

Alexa Franke

In Zukunft eine frauengerechte Arzneimittelversorgung?

1 Die Gründung der Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“

Im Juli 2004 legte die Enquete-Kommission zur „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ dem Landtag von Nordrhein-Westfalen ihren Bericht vor. Von Mai 2001 bis Juli 2004 hatte die Kommission daran gearbeitet, den im von allen Fraktionen gebilligten Einsetzungsbeschluss formulierten Auftrag zu erfüllen. Die Aufgaben der Kommission bestanden darin:

- eine Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen in NRW zu erstellen, bestehende Defizite zu erfassen und die Ursachen zu analysieren und zu bewerten
- Strategien für eine Gesundheitspolitik zu entwickeln, die zukünftig zu einer frauen- und schließlich geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung in NRW führen können
- konkrete Handlungsempfehlungen an die Landesregierung und den Landtag zu richten
- Instrumente zu erarbeiten, die zu einer geschlechtergerechten Forschung in den Bereichen mit Einfluss auf den Gesundheitssektor führen
- Empfehlungen an die AkteurInnen im Gesundheitswesen zu formulieren, sie aber auch zu motivieren, zukünftig geschlechtergerechte Gesundheitsforschung, Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge vorzunehmen und
- Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu entwickeln, die zur Aufhe-

bung von Defiziten in der Gesundheitsversorgung von Frauen führen.

Mitglieder der Enquete-Kommission waren vier Abgeordnete der SPD-Fraktion, drei Abgeordnete der CDU-Fraktion und jeweils eine Abgeordnete von Bündnis 90/DIE GRÜNEN sowie der FDP, außerdem sechs externe Sachverständige.

Als ich angefragt wurde, ob ich als externe Sachverständige zur Verfügung stehen würde, zögerte ich. Mir schwante, dass viel Arbeit auf mich zukommen würde, und zudem hatte ich aufgrund früherer Erfahrungen in politischen Gremien (Nationaler Drogenrat und Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung) wenig Illusionen darüber, inwieweit wissenschaftlicher Sachverstand in der Politik wirklich gefragt ist. Wissenschaftliche Erkenntnisse, so meine Erfahrungen, sind das Eine – politischer Wille und Parteiprogramme das Andere. Dennoch: Seit 25 Jahren hatte ich Frauengesundheitsforschung gemacht und mich angesichts der zähen Ignoranz von Frauen und ihren Themen im Gesundheitssystem häufig wie der Hund gefühlt, der den Mond anbellt.

Vielleicht bin ich aber auch nur zu ungeduldig oder unterschätze die Dicke der Bretter, die es zu bohren gilt. De facto hat sich hinsichtlich einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in den letzten 20 Jahren enorm viel getan. Es ist nicht unplausibel, den Beginn der Frauengesundheitsbewegung in Deutschland mit dem Start der zweiten Frauenbewegung gleichzusetzen, fokussierte doch diese zweite Phase der Frauenbewegung nach der erfolgten Gleichstellung von Frauen in Politik und Bildung nun die Selbstbestimmung der Frauen über ihren Körper. So formuliert etwa Christiane Schmerl (2002, S. 3): „Das feministische Aufbegehren der zweiten Frauenbewegung war an seinem Ausgangspunkt ... eine Strategie der Körperpolitik, und die damit verbundene Kritik an der gesundheitlichen Situation und an der medizinischen Behandlung von Frauen wurde zu einem Brennpunkt der neuen Bewegung und ihrer Aktionen.“

Einen politischen Einschnitt markierte im September 2001 eine Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Madrid, deren Ergebnisse 2002 im so genannten „Madrid Statement“ veröffentlicht wurden. Das Madrid Statement formuliert das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitsstandard für alle Männer und Frauen, unabhängig von Rasse, Religion, politischer Anschauung und Überzeugung sowie ökonomischen und sozialen Bedingungen. Als Voraussetzung zur Erreichung dieses höchsten Standards an Gesundheit geht die WHO davon aus, dass die Gesundheitspolitik berücksichtigen muss, dass Frauen und Männer aufgrund der zwischen ihnen bestehen-

den biologischen Differenzen und aufgrund der unterschiedlichen Geschlechtsrollen unterschiedliche gesundheitliche Bedürfnisse haben, und dass auch ihre Chancen auf Gesundheit und die Hindernisse, die einer guten Gesundheit im Wege stehen, unterschiedlich sind.

Alle Mitgliedsstaaten der WHO werden aufgefordert, Gender-Mainstreaming als Strategie zur Erlangung von Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitswesen einzusetzen.

Die Einrichtung einer Enquete-Kommission dokumentierte den Willen des Landtags NRW, dieser Aufforderung der WHO zu folgen. Sollte es angesichts dieser politischen Situation somit möglich sein, mein in 30 Jahren erworbenes Wissen, meine Erfahrungen als Psychotherapeutin in der Arbeit mit Frauen und meine Forschungsergebnisse nicht nur in wissenschaftlichen Publikationen und den Medien publik zu machen, sondern sie auch im Sinne einer frauengerechten Gesundheitsversorgung nutzbar machen zu können? Ich hoffte es und sagte zu.

2 Frauen und Arzneimittel

Angesichts des umfangreichen Aufgabenkatalogs bestand die erste Arbeit der Enquete-Kommission darin, Themenschwerpunkte zu setzen. Einer dieser Schwerpunkte war das Thema „Frauen und Arzneimittel“, eines der ältesten Themen, mit denen sich Frauengesundheitsforschung beschäftigt hat. Dies, weil bereits in den 1970er Jahren deutlich war, dass Frauen mit Medikamenten einerseits über-, andererseits fehlversorgt werden. Hier nur einige exemplarische Daten zur Überversorgung:

- Ab dem Alter von 14 Jahren bekommen Frauen deutlich mehr Arzneimittel verschrieben als Männer, in einigen Altersgruppen bis zu 70% mehr.
- Über 65% aller Psychopharmaka werden Frauen verschrieben.
- Migränepräparate werden Frauen drei Mal häufiger verordnet als Männern.
- Hypnotika /Sedativa werden Frauen doppelt so häufig verschrieben.

Doch auch das Gegenteil kommt vor: So ist beispielsweise eine eklatante Unterversorgung von Frauen in Altersheimen mit spezifischen Wirkstoffen bekannt (z. B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen), auch die depressiven Erkrankungen alter Frauen werden nur unzureichend medikamentös behandelt.

Nicht unwichtig ist es darüber hinaus zu wissen, dass die finanziellen Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel für Frauen geringer sind als für Männer. Die Gründe hierfür sind, dass die Männer modernere und spe-

zifische Arzneimittel erhalten, die in aller Regel teurer sind, Frauen hingegen mehr unspezifische Mittel zur Beruhigung, Stimmungsveränderung und Schmerzdämpfung. Abhängigkeitserzeugende Medikamente werden zu über 80% bei unklaren Beschwerden wie Schlafstörungen, Erregung, Nervosität, Depressionen verschrieben – Diagnosen, die in dieser Form bevorzugt bei Frauen gestellt werden.

Das zweite wichtige Arzneimittel-Thema auf der Agenda der Frauengesundheitsforschung war seit jeher die so genannte „Hormonersatztherapie“ im Klimakterium, gegen die es bereits in den 1960er Jahren erhebliche Kritik innerhalb der Frauengesundheitsbewegung gab. Dies nicht nur, weil damit eine wichtige Lebensphase im Leben von Frauen medikalisiert wurde, sondern auch, weil bereits damals erste Ergebnisse vorlagen, die die gesundheitsschädigenden Wirkungen der Hormonersatzpräparate belegten (Boston Women's Health Book Collective 1971; Cadura-Saf 1981; Coronary Drug Project Research Group 1973; Seaman & Seaman 1977; für einen aktuellen Überblick der historischen Entwicklung: Mühlhauser, Kimmerle & Berger 1995; Meyer & Mühlhauser 2003).

Auch das Schwerpunktthema „Frauen und Arzneimittel“ musste exemplarisch bearbeitet werden; die Enquete-Kommission wählte die folgenden Themenbereiche zur intensiveren Bearbeitung aus:

- Berücksichtigung von Frauen in der pharmakologischen Forschung
- Frauen und psychotrope Medikamente
- Hormontherapie in den Wechseljahren
- Arzneimittelversorgung von Frauen in Alteinrichtungen.

2.1 Berücksichtigung von Frauen in der pharmakologischen Forschung

Jedes Jahr werden in Deutschland mehr als 2000 Arzneimittel neu zugelassen. Die Zulassung erfolgt nach einem gestuften Verfahren, in dem in Phase 3 auch klinische Prüfungen vorgeschrieben sind. Noch in der Anfang 2004 gültigen Fassung macht das Arzneimittelgesetz jedoch keine Angaben zu geschlechtsdifferenzierter Erhebung und Auswertung der Daten. Auf Anfrage der Enquete-Kommission konnte das für Zulassungsfragen zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weder Angaben über den Anteil von Frauen in den im Rahmen von Zulassungsverfahren vorgelegten Studien machen, noch darüber, ob in diesen klinischen Studien Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt wurden. Die Recherchen nach den Gründen hierfür erwiesen sich als gleichermaßen schwierig und aufschlussreich: Schwierig, weil keins der ange-

schriebenen Institute bzw. keine der angeschriebenen Institutionen beim ersten Mal antwortete, aufschlussreich, weil deutlich wurde, dass die Frage nach möglichen Unterschieden in der Arzneimittelwirkung zwischen Männern und Frauen schlicht am liebsten ignoriert wird.

Nach mehrmaligem Nachfragen zeigte sich, dass wenn nicht überhaupt Ignoranz vorherrscht, rechtliche, wirtschaftliche und organisatorische Aspekte als Begründung dafür herangezogen werden, dass Frauen in den klinischen Studien nicht berücksichtigt werden. Das am häufigsten vorgebrachte Argument waren haftungsrechtliche Bedenken hinsichtlich einer möglichen Fruchtschädigung im Falle einer während der Studie eintretenden Schwangerschaft. Daneben spielten der organisatorische Mehraufwand und die damit verbundenen höheren Kosten einer Studie eine entscheidende Rolle: Nicht nur, dass durch die Einbeziehung von Frauen die benötigten Stichproben größer werden müssen, darüber hinaus ist es auch häufig schwieriger, Frauen zur Teilnahme an klinischen Studien zu motivieren, da sie weniger Zeit für eine Teilnahme haben und weniger institutionell zu erfassen sind (z. B. bei der Bundeswehr, im Knast).

Die Enquete-Kommission gab Gutachten zu dieser Sachlage und zu ihren Auswirkungen in Auftrag und lud Expertinnen ein, die überzeugend darlegen konnten, dass, so sie denn stattfinden, geschlechtsdifferenzierte Erfassung und Analyse von Arzneimittelwirkungen regelmäßig erhebliche geschlechtstypische Unterschiede erbringen (Thürmann 2002b). So zeigte z. B. eine geschlechts-differenzierende Re-Analyse, dass das in der Behandlung von Herzinsuffizienz häufig eingesetzte Digoxin lediglich bei Männern signifikante positive Effekte hat, während bei Frauen die Sterblichkeit nach Einnahme von Digoxin gegenüber einer Placebogruppe signifikant anstieg (Rathore, Wang & Krummholz 2002).

Zu diesem Thema konnte die Enquete-Kommission einen eindeutigen Erfolg verbuchen: Sie brachte ihre Ergebnisse bei der Novellierung des Arzneimittelgesetzes 2004 in das Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene ein. Seither müssen Frauen in klinischen Studien im Zulassungsverfahren angemessen beteiligt werden. Außerdem muss bei jedem neu zuzulassenden Medikament der Nachweis der Unbedenklichkeit und der Wirksamkeit erbracht werden, einschließlich einer eventuellen unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern.

Darüber hinaus formulierte die Enquete-Kommission diverse Handlungsempfehlungen an die Landesregierung hinsichtlich einer angemessenen Berücksichtigung des Geschlechts in der Arzneimittelforschung, der Aus-, Fort- und Weiterbildung

aller Berufsgruppen im medizinisch/therapeutischen Bereich und hinsichtlich ihrer Einflussnahme auf die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie. Weitere Empfehlungen richtete sie an den Verband der forschenden Arzneimittelunternehmen und die zuständigen Gremien der Ärzte- und Apothekerschaft.

2.2 Frauen und psychotrope Medikamente

Als psychotrope Medikamente werden alle Arzneimittel bezeichnet, die das psychische Befinden verändern, also entweder anregend, stimulierend oder aber beruhigend, dämpfend wirken. Als wichtigste sind zu nennen:

- Schlafmittel (Hypnotika) und starke Beruhigungsmittel (Sedativa)
- Psychopharmaka: Tranquilizer, Antidepressiva, Neuroleptika
- Psychostimulantien des Amphetamin-Typs
- Schmerzmittel (Analgetika)
- Appetitzügler aus der Gruppe der Amphetamine und Ephedrine
- Antiallergika mit sedierender Wirkung.

Die Daten über Risiken und Nebenwirkungen stammen aus repräsentativen Erhebungen, Krankenkassendaten und Verkaufszahlenanalysen der Pharmaindustrie – jede einzelne dieser Quellen ist fehlerbehaftet, insgesamt ergeben die Daten jedoch ein Mosaik, das folgende Aussagen erlaubt:

- Etwa 20% aller Frauen (gegenüber 12% der Männer) konsumieren mindestens einmal pro Woche ein Medikament mit psychotroper Wirkung (Kraus & Bauernfeind 1998)
- Jede zweite Frau nimmt zeitweise ein Schmerzmittel, etwa 2% der Frauen täglich (BmFSFJ 2001; Vogt & Kraus 2000).
- Die Verschreibung und der Konsum psychotroper Medikamente steigen ab dem 50sten Lebensjahr beträchtlich an: 50jährigen Frauen werden z. B. doppelt so häufig Neuroleptika verordnet wie 10 Jahre jüngeren Frauen (Krock 2002).
- Die meisten Langzeitverordnungen benzodiazepinhaltiger Schlaf- und Beruhigungsmittel gehen an Frauen über 55 Jahren, ca. 5% aller Frauen zwischen 50 und 80 Jahren erhalten kontinuierlich benzodiazepinhaltige Medikamente (Ferber et al. 1996).
- Etwa ein Drittel aller Verschreibungen von Antidepressiva erfolgt nicht bei Vorliegen einer depressiven Erkrankung, sondern bei Spannungszuständen, Angst, Trauer, Klimakteriumsbeschwerden (Glaeske 2003).

Obwohl seit Jahrzehnten bekannt ist, dass mit stimmungsverändernden Medikamenten – und ich spreche hier nur von verordneten Medikamenten!

– erhebliche gesundheitliche Schäden verursacht werden, zeigten sich die Widerstände gegen Veränderungsmöglichkeiten in diesem Bereich auch in der Enquete-Kommission deutlich. Über zwei Sitzungen wurde beispielsweise bitter darum gekämpft, ob Schmerzmittel im Abschlussbericht der Kommission unter den psychotropen Medikamenten aufgeführt werden oder nicht. Dass Schmerzmittel psychotrope Medikamente sind, ist international anerkannt und steht so auch in sämtlichen Klassifikationsmanualen zur Diagnostik von Medikamentenabhängigkeit. Mit dem einzigen Argument, die FDP-Nordrhein-Westfalen sei dagegen, wurde jedoch versucht, diesen international eingeführten und belegten Wirkstoffkatalog zu ändern. Letztlich gelang die Einführung der Schmerzmittel dadurch, dass ihre Nennung eingeschränkt wurde durch den Zusatz „insbesondere Kombinationspräparate mit anregenden Substanzen“ (Bayer-Leverkusen lässt grüßen!). Auch um Formulierungen, die eine mögliche ärztliche Mitbeteiligung an der massenhaften Produktion von medikamentenabhängigen Frauen andeuteten, wurde erheblich gerungen. Dies ungeachtet der recht soliden empirischen Basis, der zufolge mindestens ein Drittel aller Verschreibungen abhängigkeitsfördernder Medikamente nicht zur Behandlung akuter medizinischer Probleme eingesetzt werden, sondern zur langfristigen Suchterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen (Glaeske 1999; Glaeske, Günther & Keller 1997).

Die Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission richteten sich hier vor allem darauf, die Landesregierung aufzufordern, sich auf Bundes- und EU-Ebene für eine Verschärfung der Richtlinien zur Werbung für Medikamente einzusetzen und darauf hinzuwirken, dass für abhängigkeitsfördernde Schmerz- und Abführmittel nicht mehr im öffentlichen Raum (z. B. auf den Tickethüllen der Deutschen Bahn) geworben wird. Die Landesärztekammern wurden aufgefordert, die Problematik der Medikamentenabhängigkeit von Frauen in die Curricula der ärztlichen Weiterbildung aufzunehmen, und die Ärzteschaft unabhängig – das heißt nicht über die Pharmareferentinnen und –referenten! – über die Arzneimittelrisiken, insbesondere für Frauen, zu informieren. Weitere Empfehlungen richteten sich an Krankenkassen und Apothekerkammern – immer unter dem Tenor, die Informationen zu thematisieren und zu verbreitern.

2.3 Hormontherapie im Klimakterium

Mit ca. 700 Millionen Tagesdosen an Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparaten und ca. 300 Millionen verschriebener Tagesdosen an Östrogen-Mono-Präparaten im Jahre 2001 sind Hormone

die in Deutschland am häufigsten verordneten Arzneimittel für Frauen zwischen 50 und 59 Jahren. Während in anderen Industrienationen die Verordnungszahlen im letzten Jahrzehnt zurückgegangen sind, ließ sich in Deutschland eine vergleichbare Entwicklung nicht beobachten (Greiser 2003).

Noch während die Arbeitsgruppe „Frauen und Arzneimittel“ der Enquete-Kommission Materialien sammelte und ein Gutachten des Leiters des Bremer Instituts für Prävention und Sozialmedizin, Prof. Dr. Eberhard Greiser, anforderte, wurden die Daten der in Amerika und Großbritannien durchgeführten Langzeitstudien über die Auswirkungen der Hormontherapie im Klimakterium bekannt:

Bei beiden Studien handelt es sich um prospektive Studien. Die in den USA durchgeführte Women's Health Initiative (WHI-) Studie sollte über einen Zeitraum von achteinhalb Jahren hin in drei Teilstudien die präventive Wirksamkeit von Hormon-Mono- (Östrogen) und Kombinationspräparaten (Östrogen plus Progesterin) an gesunden Frauen ohne Hysterektomie und nach Hysterektomie sowie gesunden Frauen ab 65 Jahren überprüft werden. Im Juli 2002 wurde die Östrogen-plus-Progesterin-Studie vorzeitig gestoppt, weil die vor Studienbeginn festgelegten Risikoschwellen für Frauen, die die Hormone nahmen, überschritten wurden. Bei diesen Frauen wurden häufiger Herzinfarkte, Brustkrebs und Thrombosen/Embolien beobachtet als in der Kontrollgruppe, die ein Placebo erhielt (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002). Im Mai 2003 wurden dann Daten des Studienteils veröffentlicht, in dem Frauen über 65 untersucht wurden; es zeigte sich, dass die Einnahme von Östrogen-plus-Progesterin das Risiko für eine Demenzerkrankung verdoppelte (Rapp et al., 2003). Ebenfalls im Mai 2003 wurden dann auch noch Daten veröffentlicht, die zeigten, dass hinsichtlich der subjektiv empfundenen Gesundheitsparameter wie Schlaf, körperliches und psychisches Wohlbefinden, sexuelle Zufriedenheit, Vitalität keine signifikanten Unterschiede zwischen Einnahme- und Placebogruppe existierten (Hays et al. 2003). Im März 2004 wurde dann schließlich auch der Untersuchungsteil mit den Frauen, die nur Östrogen genommen hatten, vorzeitig beendet. Nach fast siebenjähriger Laufzeit konnte keinerlei überzeugender protektiver Effekt nachgewiesen werden, dafür aber ein erhöhtes Risiko für Schlaganfälle (Women's Health Initiative 2004).

Nahezu zeitgleich wurden in Großbritannien die Ergebnisse der Million-Women-Study veröffentlicht: Sie wies ein signifikant erhöhtes Brustkrebsrisiko für die Einnahme von Östrogen-Progesterin-Kombinationspräparaten nach, und darüber hinaus einen signifikanten Zusammenhang zwischen

der Dauer der Einnahme und der Höhe des Risikos (Million Women Study Collaborators 2003).

Während die Verschreibungszahlen nach Veröffentlichung dieser Studien in den USA und den meisten europäischen Ländern deutlich zurückgingen, ließ sich eine vergleichbare Entwicklung in Deutschland nicht beobachten. Eine Vielzahl von Verbänden und Einrichtungen – so unter anderem die deutsche Menopause-Gesellschaft – stellten die Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse auf Deutschland in Frage. Die Enquete-Kommission nahm dies zum Anlass, zwei Gutachten in Auftrag zu geben, die sich mit der Frage der Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse auf die deutsche Situation beschäftigten und zweitens die kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für den Umgang mit dem Klimakterium sowie mit möglichen Alternativen aufzeigen sollten.

Nach den Berechnungen des Gutachters Greiser wäre bei einer Fortschreibung des aktuellen Verordnungs- und Konsumverhaltens innerhalb der nächsten 10 Jahre mit mehr als 120 000 zusätzlichen Erkrankungsfällen von Frauen als Folge einer Hormontherapie in Deutschland zu rechnen. Dabei handelt es sich insbesondere um

- etwa 100.000 Frauen, die an Brustkrebs erkranken und von denen innerhalb von 5 Jahren ca. 27.000 Frauen versterben,
- etwa 20.000 Frauen, die an Gebärmutterkrebs erkranken von denen innerhalb von 5 Jahren ca. 6.000 Frauen versterben sowie
- etwa 6.000 Frauen, die an Eierstockkrebs erkranken und von denen innerhalb von 5 Jahren ca. 3.900 Frauen versterben.

Diese dramatischen Zahlen waren für die Mehrheit der Mitglieder der Enquete-Kommission der Anlass, von dem für Enquete-Kommissionen üblichen Verfahren der gebündelten Vorstellung aller Ergebnisse und Empfehlungen nach Abschluss der Kommissionsarbeit abzusehen und eine Initiative für einen gesonderten Beschluss des Landtags zu ergreifen. Den entsprechenden gemeinsamen Antrag der Fraktionen von SPD, CDU und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN (Drucksache 13 / 4744) verabschiedete der Landtag am 17. Dezember 2003.

2.4 Medikamentenversorgung von Frauen in Alteneinrichtungen

Alte Frauen sind besonders gefährdet, medikamentös über- und fehlversorgt zu werden – und dies gilt in gesteigerter Form für die Frauen, die in Alteneinrichtungen leben. Sie erhalten in der Regel mehrere Medikamente gleichzeitig, wobei es oft zu unbeabsichtigten Neben- oder Wechselwirkungen mit teilweise schwerwiegenden gesundheitli-

chen Folgen und zu Unfällen kommt (Weyerer, Schäufole & Zimmer 1998; Thürmann 2002a). Zu viele Bewohnerinnen von Alteinrichtungen erhalten über zu lange Zeiträume Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika; Müdigkeit, Schläppigkeit, Benommenheit und chronische Schlafstörungen sind die Folge. Bei etwa 10% aller Heimbewohnerinnen muss, da ihnen langfristig Benzodiazepine als Schlafmittel verschrieben werden, von einer Benzodiazepin-Abhängigkeit ausgegangen werden. Zusätzlich tragen sie aufgrund der muskelrelaxierenden Wirkung von Benzodiazepinen das Risiko der erhöhten Unfall- und Sturzgefahr und von Hang-Over-Effekten wie Benommenheit, Schwindel, Sehstörungen am folgenden Tag (Krappweis & Kirch 2001; Thesing-Bleck 2002).

Andererseits besteht eine nahezu ebenso eklatante Unterversorgung psychischer Symptomaten alter Frauen, wovon Patientinnen mit Alzheimer-Erkrankungen und depressiven Störungen besonders betroffen sind (Schirmer 2002). Teilweise erhebliche Versorgungslücken gibt es auch im Bereich der Schmerztherapie, oft auch bei der Wundversorgung (Renn 2002).

Die Ursachen für diese Defizite wurden in verschiedenen Stellungnahmen und Gutachten, die die Enquete-Kommission einholte, übereinstimmend wie folgt beschrieben: Es gibt keinerlei Kenntnisse über die Wirkungsweise von Medikamenten bei alten Frauen, ebenso keine Erkenntnisse hinsichtlich des Einflusses struktureller Rahmenbedingungen auf den Medikamentenverbrauch und die Art der Medikamentenversorgung. Es gibt erhebliche Defizite im Pflegebereich, die zu einem großen Teil auch ökonomisch bedingt sind. Auch die organisatorischen Abläufe in Alteinrichtungen entsprechen wenig den gesundheitlichen Bedürfnissen der alten Frauen; der Bedarf an Schlafmitteln könnte zum Beispiel deutlich gesenkt werden, wenn Tagesabläufe in Alteinrichtungen an die veränderten Schlafbedürfnisse alter Menschen angepasst würden und wenn ausreichend Pflegepersonal da wäre, um alte Hausmittel – zum Beispiel eine warme Tasse Milch mit Honig oder eine Wärmflasche bei kalten Füßen – einzusetzen oder (gar) ein Gespräch zu führen.

Über die eklatanten Defizite bestand in der Kommission Einhelligkeit, und es konnten Handlungsempfehlungen formuliert werden, die sich sowohl an den Landtag und die Landesregierung richten als auch an die kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, die Träger von Alteinrichtungen, die Kranken- und Pflegekassen sowie die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie. Sie alle wurden aufgefordert, diesen Bereich nicht wie bisher sträflich zu vernachlässigen.

3 Die gesundheitspolitische Perspektive

Konnte die Enquete-Kommission hinsichtlich einer geschlechtersensiblen Arzneimittelverordnung etwas erreichen?

Meine Einschätzung ist verhalten optimistisch. Ohne jede Frage ist es ein Erfolg der Kommissionsarbeit, dass sie zu der wichtigen Änderung im Arzneimittelgesetz beitragen konnte, dass Frauen seit Juli 2004 in klinischen Studien im Zulassungsverfahren beteiligt werden müssen und dass bei jedem neu zuzulassendem Medikament der Nachweis der Unbedenklichkeit und der Wirksamkeit einschließlich einer eventuellen unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern erbracht werden muss. Diese Gesetzesänderung dürfte erhebliche Auswirkungen auf die Arzneimittelzulassung haben, außerdem auch auf die Verschreibungspraxis und natürlich die Gestaltung von Beipackzetteln. Hierdurch ist auch ein weiterer Lerneffekt für die verschreibenden Ärztinnen und Ärzte und auch für die Patientinnen zu erwarten. Insbesondere Letzteres nährt die Hoffnung, dass es zu einem kritischeren Umgang von Frauen mit Medikamenten kommen kann.

Als positiv bewerte ich auch das Interesse, das die Apothekerkammer an der Thematik geäußert hat. Frauen machen den größten Teil der Kundschaft von Apotheken aus, sind unter ökonomischen Gesichtspunkten für jede Apotheke überlebenswichtig. Schon deshalb müssen sie ernst genommen werden. Unterstellt man Apothekerinnen und Apothekern jedoch nicht nur wirtschaftliches Interesse, sondern auch, dass sie die wirksamste Medikation mit möglichst wenig unerwünschten Nebenwirkungen für Patientinnen sicherstellen wollen, so muss es insbesondere in ihrem Interesse liegen, die geschlechtsspezifischen Wirksamkeiten zu kennen.

Und ich bin sogar ein wenig optimistisch im Hinblick auf die Hormonvergabe im Klimakterium: Zwei Jahre nach Abbruch der US-amerikanischen und der britischen Studien sind auch in Deutschland die Stimmen, diese Ergebnisse ließen sich nicht auf dieses Land übertragen, verstummt. Zu groß ist die Angst vor einem erneuten Pharmaskandal. Und letztlich haben die veröffentlichten Zahlen auch dazu beigetragen, dass auch Frauen, die sich für Hormone entschieden haben, nun alternative Möglichkeiten des Umgangs mit dem Klimakterium prüfen.

4 Ein persönlicher Ausblick

War der Entschluss, als Sachverständige in die Enquete-Kommission zu gehen, richtig?

Meine Befürchtungen, was den Arbeitsaufwand betraf, wurden um ein Vielfaches übertroffen. Das

wäre noch nicht so schlimm gewesen, wenn es nicht zum Teil sehr ärgerliche Arbeit gewesen wäre: Ich fand es schwer auszuhalten, dass Papie-re, die ich als Wissenschaftlerin verfasst hatte, anschließend durch diverse parteipolitische Mühlen gedreht wurden, und ich hatte mir auch nicht vorstellen können, wie inhaltlich relevante Themen politisch nicht behandelt werden, wenn sie nicht ins politische Bild passen oder von der politischen Gegnerin besetzt werden.

Meine Einschätzung über die Wertschätzung, die Wissenschaft in der Politik erfährt, hat sich leider bestätigt: Mit der Parteilinie übereinstimmende Erkenntnisse werden begrüßt, andere abgewertet oder erst gar nicht zur Kenntnis genommen. Schmerzhaft war der Prozess, in dem ich lernte, dass das mir am Herzen liegende Thema „Frauengesundheit“ keineswegs eine vergleichbare Wertigkeit für alle ParlamentarierInnen in der Kommission hatte: Nur wenige von ihnen hatten eigene berufliche Erfahrungen in dem Feld – am größten war das Interesse bei denjenigen, die eigene schmerzliche Erfahrungen als Patientin oder betroffene Angehörige gemacht hatten. Manche empfanden die Abordnung in die Enquete-kommission aber auch als minderwertige Arbeit – Verkehrsausschuss (da kann man schön viel reisen) oder Wirtschaftsausschuss haben mehr Renommee und sind förderlicher für das politische Ansehen.

Als Indiz, dass es mit der Wertschätzung der Wissenschaft nicht so sehr weit her ist, bewerte ich auch die Tatsache, dass die externen Sachverständigen nicht zur Vorstellung des Abschlussberichts in den Landtag eingeladen wurden – da blieb die Politik wieder unter sich. Es war keine böse Absicht dahinter – aber irgendwie hatte man gar nicht daran gedacht, uns einzuladen.

Und dennoch: Es war sicher wichtig, dass WissenschaftlerInnen als externe Sachverständige nicht nur gehört wurden, sondern auch entscheidend mitarbeiten konnten an der Auswahl und Bearbeitung der Themen, der Gutachtenvergabe und Auswahl von einzuladenden ExpertInnen – und last but not least – am Schreiben des Abschlussberichts.

Literatur

- Boston Women's Health Book Collective (1998): *Our bodies, Ourselves*. New York: Simon & Schuster.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin: Kohlhammer.
- Cadura-Saf, D. (1981): *Das unsichtbare Geschlecht. Frauen, Wechseljahre, Älterwerden*. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- Coronary Drug Project Research Group (1973): The coronary drug project: Findings leading to discontinuation of the 2.5 mg/day estrogen group. *JAMA*, 226, 652-657.
- Ferber, L. von, Ihle, P., Schubert, I. (1996): Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential unter besonderer Berücksichtigung der Benzodiazepine. In: Ferber, L. von, Schubert, I., Ihle, P., Köster, I., Adam, Ch. (Hrsg.), *Wieviel Arzneimittel (ver-)braucht der Mensch? Arzneimittelverbrauch in der Bevölkerung, Behandlungshäufigkeiten, Therapiedauer und Verordnungsanlässe* (S. 227-250). Bonn: WidO.
- Glaeske, G. (1999): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2000*. Geesthacht: Neuland, 52-76.
- Glaeske, G. (2003): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2003*. Geesthacht: Neuland, 62-78.
- Glaeske, G., Günther, J., Keller, S. (1997): *Nebenwirkung: Sucht. Medikamente, die abhängig machen*. München: Kunstmann.
- Greiser, E. (2003): Anwendung der postmenopausalen Hormontherapie in Deutschland und Vorschläge zur Senkung der Anwendungshäufigkeit. Gutachten für die Enquete-kommission im Landtag NRW (www.landtag.nrw.de).
- Hays, J., Ockene, J.K., Brunner, R.L., Kotchen, J.M., Manson, J.E., Patterson, R.E., Aragaki, A.K., Shumaker, S.A., Brzyski, R.G., LaCroix, A.Z., Granek, I.A., Valanis, B.G. (2003): Effects of Estrogen/Progestin on Health-Related Quality of Life. *New England Journal of Medicine*, 348, 19, 1839-1854.
- Krappweis, J. & Kirch, W. (2001): *Arzneimittelanwendung bei Altenheimpatienten im Vergleich zu ambulanten Pflegefällen bzw. Versicherten ohne Pflegebedarf*. Ergebnisbericht. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. (1998): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, *Sucht*, 44, Sonderheft 1.
- Krock, M. (2002): Gebrauch und Abhängigkeit von Psychopharmaka bei älteren Frauen. In: *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung* (Hrsg.), *Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“*, Berlin, 93-102
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004). *Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. (www.landtag.nrw.de/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/VorblattGutachten.jsp)
- Meyer, G. & Mühlhauser, I. (2003): Der Hormon-Trugschluss – Sexualhormone (Östrogene/Gestagene) in der Meno-/Postmenopause zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung. In: Schücking, B. (Hrsg.), *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Göttingen: V und R uni-press, 103-12.
- Million Women Study Collaborators (2003): Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study.

- The Lancet, Vol. 362, 419-427.
- Mühlhauser, I., Kimmerle, R. & Berger, M. (1995). Langzeittherapie mit Sexualhormonen zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung in der Postmenopause. Offene Fragen unter besonderer Berücksichtigung des Diabetes mellitus. *arznei-telegramm*, 4, 37-44.
- Rapp, S.R., Espeland, M.A., Shumaker, S.A, Henderson, V.W., Brunner, R.L., Manson, J.E., Gass, M.L.S., Stefanick, M.L., Lane, D.S., Hays, J., Johnson, K.C., Coker, L.H., Dailey, M., Bowen, D., for the WHIMS Investigators (2003): Effect of Estrogen Plus Progestin on Global Cognitive Function in Postmenopausal Women, The Women's Health Initiative Memory Study: A Randomized Controlled Trial." *JAMA*, 289, 2663-2672.
- Rathore, S.S., Wang, Y., Krumholz, H.M. (2002): Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure, *New England Journal of Medicine*, 2002, 347(18), 1403-11.
- Renn, U. (2002): Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ der Landesseniorenvertretung NRW; Düsseldorf: Landtag NRW.
- Schirmer, H.-J. (2002): Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“; Düsseldorf: Landtag NRW.
- Schmerl, Ch. (2002). Die Frau als wandelndes Risiko. In: K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 32–52). Bern: Huber.
- Seaman, B., Seaman, G. (1977): *Women and the Crisis in Sex Hormones*. New York: Bantam Books.
- Stolzenberg, R. & Sachse, Ch. (2003): Hormongaben vor, während und nach den Wechseljahren: Soziale Faktoren und Alternativen. Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW (www.landtag.nrw.de).
- Thesing-Bleck, E. (2002): Stellungnahme für die Anhörung „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen“ der Apothekerkammer Nordrhein. Düsseldorf: Landtag NRW.
- Thürmann, P. (2002a): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arzneimitteln. Schriftliche Stellungnahme zur Vorlage in der Enquetekommission im Landtag NRW.
- Thürmann, P. (2002b): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Pharmakokinetik und -dynamik von Arzneimitteln. Vorlage in der Enquetekommission im Landtag NRW.
- Vogt, I. & Krahl, K. (1997): Medikamentengebrauch und Suchtentwicklung bei Mädchen und Frauen. Frankfurt/ M. (unveröffentlichter Forschungsbericht).
- Weyerer, S., Schäufele, M., Zimber, A. (1998): Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter. In U. Havemann-Reinecke, S. Weyerer, H. Fleischmann (Hrsg.), *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter*. Freiburg: Lambertus, 38-49.
- Women's Health Initiative (Stand: März 2004): NHLBI Advisory for Physicians on the WHI Trial of Conjugated Equine Estrogen Versus Placebo. (http://www.nhlbi.nih.gov/whi/ea_advisory.htm).
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002): Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 288:321-333.

Kontakt und Information

Prof. Dr. Alexa Franke
 Rehabilitationspsychologie
 Fakultät für Rehabilitationswissenschaften
 Universität Dortmund
 44221 Dortmund
 Tel: (0231) 755-4551
alexa.franke@uni-dortmund.de

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

ub | universitäts
bibliothek

Dieser Text wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

DOI: 10.17185/duepublico/73188

URN: urn:nbn:de:hbz:464-20201029-114834-0



Dieses Werk kann unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 Lizenz (CC BY 4.0) genutzt werden.