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum. Wirtschaftsverlag Ueberreuter, Wien, 1999.

Kuhlmann, E., Kolip, P.

Gender und Public Health – Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2005.

Naidoo, J., Wills, J.

Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA (Hrsg.), 1. Auflage, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, 2003.

Oberender, P., Hebborn, A., Zerth, J.

Wachstumsmarkt Gesundheit. Lucius und Lucius, Stuttgart, 2002.

Robra, B.-P., Swart, E., Felder, S.

Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor. In: Arnold, M., Klauber, J., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002; Schwerpunkt – Krankenhaus im Wettbewerb. Schattauer, Stuttgart, 2003.

Roeder, N., Rochell, B

G-DRG-System-Anpassungsnotwendigkeiten aus medizinischer Sicht. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H.(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Schwerpunkt – G-DRGs im Jahre 1. Schattauer, Stuttgart, 2004.

Roth, S.

Gender Mainstreaming – eine neue Phase der Frauenbewegung?. In: Meuser, M., Neu-süß, C. (Hrsg.): Gender Mainstreaming – Konzepte - Handlungsfelder - Instrumente, Schriftenreihe Band 418 der Bundeszentrale für politische Bildung. Bercker, Bonn, 2004.

Schröder, W.F., Zich, K.

Das Krankenhaus als Motor für Integration in der medizinischen Versorgung. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005, Schwerpunkt – Wege zur Integration. Schattauer, Stuttgart, 2006.

Schwefel, D.

Public Health aus globaler und europäischer Sicht. In: Schwartz, F. W. u.a. (Hrsg.): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, Urban und Fischer Verlag, München und Jena, 2003.

Ulrich, L., Stolecki, D., Grünewald, M. (Hrsg.)

Intensivpflege und Anästhesie. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2005.

World Health Organisation / WHO

Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.

World Health Organisation / WHO

Die Budapester Deklaration der WHO, 1992.

2. Gesetze

Sozialgesetzbuch (SGB)

DTV - Beck juristischer Verlag; München, Auflage: 33., vollst. überarb. Aufl., März 2006.

3. Weitere Quellen

Burgert, C.

Drei Jahrzehnte Einmischen und Verändern. In: Feministisches Frauen und Gesundheitszentrum e.V. Berlin (Hrsg.), clio, Jahrgang 29, Nr. 59, 1. Auflage, Oktober 2004.

Klinikum Nürnberg

Zweites Hearing „Weiterentwicklung der Frauenheilkunde am Klinikum Nürnberg“, Bericht der Projektgruppen. 2004.

4. Internetquellen

- AOK-Bundesverband: www.aok-gesundheitspartner.de.
- Bank für Sozialwirtschaft Aktiengesellschaft: www.sozialbank.de.
- BertelsmannSpringer Medizin Online GmbH: www.2lifeline.de.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: www.gender-mainstreaming.net.
- Bundesministerium für Gesundheit: www.die-gesundheitsreform.de.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung : <http://artemis.bzga.de/frauen>.
- Bundeszentrale für politische Bildung: <http://www.bpb.de>.
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V.: <http://www.deutsche-krebsgesellschaft.de>.
- Frauengesundheitszentrum FEM: www.fem.at.
- Girls On The Run of Magee-Womens Hospital: www.girlsontherun.magee.edu.
- Klinikum Nürnberg: www.klinikum-nuernberg.de.
- La Leche Liga Deutschland e.V.: www.lalecheliga.de.
- Magee-Womens Hospital of University of Pittsburgh Medical Center: <http://magee.upmc.com>.
- Magee-Womens Research Institute: <http://www.mwri.magee.edu>.
- The Royal Women's Hospital: <http://www.rwh.org.au/rwh>.
- Wikimedia Foundation Inc.: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hauptseite>.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 12.05.2006

Ariane Berndt

Anlagen