

H24

AM PULS IHRER GESUNDHEIT
NR. 15 | AUSGABE 2024



THEMA

FRAUENGESUNDHEIT

UND FRAUEN IM GESUNDHEITSWESEN

EINBLICKE

MEIN LEBEN ZWISCHEN STERILISATION UND OPERATIONSTRAKT

DR. JUNIOR

PUBERTÄT: VOM MÄDCHEN ZUR FRAU

INHALT

- 3** **Editorial**
- 4-5** **Seitenwechsel**
„DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG IST EIN SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG“
- 6-7** **Collage**
TIERISCHE THERAPIESITZUNGEN
- 8-9** **Horizont 2030**
„BEI EINEM GESUNDHEITSPROBLEM AM RICHTIGEN ORT UND ZUM RICHTIGEN ZEITPUNKT VON KOMPETENTEN FACHKRÄFTEN BETREUT WERDEN“
- 10-23** **Thema**
- 12-13** FRAUEN BESSER BEHANDELN
- 16-17** ÜBER DIE WEIBLICHE INTIMGESUNDHEIT REDEN
- 18-19** EIN LEBEN IM TAKT DER HORMONE
- 20** DIE KLITORIS: VERKANNT UND ZENSIERT
- 21** GETRENNTE SPITALZIMMER FÜR MÄNNER UND FRAUEN: WIESO EIGENTLICH?
- 22-23** VON DER PFLEGE BIS IN DIE DIREKTION: FRAUEN IM GESUNDHEITSWESEN
- 24** **Science**
„ES MUSS NICHT IMMER ALLES KEIMFREI SEIN“
- 25** **Unter der Lupe**
ORGANE, DIE WIR NICHT (MEHR) BRAUCHEN
- 26-27** **Einblicke**
MEIN LEBEN ZWISCHEN STERILISATION UND OPERATIONSTRAKT
- Dr. Junior**
PUBERTÄT: VOM MÄDCHEN ZUR FRAU
DEINE FRAGE: „SAG MAL, WARUM RIECHT MEIN PIPI EIGENTLICH NACH SPARGELN, WENN ICH WELCHE GEGESSEN HABE?“

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser

Wussten Sie, dass Frauen 70 Prozent des Personals des freiburger spitals (HFR) ausmachen? Gerade im Pflegebereich waren Frauen schon immer in der Überzahl und sind es auch heute noch. So sind in der Pflegedirektion derzeit 83 Prozent der Fachkräfte weiblich, aber auch in den anderen Direktionen (Personalwesen, Logistik, Informationssysteme, Medizin) gibt es mehr Frauen als Männer.

Feminisierung ist am HFR nicht nur ein Wort – sie wird gelebt! Der Verwaltungsrat des HFR besteht aus drei Frauen und vier Männern und wird von einer Frau geleitet. Im Direktionsrat sind drei von acht Mitgliedern Frauen. Gemischte Teams sind der Schlüssel, um gut zusammenzuarbeiten und voranzukommen, jede und jeder mit ihren/seinen Eigenheiten. Diese Ausgabe von H24 befasst sich mit Frauen, ihrer Gesundheit und ihrer Stellung im Gesundheitswesen. Die nächste Ausgabe wird den Männern gewidmet sein – und dabei geht es nicht etwa um Feminismus oder Maskulismus, sondern in erster Linie um eines: die Gesundheit.

Unsere Spezialistinnen und Spezialisten sprechen ohne Umschweife über Geschlecht, Hormone oder auch die Intimgesundheit, und zwar auf den nachfolgenden Seiten sowie im Podcast des HFR. Unsere herausnehmbare Beilage unter dem Titel Dr. Junior wurde extra für die jüngsten Leserinnen und Leser konzipiert. Aber natürlich gibt es keine Altersbeschränkung, auch die Grossen dürfen reinschauen und sich an den Kinderfragen oder den Zitaten der kleinen Patientinnen und Patienten erfreuen, die von den medizinisch-pflegerischen Teams des Kindernotfalls gesammelt werden. Ich wünsche Ihnen viel Spass beim Lesen!

Michaela Bubach, Direktorin Personal





„DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG IST EIN SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG“

Marie Gremaud (links) kommt seit 2020 regelmässig ans HFR Freiburg – Kantonsspital zu Léa Bovet in die Sprechstunde. Die Psychologin und Psychotherapeutin ist Teil des Teams des Zentrums für Essstörung und Übergewicht, dass unter anderem Personen nach einem Magen-Bypass begleitet. *Sophie Roulin*

Können Sie uns erzählen, wie es dazu kam, dass Sie sich am HFR den Magen haben operieren lassen?

Marie Gremaud: Das war ein langer Prozess, denn ich leide schon seit ich fünf Jahre alt bin an Übergewicht. Wegen dieser Erkrankung, aber auch wegen anderen neurologischen und orthopädischen Leiden war ich in medizinischer Behandlung. Weil ich an Schlafapnoe und wiederkehrender, starker Migräne litt, habe ich mich schliesslich für einen Magen-Bypass entschieden, um abzunehmen. Zuvor hatte ich verschiedene Diäten ausprobiert, jedoch ohne Erfolg. Nach mehreren einschneidenden Ereignissen hat es Klick gemacht und im Juli 2020, mit 25 Jahren, habe ich mich operieren lassen.

Wann haben Sie Frau Bovet zum ersten Mal getroffen?

MG: Ein paar Monate vor der Operation. Das Vorgehen vor einer solchen Operation ist genau festgelegt und umfasst verschiedene Etappen.

Welche Etappen durchlaufen Patientinnen und Patienten vor einer sogenannten Magenverkleinerung?

Léa Bovet: Vor dem Eingriff steht tatsächlich ein relativ langer medizinischer Prozess. Am HFR müssen betroffene Personen ein Informationsmodul bestehend aus neun Kursstunden absolvieren: drei zu den medizinischen Aspekten, drei zur Ernährung und drei zu den psychologischen Auswirkungen der Operation. Erst danach entscheidet die Person, ob sie den Eingriff durchführen lassen will. Wenn

Seitenwechsel

ja, besucht sie einen weiteren achtstündigen Kurs zum Thema Ernährung und wird medizinisch und psychologisch vorbereitet. Nach dem Eingriff muss die Ernährungsweise stark angepasst werden, es ist also wichtig, dass die Patientin oder der Patient sich schon im Vorfeld mit den Veränderungen vertraut macht.

An welcher Stelle in diesem Prozess kommen Sie als Psychologin zum Einsatz?

LB: Wir treten bereits während des Informationsmoduls in der Gruppe in Kontakt mit den Patientinnen und Patienten. Die Einzelsitzungen beginnen direkt nach dem ersten Modul und wir erstellen gleichzeitig zu den verschiedenen medizinischen Abklärungen ein psychologisches Gutachten. Das Ziel ist es, festzustellen, ob es absolute oder relative Kontraindikationen für die Operation gibt. So klären wir ab, ob Stimmungsschwankungen, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen, ein gestörtes Essverhalten, eine Sucht oder andere psychische Erkrankungen vorliegen, die das Ergebnis der Operation gefährden könnten. Wir fragen auch nach Stressfaktoren im Leben der Person. Situationen wie eine Scheidung oder eine kürzliche Entlassung können sich negativ auf die Anpassung an den neuen Magen auswirken.

Haben Sie diese psychologische Betreuung als belastend empfunden oder fanden Sie sie notwendig?

MG: Das war eine sehr wichtige und notwendige Etappe. In diesem Moment ist eine Verbindung zwischen mir als Patientin und Frau Bovet als Therapeutin entstanden. Ich hatte das Gefühl, dass sie mich ernst nimmt. Wir sind beide engagiert und arbeiten gut zusammen. Sie unterstützt mich kompetent, hört mir zu und zeigt mir Lösungswege auf. Eine wertvolle Hilfe also.

LB: Es ist wichtig, dass eine therapeutische Beziehung entsteht. Als Therapeuten ist es unsere Aufgabe, zu helfen und zu unterstützen. Wir betonen immer, dass wir ein Team sind, zu dem auch die Patientin oder der Patient gehört. Und sie oder er trägt auch Verantwortung. Diese Verbindung ist einer der Schlüssel zum Erfolg.

Werden alle Patientinnen und Patienten langfristig betreut?

LB: Wenn sich die Person in unserem Zentrum für eine Magenoperation entscheidet, ist das ein lebenslanges Engagement. Auch wenn alles gut geht, müssen im ersten Jahr alle drei Monate und später regelmässig Blutanalysen gemacht werden, um beispielsweise Nährstoffmängel zu verhindern. Aus psychologischer Sicht hängt es von den Bedürfnissen der Patientin oder

des Patienten ab. Im ersten Jahr ist die psychologische Betreuung aber obligatorisch.

Gibt es einen bestimmten Grund dafür?

LB: Wir müssen uns vergewissern, dass die Person sich an ihren neuen Magen und damit an die neue Ernährung gewöhnt. Ausserdem führt der rasche Gewichtsverlust in den ersten Monaten zu einer gewissen Euphorie, aber häufig auch zu ästhetischen Problemen. Es ist wichtig, dass die Person gut auf diese Veränderungen vorbereitet ist und begleitet wird.

Wie haben Sie die Veränderungen nach der Operation erlebt?

MG: In den ersten sechs Monaten habe ich rund 30 der 40 kg, die ich insgesamt abnahm, verloren. Es war wirklich ein euphorisches Gefühl. In dieser Zeit konzentriert man sich auf alle Dinge, die man verändern muss. Erst später bemerkt man die Nebenwirkungen: schlaaffe Haut, Haarausfall, Schwierigkeiten, die Versprechen zu halten usw. Und dann ist die psychologische Unterstützung wirklich wichtig.

Hatten Sie in dieser Zeit häufiger Sitzungen?

MG: Eine Weile lang, ja. Aber der Austausch kann auch telefonisch oder per E-Mail erfolgen. Das ist wirklich eine grosse Stütze.

LB: In den Gesprächen arbeiten wir am Körperbild und daran, mit den Folgen der Operation und des früheren Übergewichts zu leben.

Was würden Sie anderen Menschen raten, die eine Magenoperation in Betracht ziehen?

MG: Man muss wirklich dazu bereit sein und Geduld haben.

LB: Normalerweise geht diesem Eingriff ein langer Prozess mit medizinischer, ernährungsberaterischer und psychologischer Betreuung voraus. Manche fühlen sich bereit, haben es aber nach dem jahrelangen Kampf gegen die Kilos zu eilig. Und weil sie genau wissen, welche Kriterien für den Eingriff erfüllt sein müssen, kann es vorkommen, dass eine Kontraindikation nicht erkannt wird. Trotz aller Vorkehrungen nehmen 20 Prozent der Patientinnen und Patienten nach der Operation wieder deutlich an Gewicht zu.

MG: Die Vorbereitung darf man nicht auf die leichte Schulter nehmen. Man muss dem Team um einen herum vertrauen.

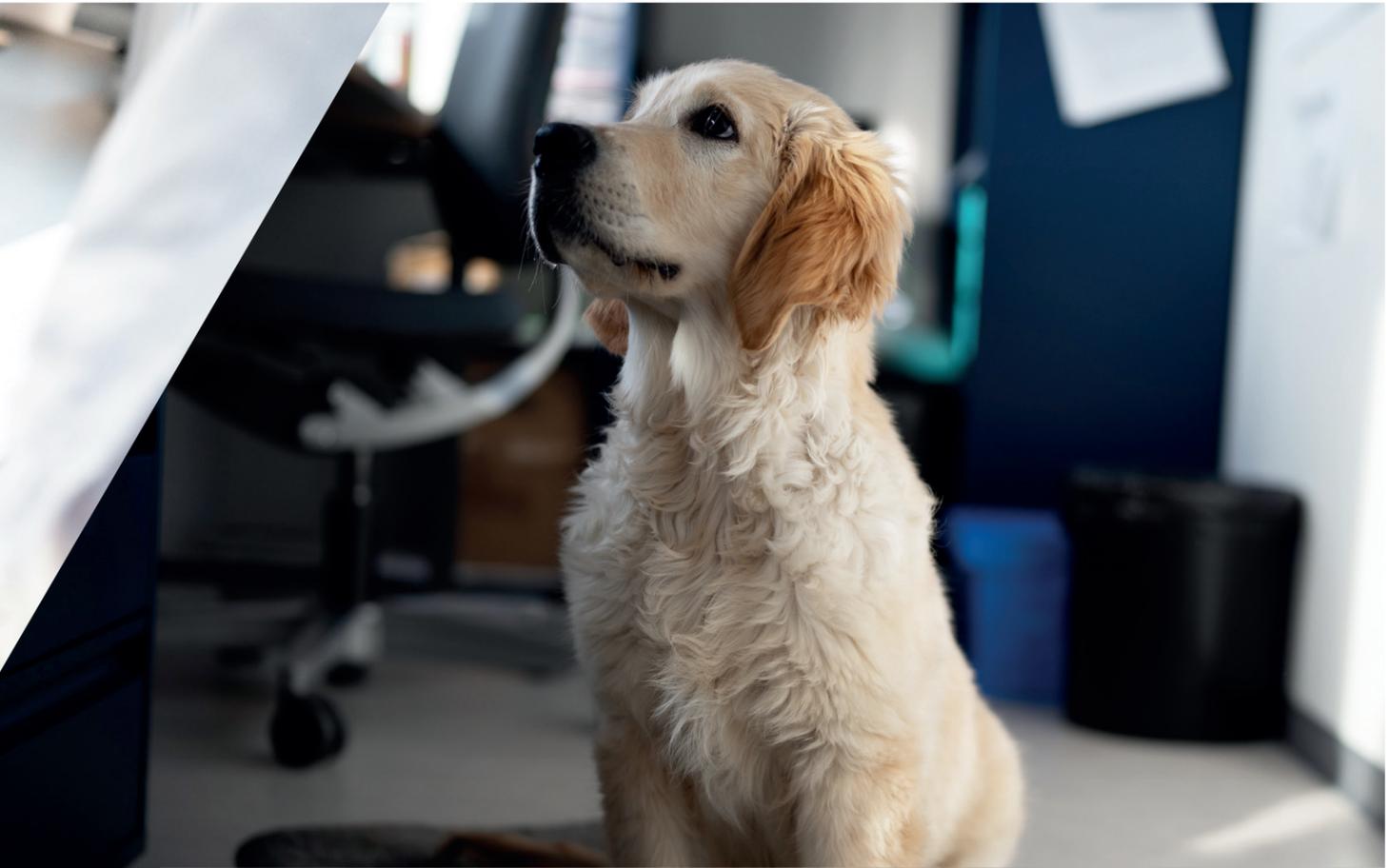
GLOSSAR

Magenverkleinerung: Gewichtsverlust dank chirurgischem Eingriff
Magen-Bypass: Operation, bei der eine Verkleinerung des Magenvolumens mit einer Kurzschliessung des proximalen Teils des Verdauungstrakts kombiniert wird



Manege frei für Indra und Dubai, die haarigen Therapeuten des HFR, sowie die angehende Assistentzhündin Naïka

Fotos: @Jo Bersier, Alexandre Bourguet und Xavier Dubuis



Collage

„BEI EINEM GESUNDHEITSPROBLEM AM RICHTIGEN ORT UND ZUM RICHTIGEN ZEITPUNKT VON KOMPETENTEN FACHKRÄFTEN BETREUT WERDEN“

Als Antwort auf die Initiative „für eine bürgernahe 24-Stunden-Notfallversorgung in Spitälern“ haben der Staatsrat und der Grosse Rat einen Gegenvorschlag erarbeitet.

Dieser wird dem Volk im Juni 2024 – zusammen mit dem Finanzdekret über die

Unterstützung des freiburger spitals (HFR) durch den Staat – zur

Abstimmung vorgelegt. Worum geht es bei diesen

Abstimmungen genau? Philippe Demierre, Direktor für

Gesundheit und Soziales (GSD), klärt auf. *Catherine Favre Kruit*

Herr Demierre, inwiefern ist die Initiative problematisch und machte die Ausarbeitung eines Gegenvorschlags nötig?

Philippe Demierre: Die Initiative ist irreführend: Sie bezieht sich nur auf die Frage der Spital-Notaufnahmen, ohne dabei die anderen Partner des Netzwerks zu berücksichtigen, die in der Gesundheitsversorgung eine äusserst wichtige Rolle spielen. Sowohl bei lebensbedrohlichen Notfällen als auch bei weniger dringenden Gesundheitsproblemen wird eine ganze Kette von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren aktiviert, die sicherstellt, dass Patientinnen und Patienten im ganzen Kanton erstklassig, schnell und adäquat betreut werden.

Ausserdem ist die von der Initiative geforderte Lösung angesichts des Mangels an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften gar nicht umsetzbar. Das HFR verfügt weder jetzt noch in Zukunft über genug Personal, um an drei Standorten Notaufnahmen zu betreiben, die rund um die Uhr geöffnet sind. Eine solche Vorgabe gefährdet unweigerlich die Qualität der Versorgung

und damit die Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Die Lösung besteht darin, dass jede Person mit einem gesundheitlichen Problem am richtigen Ort, zur richtigen Zeit und von den richtigen Personen betreut wird, wie es der Gegenvorschlag vorsieht.

Was genau beinhaltet der Gegenvorschlag?

Der Gegenvorschlag umfasst sieben Massnahmen. Eine der wichtigsten Neuerungen ist die Einrichtung einer einheitlichen Telefonhotline für Erwachsene und Kinder, die kostenlos, zweisprachig und rund um die Uhr erreichbar ist. Die Hotline wird von Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen betreut, die erste Ratschläge geben und die Person an die am besten geeignete medizinische Anlaufstelle verweisen können. Die Einrichtung mobiler Pflegeteams, die sich zu den Patientinnen und Patienten nach Hause oder ins Pflegeheim begeben, ist ebenfalls eine neue Massnahme, die unnötige Wege in die Notaufnahme vermeidet. Die Stärkung der Permanences, der ärztlichen Bereitschafts-

„Die von der Initiative geforderte Lösung ist angesichts des Mangels an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften gar nicht umsetzbar.“

Philippe Demierre

dienste und der ambulanten Gesundheitszentren in den Regionen ist ebenfalls vorgesehen, nach dem Vorbild des Gesundheitszentrums Süd in Riaz. Diese verschiedenen Einrichtungen werden ein solides Gesundheitsökosystem bilden, das in allen Regionen des Kantons eine optimale Versorgung gewährleistet.

Für lebensbedrohliche Notfälle sieht der Gegenvorschlag vor, erfahrene Rettungssanitäterinnen und -sanitäter in leichten Einsatzfahrzeugen (sogenannte Rapid Responder) einzusetzen und das Netz der Ersthelferinnen und Ersthelfer in den Randregionen zu erweitern. Mit diesem System können wir sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten bei Notfällen so schnell wie möglich versorgt werden.



Der Gegenvorschlag beinhaltet ausserdem ein neues System zur Abrechnung von Ambulanzeinsätzen, um die Gleichbehandlung der verschiedenen Regionen zu gewährleisten. Für die deutschsprachige Bevölkerung ist ein Ausbau des Angebots an Sprechstunden bei Spezialistinnen und Spezialisten vorgesehen, insbesondere an den HFR-Standorten Tafers und Meyriez-Murten.

Wie man sieht, betreffen diese Massnahmen nicht nur das HFR, sondern zielen darauf ab, die gesamte Notfallversorgung im Kanton zu stärken.

Gleichzeitig wird auch über ein Dekret abgestimmt. Wie hängt dieses mit der Initiative und dem Gegenvorschlag zusammen?

Dieses Dekret ist sehr wichtig, damit sich das Spital weiterentwickeln und die bestmögliche Versorgungsqualität im Kanton anbieten kann. Das Dekret hat zum Ziel, die wesentlichen, dringenden Investitionen zu sichern, die das HFR insbesondere für die Digitalisierung und die Erneuerung des medizinischen Materials benötigt, um die Gesundheitszentren in Riaz, Tafers und Meyriez zu stärken bzw. zu schaffen. Diese Investitionen sind unerlässlich, damit das HFR die bestmögliche Pflege anbieten kann und für sein Personal attraktiv bleibt.

Der Staatsrat und der Grosse Rat sind auch gewillt, dem HFR die Mittel zur Verfügung zu stellen, um die Vorbereitungsarbeiten für den Bau des neuen Spitalzentrums am Standort Freiburg in Angriff zu nehmen. Die Freiburger Bevölkerung braucht das neue Spital dringend. Das derzeitige Gebäude wird bald nicht mehr den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und den Standards entsprechen und generiert sehr hohe Betriebskosten.

WEITERE INFORMATIONEN ÜBER DEN GEGENVORSCHLAG ZUR INITIATIVE



WAHR ODER FALSCH?

DIE INITIATIVE, DIE EINE 24-STUNDEN-NOTAUFNAHME AN DREI STANDORTEN IM KANTON FORDERT, IST UNREALISTISCH UND NICHT UMSETZBAR, WENN WIR EINE GUTE PFLEGEQUALITÄT UND AUSREICHENDE SICHERHEIT GEWÄHRLEISTEN WOLLEN.

WAHR Die Versorgung von Notfällen im Spital beinhaltet weit mehr als die Notaufnahme. Sie erfordert eine umfassende technische Infrastruktur: Operationssäle, Intensivstation und Überwachungspflege, Labor, Radiologie usw. Dies erfordert wiederum die Anwesenheit von ausreichend medizinisch-pflegerischem Personal, darunter zahlreiche Spezialistinnen und Spezialisten. Weil diese Fachkräfte im Kanton, in der Schweiz und gar in ganz Europa fehlen, kann dieses Personal nicht rekrutiert werden.

DIE NOTAUFNAHME DES HFR FREIBURG – KANTONSSPITALS IST CHRONISCH ÜBERLASTET, WEIL DIE NOTAUFNAHMEN IN TAFERS UND RIAZ IN PERMANENCES UMGEWANDELT WURDEN.

FALSCH Die Patientenzahlen sind seit vielen Jahren sehr hoch, schon lange bevor die Notaufnahmen in Permanences umgewandelt wurden. Die Überlastung ist u. a. auf den Mangel an Grundversorgern (Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Kinderärztinnen und -ärzte) zurückzuführen. Das führt dazu, dass viele Menschen wegen gesundheitlicher Probleme, die in einer normalen Arztpraxis behandelt werden könnten, die Notaufnahme aufsuchen. Besonders akut ist das Phänomen im Sommer und über Weihnachten/Neujahr, wenn die Arztpraxen geschlossen sind. Die einheitliche, kostenlose Telefonhotline, die mobilen Pflegeteams sowie der weitere Ausbau der Permanences und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in den Regionen sind realistische und wirksame Lösungen als Antwort auf diese Problematik.

MAN SOLLTE BESSER DIE AKTUELLEN GEBÄUDE RENOVIEREN, ANSTATT EIN NEUES SPITAL ZU BAUEN. DAS WÜRD WENIGER KOSTEN.

FALSCH Werden alle Parameter berücksichtigt, kostet eine Renovation mehr als ein Neubau. Ausserdem würden jahrelange Bauarbeiten während des laufenden Spitalbetriebs zu enormen Unannehmlichkeiten für die Patientinnen und Patienten und das Personal führen. Die Betriebskosten eines renovierten Gebäudes sind wesentlich höher als die eines neuen Gebäudes. Zudem sind die Patientenströme in den heutigen Gebäuden ineffizient und führen zu erheblichen Betriebs- und Effizienzverlusten.



WEITERE INFORMATIONEN ZUM NEUEN SPITAL

FRAUEN- GESUNDHEIT UND FRAUEN IM GESUNDHEITS- WESEN



10



GESCHLECHT, HORMONE, MENSTRUATION, KLITORIS ... DER SCHWERPUNKT DIESER AUSGABE WURDE NICHT ETWA AUSGEWÄHLT, UM SIE IN VERLEGENHEIT ZU BRINGEN. IM GEGENTEIL: WIR WOLLEN GÄNGIGE TABUS BRECHEN UND ÜBER THEMEN SPRECHEN, WELCHE DIE GESUNDHEIT DER FRAUEN BEEINFLUSSEN – VON DER PUBERTÄT BIS IN DIE WECHSELJAHRE. DENN FEHLENDES WISSEN KANN, WIE SIE AUF DEN NACHFOLGENDEN SEITEN ERFAHREN WERDEN, SCHWERWIEGENDE AUSWIRKUNGEN HABEN.

SO LEIDEN FRAUEN 50 PROZENT HÄUFIGER UNTER UNERWÜNSCHTEN NEBENWIRKUNGEN ALS MÄNNER. DENNOCH SIND SIE IN KLINISCHEN STUDIEN, DIE EBENDIESE NEBENWIRKUNGEN UNTERSUCHEN, NICHT DOPPelt SO OFT VERTRETEN. MANCHE FRAUEN ZIEHEN SICH WEGEN IHRER HARNINKONTINENZ VOM GESELLSCHAFTLICHEN LEBEN ZURÜCK, ANDERE LASSEN SICH DIE SCHAMLIPPEN VERKLEINERN, WEIL SIE DAS AUSSEHEN IHRER VULVA STÖRT. AUF DEN BILDSCHIRMEN DES PATIENTENFLUSSMANAGEMENTS WIEDERUM SIND FRAUEN ORANGENE PUNKTE, DIE NICHT ZUSAMMEN MIT MÄNNERN IN DEN SPITALZIMMERN UNTERGEBRACHT WERDEN DÜRFEN – UND DAS IN ZEITEN VON CHRONISCH ÜBERLASTETEN SPITÄLERN.

UNSERE SPEZIALISTINNEN UND SPEZIALISTEN LIEFERN IHNEN FAKTEN, DAMIT DIE GESUNDHEIT DER FRAUEN – DIE IMMERHIN DIE HÄLFTE DER MENSCHHEIT AUSMACHEN – UND DIE STELLUNG DER FRAUEN IM GESUNDHEITSWESEN WEITER VORANSCHREITEN.

UND WEIL UNS DIE GLEICHSTELLUNG AM HERZEN LIEGT, VERRATEN WIR IHNEN SCHON JETZT, DASS DIE ZWEITE AUSGABE 2024 VON H24 DER ANDEREN HÄLFTE DER MENSCHHEIT GEWIDMET SEIN WIRD.

11

FRAUEN BESSER BEHANDELN

Geschlechterstereotypen wirken sich schädlich auf die Gesundheit der Frau aus. Sie sind verantwortlich für Verzögerungen bei der Diagnosestellung (Herzinfarkt, Endometriose, Autismus) und Frauen werden gleich doppelt bestraft: Sie sind anfälliger für die Nebenwirkungen von Medikamenten und ihre Schmerzen werden verharmlost. Interview mit der Medizinprofessorin Carole Clair (rechts) und der Soziologin Joëlle Schwarz, die gemeinsam die Abteilung Santé et genre (Gesundheit und Geschlecht) von Unisanté in Lausanne leiten. Priska Rauber

Der Androzentrismus – „was für den Mann gilt, gilt für alle“ – treibt zuweilen seltsame Blüten: Ein gutes Beispiel dafür ist eine klinische Studie der Rockefeller University (NY) aus dem Jahr 1986, in der die Auswirkungen von Fettleibigkeit auf Brust- und Gebärmutterkrebs untersucht wurde, und zwar anhand einer Kohorte, die nur aus Männern bestand.

Frauen sind in klinischen Studien untervertreten, obwohl sie auf bestimmte Krankheiten und Medikamente anders reagieren als Männer. Das häufig eingesetzte Morphin beispielsweise verursacht bei Frauen doppelt so viele Nebenwirkungen wie bei Männern. Zudem benötigen Frauen eine höhere Dosis, damit die gewünschte Wirkung eintritt. Es reicht also nicht, die Dosierung von Medikamenten, die an Männern getestet wurden, zu reduzieren, um Frauen besser behandeln zu können.

Wie also können wir Frauen besser behandeln?

Carole Clair: Es erfordert einen Kulturwandel, klinische und interdisziplinäre Forschung sowie die Sensibilisierung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte für die Geschlechterproblematik.

Die Häufigkeit von unerwünschten Nebenwirkungen ist bei Frauen um 50 Prozent höher als bei Männern. Trotzdem werden Frauen nicht doppelt so häufig in klinische Studien einbezogen ...

CC: Wir befinden uns im Zeitalter der ultrapersonalisierten Medizin und wir beginnen gerade erst, uns diese Frage nach der Wirksamkeit und den Auswirkungen ähnlicher oder unterschiedlicher Behandlungen bei Männern und Frauen zu stellen. Diese Fragen hätten schon viel früher gestellt werden können. Die androzentrische Auffassung führte dazu, dass Behandlungen auf der Grundlage eines Standardkörpers entwickelt wurden. Dieser trägt dem weiblichen Körper jedoch nicht Rechnung. Und genau da erkennt man, dass die Wirksamkeit, aber auch – und vor allem – die Nebenwirkungen nicht

die gleichen sind. Dazu brauchen wir unbedingt mehr Daten.

Joëlle Schwarz: Und leider entsprechen die Anforderungen an die Forschung in der Schweiz nicht den Anforderungen anderer Länder wie den USA oder der Europäischen Union. Dies gilt insbesondere für gemischte Stichproben, d. h., dass man sicherstellt, dass die Stichproben die Bevölkerung in Bezug auf Geschlecht, ethnische Herkunft usw. repräsentieren.

Gemäss den Zahlen des Bundesamts für Statistik sterben Frauen in der Schweiz häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Männer, und dennoch erleiden sie nur halb so oft einen Herzinfarkt. Wie lässt sich das erklären?

CC: In absoluten Zahlen werden tatsächlich mehr Männer mit einem Herzinfarkt ins Spital eingeliefert. Betrachtet man hingegen die Anzahl Todesfälle im Zusammenhang mit einem Herzinfarkt, sind mehr Frauen betroffen. Die Daten zeigen, dass Herzinfarkte bei Frauen nach wie vor zu spät erkannt werden. Sie werden folglich später behandelt. Und bevor sie im Spital sind, warten die Frauen länger, um zum Arzt zu gehen, und die Ärzte wiederum brauchen länger, um das Problem zu erkennen. All das sind Faktoren für eine schlechte Prognose.

Es wird auch vermutet, dass bestimmte Behandlungen bei Frauen weniger wirksam sind und mit mehr Komplikationen einhergehen. Anatomische Unterschiede oder unterschiedliche Erkrankungen führen dazu, dass die empfohlenen Behandlungen, die nachweislich wirksam sind, bei Frauen vielleicht etwas weniger gut anschlagen.

Geschlechterstereotypen verzerren auch die Datenlage in Bezug auf Schmerzen. Frauen vertragen diese tatsächlich weniger gut als Männer.

CC: Das stimmt. Es wird fälschlicherweise angenommen, dass Frauen in der Regel schmerzresistenter sind. Trotzdem werden sie etwas weniger ernst genommen und weniger gut behandelt. Wir alle – Männer und



Frauen – haben vorgefasste Meinungen. Wichtig ist, sich bewusst zu machen, auf welche Weise diese Stereotypen die Art und Weise beeinflussen, wie wir Patientinnen und Patienten behandeln. Die Ausbildung ist eine gute Möglichkeit, solche Stereotypen zu erkennen und sie in Frage zu stellen.

JS: Stereotypen sind fest verankert und wirken sich auf das Verhalten aus, bei Frauen genauso wie bei Männern. Eine Studentin berichtete von einem Fall, in dem ein Polizist aufgrund von Suizidgedanken in die Sprechstunde kam. Seine Äusserungen wurden nicht ernst genug genommen, weil „er ein Polizist ist, er ist stark. Das packt der schon“. Auch Männer können durchaus von der Widerlegung dieser Stereotypen profitieren, die auch für sie schädlich sind, insbesondere in Bezug auf Depressionen oder Osteoporose, die bei ihnen häufig nicht diagnostiziert werden.

Und die Frauen selbst, wie können sie ihre Sache vorantreiben?

CC: Sicher liegt es nicht an der Frau, ihrem Arzt zu sagen, dass er ihre Schmerzen ernst nehmen soll. Doch viele Frauen neigen dazu, ihre Schmerzen oder Symptome zu verharmlosen oder selbst zu deuten, wodurch sie selbst bestimmte Stereotypen ins Spiel

„Frauen müssen weiterhin den nötigen Raum in Anspruch nehmen, um sicherzustellen, dass nicht in ihrem Namen gesprochen wird. Sie müssen sich äussern und fordern, dass man ihnen Gehör schenkt.“

bringen. Vielmehr müssen sie ihrem Körper vertrauen und sich berechtigt fühlen, sich zu ihren Beschwerden zu äussern.

Ein Ansatzpunkt könnte sein, sich zu bestimmten Themen stärker auszutauschen und offener zu kommunizieren. Die Endometriose ist ein schönes Beispiel, bei dem Vereinigungen betroffener Frauen dafür sorgen konnten, dass

die Krankheit besser anerkannt und behandelt wird.

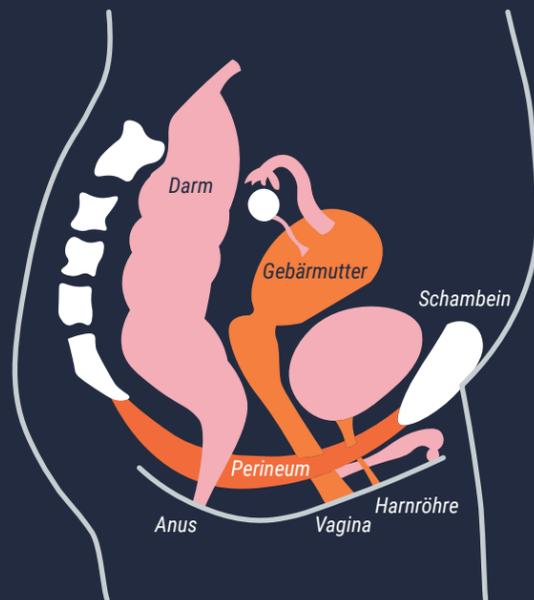
JS: Historisch betrachtet waren es tatsächlich die Frauen, durch die feministischen Bewegungen, die wesentlich dazu beigetragen haben, dass sich die Dinge ab den 1970er Jahren geändert haben. Die angelsächsische Frauengesundheitsbewegung schuf unter anderem das weit verbreitete Handbuch „Unsere Körper, unser Leben“, dessen Ziel es war, Frauen das Wissen über Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zurückzugeben, da dieses Wissen „medikalisiert“ und damit maskulinisiert worden war.

Frauen müssen weiterhin den nötigen Raum in Anspruch nehmen, um sicherzustellen, dass nicht in ihrem Namen gesprochen wird. Sie müssen sich äussern und fordern, dass man ihnen Gehör schenkt.



ÜBER DIE WEIBLICHE INTIMGESUNDHEIT REDEN

Vulva, Klitoris, Perineum, Scheidentrockenheit oder Harninkontinenz ... All diese Themen sind wenig bekannt oder sogar tabu, obwohl sie für die weibliche Gesundheit von grösster Bedeutung sind. Wir sprechen Klartext mit PD Dr. med. Dorothea Wunder, Leitende Ärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am HFR, die dafür plädiert, mehr über die weibliche Intimgesundheit zu reden, denn: „Zu oft leiden Frauen lange und im Stillen.“ Priska Rauber



PERINEUM

Definition

Das Perineum ist eine Muskelgruppe, die den Beckenboden abdichtet, und verfügt mit der Harnröhre, der Vagina und dem Anus über drei Öffnungen. Es erstreckt sich vom Schambein bis zum Steissbein.

Funktion

Wie eine Hängematte stützt es die Blase, die Gebärmutter und den Darm. Es sorgt dafür, dass diese Organe an ihrem Platz bleiben. Der Beckenboden spielt auch eine wesentliche Rolle bei der Harn- und Stuhlkontinenz und dient dem sexuellen Vergnügen.

Beeinträchtigungen

Verliert das Perineum seine Spannkraft, stützt es die Organe nicht mehr ausreichend und hält den Urin nicht mehr so gut zurück. Inkontinenz betrifft etwa 15 Prozent aller Frauen.

Ursachen

Es wird insbesondere zwischen Belastungs- und Dranginkontinenz unterschieden. Erfolgt ein Urinverlust beim Husten oder Springen, spricht man von einer Belastungsinkontinenz. Diese ist oft auf eine vaginale Geburt zurückzuführen – aber auch die Schwangerschaft an sich beeinträchtigt die Spannkraft des Perineums. „Auch andere Faktoren wie Fettleibigkeit oder das Ausüben von Sportarten, die mit Stössen verbunden sind, können die Widerstandsfähigkeit des Perineums in Mitleidenschaft ziehen. Weitere Auslöser sind chronische Infektionen oder allgemein Probleme mit dem Bindegewebe – vor allem bei Frauen, die leicht Krampfadern entwickeln.“ Eine Dranginkontinenz hingegen ist meist auf ein neurologisches Problem zurückzuführen. Das Gehirn sendet zu früh die Botschaft, dass es Zeit ist, die Blase zu entleeren.

Behandlungsansätze

Präventiv bietet sich zunächst eine Beckenbodenrehabilitation (die sogenannte Rückbildung) an, die übrigens auch nach einem Kaiserschnitt empfohlen wird. „Bei den konservativen Behandlungsformen hat sich die Physiotherapie des Beckenbodens bewährt, wenn nötig mit Elektrostimulation“, so die Gynäkologin (siehe QR-Code unten). „Um die Menopause herum helfen Cremes oder es kann auf eine lokale intravaginale Hormonersatztherapie zurückgegriffen werden. Der Östrogenmangel wirkt sich auf die Schleimhäute aus, die das Gewebe nähren und somit die Spannkraft der Organe beeinflussen“. Je nach Typ der Inkontinenz können auch operative Eingriffe in Betracht gezogen werden.



HÖREN SIE IN UNSEREN PODCAST ZUM THEMA HARNINKONTINENZ (AUF FRANZÖSISCH) MIT PD DR. MED. ARRIGO FRUSCALZO UND PHYSIOTHERAPEUTIN VALÉRIE DUCRY REIN.

VAGINA

Definition

Die Vagina ist nur ein Teil der weiblichen Geschlechtsorgane. Sie ist ein schlauchförmiges inneres Organ, das sich zwischen Vulva und Gebärmutterhals erstreckt. Die Vagina ist ca. 8 cm lang. Sie wird im Laufe des Lebens stark von den hormonellen Schwankungen im weiblichen Körper beeinflusst.

Funktion

Die Vagina hat vier Hauptfunktionen: Sie ermöglicht den Abfluss von Blut und anderen Sekreten während der Menstruation, dient der Aufnahme des Penis beim Geschlechtsverkehr, hält das Spermium zurück, damit die Spermien in die Gebärmutter gelangen können und dient dem Baby als Geburtskanal.

Beeinträchtigungen

Scheidentrockenheit ist die Hauptursache für Probleme, welche die Vagina betreffen. Diese kann zu Mikrorissen führen, die Bakterien und anderen Keimen Tür und Tor öffnen, die wiederum Juckreiz und Schmerzen verursachen können. Auch Scheideninfektionen, ausgelöst durch Scheidentrockenheit oder sexuell übertragbare Krankheiten, treten häufig auf.

Ursachen

Nicht selten ist die Scheidentrockenheit einer übertriebenen Hygiene geschuldet. Ganz im Gegensatz zu dem, was Influencerinnen gerne predigen, „sollte man auf keinen Fall auf vaginale Duschen zurückgreifen“, warnt Dr. med. Dorothea Wunder. Dadurch werden die guten Bakterien entfernt. Die Vagina selbst verfügt eigentlich über eine Flora, die sie vor Keimen schützt. Auch die Menopause und die damit einhergehenden hormonellen Schwankungen begünstigen Scheidentrockenheit.

Behandlungsansätze

Abhilfe schaffen Cremes, die Laktobazillen enthalten, oder eine lokale Hormonersatztherapie. „Behandeln statt leiden“, empfiehlt Dr. med. Dorothea Wunder.

VULVA

Definition

Als Vulva werden die äusseren Geschlechtsorgane bezeichnet. Sie besteht aus dem Schambein, den grossen und kleinen Schamlippen sowie der Klitoris.

Form

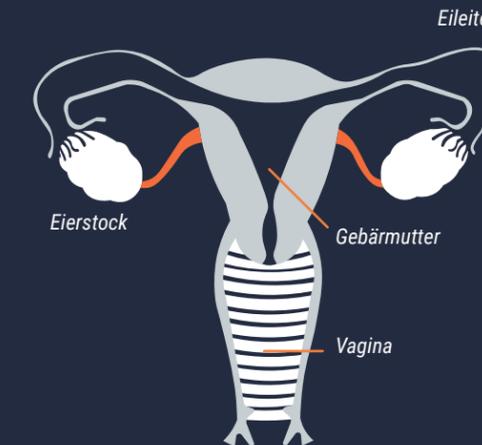
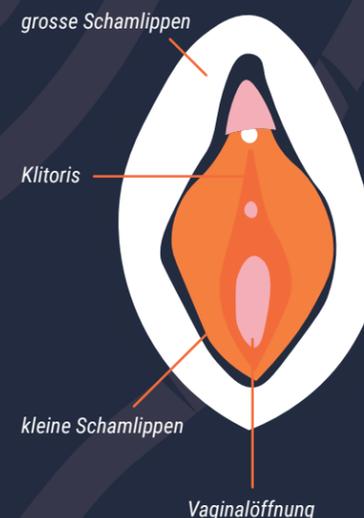
Die Form der Vulva ist sehr individuell. 2018 wurde am Kantonsspital Luzern eine Studie mit 657 Frauen im Alter von 15 bis 84 Jahren durchgeführt. Resultat: Vielfalt ist die Regel! Die Grösse der äusseren Schamlippen variiert zwischen 12 und 180 Millimetern, die Vaginalöffnung zwischen 6 und 75 Millimetern.

Beeinträchtigungen

Körperlich stimmt selten etwas nicht. Laut einer Studie aus den Niederlanden findet jedoch eine von sieben Frauen ihre Vulva abnormal und viele von ihnen ziehen eine Operation in Betracht. „Diese Hysterie um Labioplastiken geht auf die 2010er Jahre zurück, als die Intimrasur in Mode kam“, erklärt Dr. med. Dorothea Wunder. Das Geschlecht der Frauen wurde damit sichtbar. Das pornografische Idealbild geht von einer glatten und rosigen Vulva aus, was komplett an der Realität vorbeizieht. Ausser in begründeten Fällen (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Reibung an der Kleidung) „schatet eine Labioplastik meist mehr als sie nützt“, gibt die Expertin zu bedenken. Abgesehen davon, dass jede Operation mit Risiken verbunden ist, beherbergen die Schamlippen viele Nerven: „Empfindliches Gewebe, das unter anderem für sexuelle Erregung sorgt, wird durchtrennt ...“

Behandlungsansätze

„Zu begreifen und zu akzeptieren, dass jede Vulva einzigartig ist, ist eine viel bessere Option als eine Operation.“ Ein kleiner Abstecker auf die Vulva Gallery der niederländischen Künstlerin Hilde Atalanta sei an dieser Stelle wärmstens empfohlen!



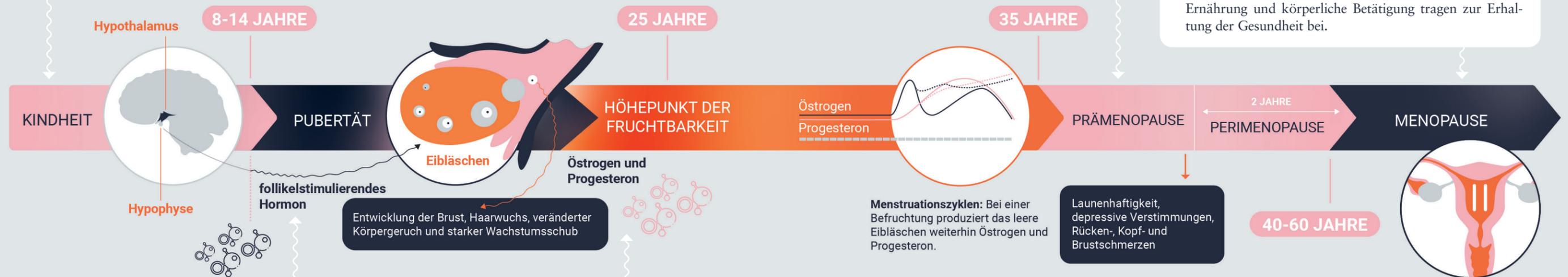
EIN LEBEN IM TAKT DER HORMONE

Die Hormone begleiten Frauen während ihres ganzen Lebens, in guten wie in schlechten Zeiten. Aber was genau sind Hormone? Wie funktionieren sie? Und wie verändern sie sich mit zunehmendem Alter? **Lara Gross Etter**

Schlummerphase in der Kindheit

Kleine Mädchen – Föten, Babys und Kleinkinder – haben noch keine weiblichen Hormone. „Während der Kindheit schlafen die Hormone“, erklärt PD Dr. med. Dorothea Wunder, Leitende Ärztin der Gynäkologie und Geburtshilfe. „Das Hormonzentrum im Gehirn ist schon vorhanden, sendet aber noch keine Signale an die Eierstöcke. Es werden also noch keine weiblichen Hormone produziert.“

Das Hormonzentrum besteht aus dem Hypothalamus und der Hypophyse. Es sendet Signale an die Follikel (Eibläschen) in den Eierstöcken, damit die Eizelle reift und die beiden weiblichen Hormone Östrogen und Progesteron produziert werden. „Diese Hormone wirken auf die Funktionen des Fortpflanzungssystems. Ausserdem beeinflusst Östrogen auch die vaginale Mikrobiota, den Schlaf, die Stimmung, die Qualität von Haut, Haaren und Schleimhäuten sowie das Herz-Kreislauf-System, das Gedächtnis und die Knochendichte.“



Pubertät: die Zeit des Erwachens

In der medizinischen Fachsprache wird die erste Menstruation Menarche genannt. „Bevor die erste Menstruation eintritt, laufen mehrere Phasen ab: Die Brust entwickelt sich, es wachsen Scham- und Achselhaare, der Körpergeruch verändert sich und die Mädchen erleben einen starken Wachstumsschub“, erläutert Dr. med. Wunder. Mit dem Eintritt in die Pubertät nimmt das Hormonzentrum seine Arbeit auf. „Die ersten Zyklen sind oft noch unregelmässig und die Eisprünge noch nicht optimal. Die Signalübertragung zwischen Gehirn und Eierstöcken ist noch nicht vollständig ausgereift, das dauert im Durchschnitt zwei bis fünf Jahre.“

In der Blüte des Lebens

„Man sagt, dass der Höhepunkt der Fruchtbarkeit bei 25 Jahren liegt, weil die Reifung des Körpers dann abgeschlossen ist.“ Dieser Höhepunkt entspricht dem Zeitpunkt, an dem die Hormone Östrogen und Progesteron während des Zyklus ihre volle Funktion ausüben. Das Östrogen kommt dabei in der ersten Zyklushälfte zum Zug, also in den Tagen nach dem Ende der Menstruation. „Es sorgt dafür, dass die Gebärmutter Schleimhaut regeneriert und der nächste Eisprung vorbereitet wird.“ Östrogen wird also während der Reifungsphase der Eizellen bis zum Eisprung freigesetzt. Nach dem Eisprung ist das Progesteron an der Reihe.

Der hormonelle Herbst

„Ab dem Alter von 35 Jahren altern die Zellen, die diese Hormone produzieren, und ihre Ausschüttung kann abnehmen.“ Die Folgen sind unter anderem ein verkürzter Zyklus, Schwierigkeiten, schwanger zu werden, aber auch ein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, wenn es zu einer Schwangerschaft kommt. Der Körper bereitet sich allmählich auf die Menopause vor und die Fruchtbarkeit nimmt ab. „Die zehn Jahre vor der Menopause werden als Prämenopause bezeichnet. In dieser Zeit nehmen bestimmte prämenstruelle Symptome wie Launenhaftigkeit, depressive Verstimmung sowie Rücken-, Kopf- und Brustschmerzen zu, weil die Hormone langsam aus dem Gleichgewicht geraten. Aber das ist von Frau zu Frau sehr unterschiedlich.“

Ende des hormonellen Signals

Die Perimenopause, also die zwei Jahre vor der Menopause, bereitet den Körper darauf vor, dass die Eizellenproduktion endgültig eingestellt wird. „Man spricht von Menopause, wenn ein ganzes Jahr ohne Menstruation vergangen ist. Das ist meist zwischen 40 und 60 Jahren der Fall.“ Konkret: Die Hormonzentrale im Gehirn funktioniert weiterhin, aber es werden keine Eizellen mehr gebildet und die Eierstöcke reagieren nicht mehr auf Signale. Die Hormone Östrogen und Progesteron werden nicht mehr ausgeschüttet. Diese Hormone, die bislang den Schlaf, die Stimmung, die Qualität von Haut, Haaren und Schleimhäuten, aber auch das Herz-Kreislauf-System, das Gedächtnis und die Knochen beeinflusst haben, können ihre Funktion nicht mehr ausüben. „Aufgrund des Knochenabbaus ist das Risiko von Osteoporose bei Frauen in der Menopause erhöht. Sie leiden auch häufiger an Bluthochdruck und haben ein höheres Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall.“ Zum Glück gibt es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, um die Auswirkungen der fehlenden Hormonproduktion auszugleichen, und auch die Ernährung und körperliche Betätigung tragen zur Erhaltung der Gesundheit bei.

Menstruationszyklen: Bei einer Befruchtung produziert das leere Eibläschen weiterhin Östrogen und Progesteron.

Launenhaftigkeit, depressive Verstimmungen, Rücken-, Kopf- und Brustschmerzen

Es sorgt dafür, dass sich die befruchtete Eizelle in der Gebärmutter einnistet. Wird die Eizelle nicht befruchtet, wird kein Progesteron mehr produziert. Und die Menstruation setzt dann ein, wenn der Hormonspiegel am niedrigsten ist.

Wenn es aber zu einer Befruchtung kommt, wird weiterhin Progesteron ausgeschüttet, um dem kleinen Embryo ein gemütliches Nest zu bieten. Während der Schwangerschaft werden übrigens vermehrt weibliche Hormone produziert. Östrogen und Progesteron spielen eine wichtige Rolle bei der Vorbereitung der Brustdrüsen auf das Stillen, wobei noch zwei weitere Hormone – Prolaktin und Oxytocin – beteiligt sind, und zwar sowohl während als auch nach der Geburt.

ERFAHREN SIE IN UNSEREM PODCAST MIT PD DR. MED. DOROTHEA WUNDER MEHR ÜBER DEN ERSTEN BIS ZUM LETZTEN ZYKLUS DER FRAU.



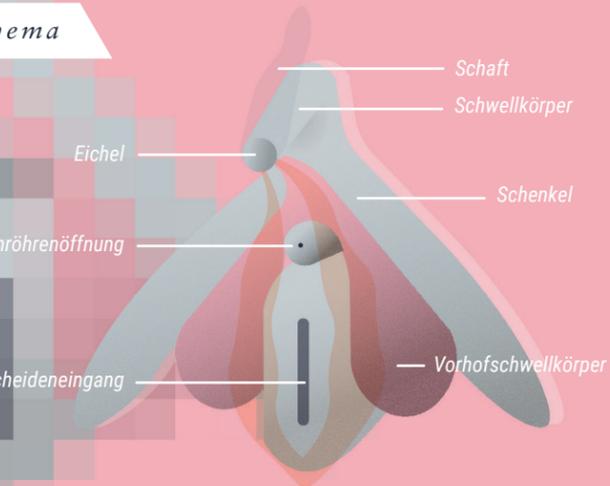
DIE KLITORIS: VERKANNT UND ZENSIERT

Ihre Existenz ist bekannt, aber wie sie aussieht, wie viele Nerven mit ihr verbunden sind oder wie gross sie eigentlich ist – nämlich ganze 8 bis 12 cm –, das wissen die wenigsten. Denn anders als der Penis und seine Bedeutung als erektilen Geschlechtsorgan des Mannes ist die Klitoris noch immer ein Tabuthema und wird auch in der wissenschaftlichen Forschung vernachlässigt. **Priska Rauber**

Ende der 1980er Jahre blättert die australische Urologin Helen O'Connell in einem Anatomiebuch und staunt nicht schlecht: Es fehlt jegliche Beschreibung der Klitoris, während der Funktionsweise der Erektion des Penis ein ganzes Kapitel gewidmet ist. Sie beschliesst also, die Klitoris zu ihrem Forschungsschwerpunkt zu machen. Ihr verdanken wir unseren heutigen Wissenstand zu diesem Organ – und unter anderem die Erkenntnis, dass die Eichel, also der sichtbare Teil der Klitoris, nur die Spitze des Eisbergs ist. Zwar wurde die Klitoris schon ab dem 16. Jahrhundert beschrieben, aber im Laufe der Jahrhunderte und im Zuge der Phallokrate wurde ihre Anatomie entweder verkannt oder sogar zensiert.

„Als man im 19. Jahrhundert erkannte, dass die Klitoris nicht zur Fortpflanzung beiträgt, wurde sie als nutzlos deklariert und fortan nicht mehr beachtet“, erklärt Marie Gelsomini Béguin, Psychotherapeutin in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des HFR sowie Spezialistin für Sexologie. „Selbsternannte Experten hielten es nicht für nötig, das Organ weiter zu erforschen. Es gibt daher eine grosse Wissenslücke in diesem Bereich.“

Und was in ihren Augen noch schlimmer ist: Es wurden auch falsche Informationen verbreitet, etwa dass es einen Unterschied zwischen vaginalem Orgasmus und klitoralem Orgasmus gäbe, bzw. dass einer besser wäre als der andere. Sigmund Freud behauptete sogar, der klitorale Orgasmus sei ein Zeichen von sexueller



Unreife. Er war der Ansicht, dass die Entwicklung der Weiblichkeit eng an die Aneignung der Scheide gekoppelt sei und dass diese das männliche Glied benötige, um einen „reifen“ Orgasmus zu haben. Infolgedessen verschwand die Klitoris aus den Anatomiebüchern.

„Viele Frauen trauten sich nicht, ihren Körper zu erforschen“, bedauert die Spezialistin. „Die Freud'sche Theorie zum „besseren“ vaginalen Orgasmus ist schlicht falsch und sogar schädlich. Sie fördert die Vorstellung, dass Sexualität in erster Linie penetrativ zu sein hat.“ Auch der gebräuchliche Begriff des „Vorspiels“ impliziert, dass die Penetration der Hauptteil des sexuellen Akts ist. Doch während der Mann tatsächlich durch Penetration zum Höhepunkt kommt, wird das sexuelle Lustempfinden der Frau nicht über die Scheide, sondern über die Klitoris stimuliert. Übrigens ist nur ein Teil der Klitoris von aussen sichtbar, ein Grossteil des Organs liegt tiefer und umgibt die Scheide.

„Die weibliche Erregung und der weibliche Orgasmus werden durch psychische Stimuli (angenehmer Körperkontakt, Fantasien, Erotik) sowie eine physische Stimulation der Klitoris ausgelöst“, präzisiert Marie Gelsomini Béguin. „Die Stimulation der Klitoris löst eine Vielzahl an Reaktionen aus: Die Gefässe füllen sich mit Blut und schwellen an, es kommt zur Erektion. Und der Orgasmus ist im ganzen Körper spürbar, sogar auf hormonaler und neurologischer Ebene. Er ist also alles andere als ein Mythos!“

GETRENNTE SPITALZIMMER FÜR MÄNNER UND FRAUEN: WIESO EIGENTLICH?

Überlegungen zum Geschlecht sind in den verschiedensten Bereichen aktuell, aber wie sieht es diesbezüglich im Spital aus? Müssen Frauen und Männer in separaten Zimmern untergebracht werden? **Lara Gross Etter**

Haben Sie sich schon einmal gefragt, wie die Patientinnen und Patienten im Spital auf die Zimmer verteilt werden? Natürlich nach dem entsprechenden medizinischen Fachgebiet, aber welche weiteren Kriterien spielen eine Rolle? „Frauen und Männer werden während des Spitalaufenthalts nie im gleichen Zimmer untergebracht“, betont Aline Schuwey, Pflegedirektorin des HFR. „Aber angesichts der hohen Auslastung der Spitäler, die auch das HFR betrifft, stellt sich zunehmend die Frage nach dem Sinn dieser Praxis.“ Wieso eigentlich diese Geschlechtertrennung? „Es ist eine Frage der Intimsphäre ... Ausserdem besteht die Sorge, dass nachts das Risiko besonders hoch ist, dass die Intimsphäre verletzt werden könnte ...“

Dennoch ist die gemischte Unterbringung in einigen Abteilungen die Norm. „Auf der Intensivstation, im Aufwachraum sowie im ambulanten Bereich ist das der Fall“, bestätigt Suzanne Horlacher, Capacity Manager. „Das sind aber Situationen, in denen die Patientinnen und Patienten aufgrund ihres Gesundheitszustands das Bett nur schwer oder gar nicht verlassen können“, fügt Audrey Deléchat, Verantwortliche für das Patientenflussmanagement, hinzu. „Ausserdem werden sie ständig vom Pflegepersonal überwacht.“

Viele verschiedene Kriterien

„Stellen Sie sich ein Viererzimmer vor, in dem drei männliche Patienten liegen“, führt Aline Schuwey aus. „Nun muss eine Frau stationär aufgenommen werden und das einzige freie Bett in der Abteilung befindet



sich in eben diesem Viererzimmer. Was machen Sie?“ Diese Frage stellt sich dem Patientenflussmanagement mehrmals am Tag. „Und es gibt noch weitere Kriterien, die berücksichtigt werden müssen“, betonen Suzanne Horlacher und Audrey Deléchat. „Das medizinische Fachgebiet oder die Versicherungskategorie (allgemein, halb-privat oder privat) sind ebenso wichtig, wenn nicht noch wichtiger.“ Wenn das Spital voll ausgelastet ist, spitzt sich die Lage zusätzlich zu.

Wie also würden Sie, liebe Leserinnen und Leser, diese Frau unterbringen? „Je nach Situation gibt es verschiedene Möglichkeiten. Wir können versuchen, sie in einer anderen Abteilung aufzunehmen, oder wir verteilen die Männer auf andere Zimmer, damit das Zimmer für die Patientin frei wird“, erklären die beiden Expertinnen für den Patientenfluss. Aline Schuwey gibt jedoch zu bedenken: „Es kommt vor, dass Patientinnen und Patienten während ihres Spitalaufenthaltes mehrmals in ein anderes Zimmer verlegt werden. Das ist aber weder für sie noch für die beteiligten Teams ideal.“ Die Pflegedirektorin erinnert ausserdem daran, dass in der Pflege „der Respekt der Autonomie, der aufgeklärten Einwilligung, der Privatsphäre und der Vertraulichkeit gewährleistet sein muss. Die Meinung der Patientinnen und Patienten muss deshalb unbedingt berücksichtigt werden.“

Nicht mehr nur blau oder orange

Heute jonglieren Suzanne Horlacher und Audrey Deléchat auf ihren Bildschirmen mit blauen und orangen Punkten: blau für die hospitalisierten Männer, orange für die Frauen. Zwei Farben für zwei klar definierte Geschlechter. Aber was ist mit Personen, die sich keinem dieser beiden Geschlechter angehörig fühlen? Wie werden Transpersonen untergebracht? „Bisher sind solche Fälle selten und wir konnten den Personen jeweils ein Einzelzimmer anbieten.“ Auch wenn es in der Praxis noch nicht Realität ist, denkt die Pflegedirektorin an die Zukunft: „Die Spitäler werden sich mit diesen Fragen auseinandersetzen und individuelle Lösungen finden müssen.“

VON DER PFLEGE BIS IN DIE DIREKTION: FRAUEN IM GESUNDHEITSWESEN

Wer an Frauen im Gesundheitswesen denkt, hat wahrscheinlich als Erstes das Bild einer Pflegerin im Kopf. Aber wussten Sie, dass Frauen mehr als 70 Prozent des Personals des HFR ausmachen, und zwar über alle Direktionen hinweg? Lara Gross Etter

Es ist tatsächlich so, dass Frauen im Bereich der Pflege schon immer in der Überzahl waren und dies auch heute noch der Fall ist. Derzeit sind 83 Prozent des Personals der Pflegedirektion weiblich. Aber auch in den anderen Direktionen sind die Frauen den Männern zahlenmässig überlegen: im Personalwesen, in der Logistik, in der Direktion Informationssysteme oder in der Medizinischen Direktion. Gerade bei den medizinischen Berufen war die Feminisierung in den letzten Jahren am stärksten ausgeprägt, und zwar nicht nur am HFR.

Die Laufbahnen sind vielfältig: Die Chefärztinnen Dr. med. Audrey Boll, Dr. med. Anne-Catherine Barras-Moret und Prof. Dr. med. Harriet Thöny berichten, wie sie „weil sich die Gelegenheit geboten hat“, „ein bisschen durch Zufall und Glück“ oder „um sich der Herausforderung zu stellen“ zu ihrem Beruf gefunden haben. Das medizinische Fachgebiet, das Spital, aber auch private Lebensumstände spielen in jeder Phase der Karriere eine Rolle. „Das spürt man vor allem am Ende des Studiums, wenn es zum Beispiel darum geht, im Ausland Forschung zu betreiben. Für einen Mann ist es einfacher, Frau und Kinder mitzunehmen als umgekehrt“, sagt Anne-Catherine Barras-Moret, stellvertretende Chefärztin der Allgemeinen Inneren Medizin. Audrey Boll, Chefärztin der Permanence am HFR Meyriez-Murten, stimmt ihr zu: „Ich wollte eigentlich in die Intensivpflege, aber das lässt sich unmöglich mit der Familie vereinbaren.“

Den Weg ebnen

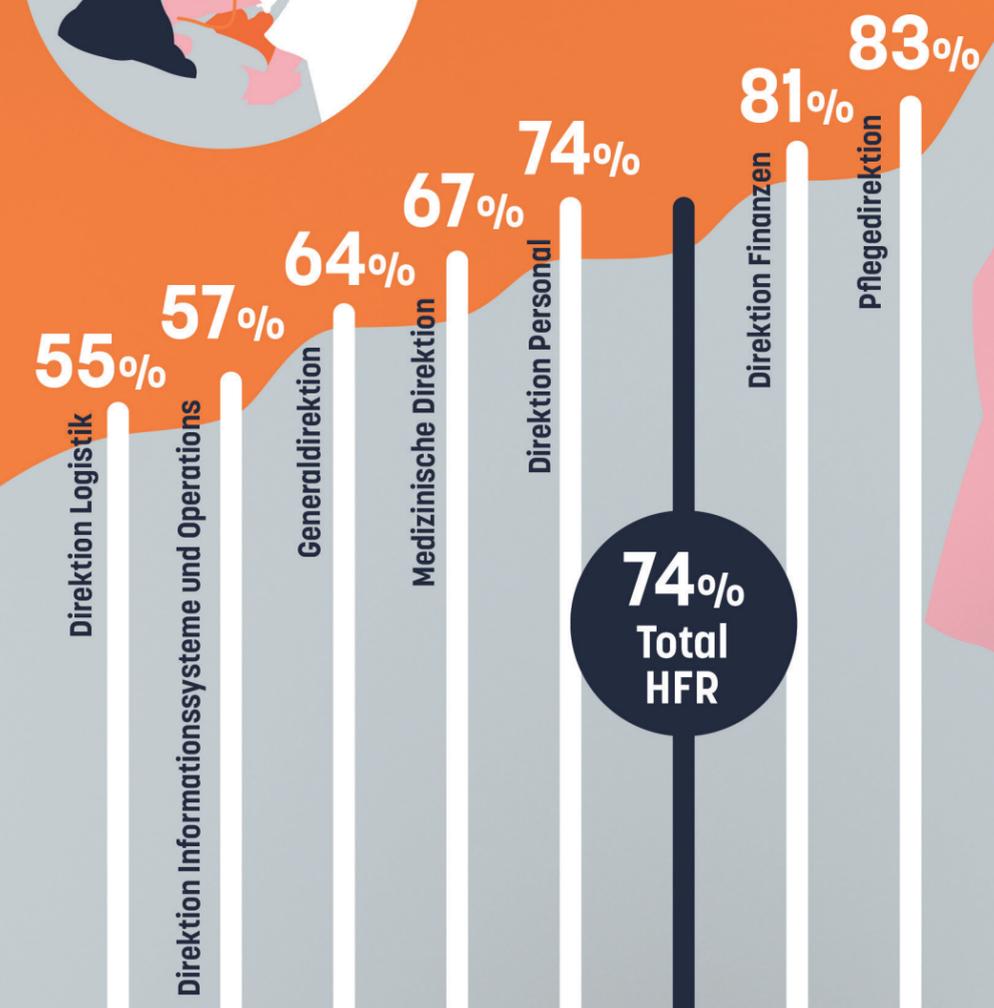
Die beiden Frauen sind sich völlig einig, wenn es um die Unterstützung durch ihr Umfeld geht: „Ohne sie hätte ich dieses Mass an Verantwortung nicht erreichen und übernehmen können.“ Und Audrey Boll fügt hinzu: „Es ist nicht nur eine Frage des Arbeitgebers, sondern vielmehr ein gesellschaftliches Phänomen.“ Das betrifft beispielsweise die Kita-Öffnungszeiten, die oft nicht mit den Arbeitszeiten der medizinischen und pflege-

rischen Fachkräfte vereinbar sind. „Es ist eine Herausforderung“, bezeugt Anne-Catherine Barras-Moret, die als eine der ersten Kaderärztinnen der Inneren Medizin Teilzeit arbeitet. „Aber wenn ich vor Studentinnen und Studenten stehe, bin ich stolz darauf, ihnen zu zeigen, dass es für Frauen möglich ist, in diese Positionen zu gelangen.“

Dieses Gefühl des Stolzes teilt auch Harriet Thöny, Chefärztin der Radiologie. Die gebürtige Liechtensteinerin wusste bereits mit fünf Jahren, dass sie Medizin studieren würde. Wie ergeht es ihr als Frau in einem technischen Bereich? „Herausforderungen spornen mich an und motivieren mich!“ Jeder Schritt in ihrer Karriere, den sie als Hindernis hätte auffassen können, bewirkte genau das Gegenteil. So spezialisierte sie sich auf die Radiologie und wurde zu einer weltweit anerkannten Referenz in ihrem Bereich, während sie parallel dazu eine akademische Laufbahn einschlug. „Mir ging es nie darum, es besser als andere zu machen. Ich habe es für mich selbst getan.“ Die Spezialistin für Prostatakrebs, die sich selbst als direkt und gradlinig beschreibt, lässt sich nichts vorschreiben: „Man muss sich nicht an die von Männern aufgestellten Regeln halten, um erfolgreich zu sein.“

Unterschiede, die sich gegenseitig ergänzen

Diese Meinung teilen auch ihre Kolleginnen Audrey Boll und Anne-Catherine Barras-Moret: „Frauen ticken als Führungskräfte anders und das ist gut so, es bietet andere Sichtweisen und Vorgehensweisen.“ Diese Unterschiede zu den Männern sind aber kein Hindernis für die Zusammenarbeit. Im Gegenteil, denn die Ziele bleiben dieselben: die optimale Versorgung und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten. So haben die Frauen schon viel erreicht, aber auch für die Männer ist die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben ein Thema und viele möchten zunehmend Teilzeit arbeiten. Hierzu zitiert Harriet Thöny ihr Lebensmotto: „*Aspire to inspire before you expire!*“



„ES MUSS NICHT IMMER ALLES KEIMFREI SEIN“

Eine Studie am HFR unter der Leitung von PD Dr. med. Petra Zimmermann will mehr zur Gabe von Antibiotika bei der Geburt und dem Mikrobiom bei Kindern herausfinden. **Monika Joss**



Einige der Neugeborenen am HFR sind schon von Geburt an kleine Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Sie nehmen gemeinsam mit ihren Müttern an einer Studie der Universität Freiburg teil, die das Mikrobiom im Blick hat. „Die Forschung hat in den letzten Jahren eindrücklich gezeigt, wie wichtig das Mikrobiom für die Gesundheit ist“, sagt Studienleiterin Petra Zimmermann, Lehr- und Forschungsrätin an der Universität Freiburg und Stellvertretende Chefärztin der Pädiatrie am HFR. „Das Immunsystem, die Haut, Allergien, ja sogar die Stimmung können davon beeinflusst werden.“ Unter Mikrobiom versteht man alle Mikroorganismen, die in und auf dem menschlichen Körper leben.

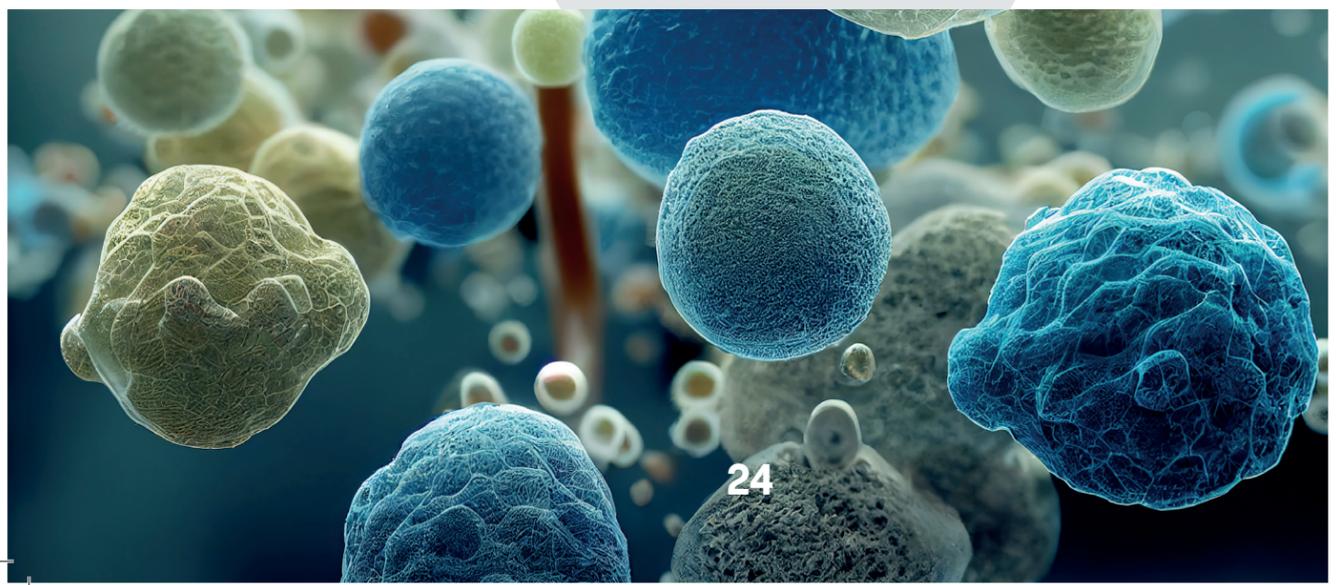
Kaiserschnitt macht anfälliger für Allergien und Asthma
Zimmermann und ihr Team wollen mehr darüber wissen, wie sich

die Gabe von Antibiotika unter der Geburt und in den ersten beiden Lebensjahren auf das Mikrobiom auswirkt. Verändert sich das Mikrobiom des Kindes? Hat dies später einen Einfluss auf Allergien und andere Krankheiten? Während zweier Jahre haben sie an 400 Mutter-Kind-Paaren regelmässig Proben aus dem Stuhl, der Muttermilch und dem Mund entnommen. Für Mutter und Kind sind diese Proben harmlos.

Bereits bekannt ist, dass die Geburt einen Einfluss auf die Zusammensetzung des Mikrobioms beim Kind hat. Bei einer natürlichen Geburt siedeln sich v. a. Bakterien aus Vagina und Darm der Mutter im Darm des Neugeborenen an, bei einem Kaiserschnitt eher Bakterien von der mütterlichen Haut. Dies ist äusserst wichtig, weil das Immunsystem des Neugeborenen mit diesen Bakterien im Darm

trainiert wird. Dies kann später die Anfälligkeit für Allergien und Asthma beeinflussen. Die Schlussfolgerung ist klar: „Eine natürliche Geburt ist vorzuziehen, es muss nicht immer alles keimfrei sein.“

Der grösste Feind des Mikrobioms sind Antibiotika. Diese zerstören leider nicht nur krankmachende Bakterien, sondern auch viele gute Helfer im Mikrobiom. Die Vision des HFR-Forschungsteams ist deshalb, nicht nur die Wirkungsweise des Mikrobioms zu untersuchen, sondern auch Möglichkeiten zu entwickeln, dieses gezielt zu beeinflussen. Nach einer Antibiotikatherapie oder bei Neugeborenen nach einem Kaiserschnitt könnte so das Mikrobiom gestärkt werden. Im Idealfall tragen die kleinen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am HFR zur Entwicklung solcher Therapien bei.



ORGANE, DIE WIR NICHT (MEHR) BRAUCHEN

Unser Körper verfügt über mehrere rudimentäre Organe, d. h. Organe, die sich derart zurückgebildet haben, dass sie ihre ursprüngliche Funktion teilweise oder ganz verloren haben. Eine kleine Spurensuche. **Katelijne Dick**



DAS STEISSBEIN: EINE INTRAUTERINE TRANSFORMATION
Dieser Schwanzrest, der aus vier bis sechs kleinen Knochen besteht, die verkümmert sind, hat sich im Laufe der Evolution immer mehr zurückgebildet und dient nun als Ansatzpunkt für zahlreiche Muskeln und Bänder des Beckenbodens. Diese wichtige Funktion entwickelt sich im Laufe der Schwangerschaft. Tatsächlich besitzt der Fötus bis zur achten Schwangerschaftswoche einen Schwanz, der etwa ein Sechstel seiner Körperlänge ausmacht. Ab dem Zeitpunkt jedoch bilden sich die neun Schwanzwirbel, die auch Kaudalwirbel genannt werden, zurück. Vier von ihnen verschmelzen mit dem fünften zu einem einzigen und bilden das Steissbein.

Bei einem Trauma, etwa nach einem Sturz, können chronische Schmerzen am Steissbein, auch bekannt unter dem Fachbegriff Kokzygodynie, auftreten und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Glücklicherweise gibt es aber Behandlungsmöglichkeiten, die von Medikamenten über Infiltrationen bis hin zu einer Operation reichen.

DER LANGE HOHLHANDMUSKEL: VOM AUSSTERBEN BEDROHT
Der lange Hohlhandmuskel, der sich am Handgelenk befindet, fällt – insbesondere am linken Arm – langsam aber sicher der Evolution zum Opfer: Schätzungsweise 14 Prozent der Bevölkerung haben ihn bereits nicht mehr. Machen Sie gleich den Selbstversuch: Legen Sie Ihre Hand mit der Handfläche nach oben auf den Tisch und bringen Sie die Spitze Ihres Daumens mit Ihrem kleinen Finger zusammen. Der Muskelstrang tritt nun gut sichtbar an Ihrem Handgelenk hervor – wenn Sie ihn denn haben. Primaten verfügen in der Regel über diesen Muskel, beim Menschen hat er sich jedoch zurückgebildet. Der Hohlhandmuskel kommt in der Handchirurgie zum Einsatz als Ersatz für andere Muskelstränge oder Bänder, aber auch bei anderen medizinischen Behandlungen, beispielsweise bei der Behandlung von Arthrose im Daumen.



DAS VOMERONASALORGAN: DAS MYSTERIUM IN UNSERER NASE
Dieses Organ besteht aus winzigen, spezialisierten Sinneszellen. Es befindet sich in der Nasenscheidewand und reicht bis hinter die Nasenhöhlen. Während das Organ bei vielen Tieren von grossem Nutzen ist, um Pheromone – also chemische Substanzen, die Botschaften übermitteln – aufzuspüren, ist seine Funktion beim Menschen weniger klar und das Organ auch eher unterentwickelt. Einige Studien legen jedoch nahe, dass es eine Rolle bei der Regulierung unseres Sozialverhaltens, unserer Emotionen und unseres Sexualverhaltens spielen könnte.



MEIN LEBEN ZWISCHEN STERILISATION UND OPERATIONSTRAKT

Als chirurgisches Instrument bin ich bei jeder Operation mit dabei. Ich bin Teil der orthopädischen Grossfamilie. Hier in der Sterilisation erhalte ich eine ganz besondere Behandlung, damit ich meine Arbeit im Operationssaal zuverlässig verrichten kann. Begleiten Sie mich auf meiner Reise! **Katelijne Dick**

Mein Zuhause ist die sterile Zone im Operationstrakt. Sobald die Chirurgin oder der Chirurg mich braucht, verlasse ich mein Regal, um zu assistieren. Ist meine Aufgabe erfüllt, werde ich in einen geschlossenen Behälter auf einen Rollwagen gelegt und meine Reise beginnt. Den ersten Zwischenhalt mache ich in der Waschzone.



70 Minuten Tiefenreinigung in der Waschzone

Sobald ich in diesem Bereich eintreffe, der auch Schmutzzone genannt wird, kümmern sich zertifizierte technische Sterilisationsassistentinnen und -assistenten (STE) um mich und gönnen mir ein 15-minütiges Vollbad. Man nennt das auch Vor-desinfektion. Dann werde ich mit Wasser abgespült und für etwa 70 Minuten in eine Art Waschmaschine, das Reinigungs-/Desinfektionsgerät (RDG), gesteckt. Einige meiner Cousins hingegen kommen zuerst in ein Ultraschallgerät. In dieser Maschine werde ich gewaschen, durch Hitze desinfiziert und getrocknet. Wenn ich hier rauskomme, wurde bereits ein Grossteil der Keime und der Mikroorganismen abgetötet.

In diesem Bereich kontrollieren und sortieren die Mitarbeitenden der Sterilisationsabteilung zudem das Material, das aus dem Operationssaal zurückkommt: Ist es beschädigt, gibt es abgebrochene Teile, enthält es noch Einwegmaterialien, Nadeln oder biologische Rückstände?



Auf Herz und Nieren geprüft in der Aufbereitungszone

Meine Reise führt mich weiter in die Aufbereitungszone, auch Reinraumzone genannt. Hier inspizieren mich die STE, testen die Schärfe der Klingen und ölen die Zangengelenke. Sie kontrollieren auch, dass mir nichts fehlt, und verpacken mich schliesslich sorgfältig. Einige meiner Cousins werden in Aluminiumbehälter gesteckt, andere in Beutel verpackt.

Sobald ich verpackt bin, werde ich in einen Sterilisator gelegt, der auch noch die letzten Mikroorganismen abtötet. Dort bleibe ich etwa anderthalb Stunden und trotz Druck, Dampf und Hitze.



73'075

Medizinprodukte werden jedes Jahr sterilisiert. Das entspricht rund 200 Sterilisationsbehältern pro Tag.

DIE STERILISATION ALS ZENTRALES ELEMENT IM SPITALALLTAG

Am Anfang der Kette der Infektionsprävention steht die Wiederaufbereitung von Medizinprodukten. Darunter fallen etwa Retraktoren, Scheren, Skalpelle, Zangen, Endoskope oder Küretten. Das ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die sorgfältig ausgeführt werden muss. Die technischen Sterilisationsassistentinnen und -assistenten (STE) nehmen regelmässig an internen und externen Fortbildungen zur Wiederaufbereitung von Medizinprodukten teil. Seit 2018 gibt es übrigens eine dreijährige Lehre zur Medizinproduktetechnologin oder zum Medizinproduktetechnologen.

Noch einmal 18 Minuten in den Sterilisator – geschafft

In der Verteilzone, auch sterile Zone genannt, komme ich schliesslich völlig sauber aus dem Sterilisator, auch Autoklav genannt. Auch hier stellen die STE noch einmal sicher, dass ich 18 Minuten lang bei einer Temperatur von 134° C und bei einem Druck von 3,2 bar (das entspricht etwa dem Druck eines Autoreifens) sterilisiert werde.

Danach kühle ich in Ruhe ab, bevor es zurück nach Hause auf mein Regal geht. Jede Etappe meiner Reise wird dokumentiert und ist dank meinem ganz persönlichen Strichcode rückverfolgbar. Jetzt bin ich bereit für meine nächste Mission.



DAS HERZSTÜCK DES SPITALS

Die Zentralsterilisation, die verunreinigte Medizinprodukte entgegennimmt und sie sterilisiert zurück in Umlauf bringt, ist das Herzstück eines jeden Spitals. Sie befindet sich idealerweise in unmittelbarer Nähe zu den Operationssälen und ist nur über die Umkleidekabinen des Operationstrakts in entsprechender Kleidung betretbar. Die Zentralsterilisation ist nach einem Einbahnsystem konzipiert: Sie verfügt über einen eigenen Gang für verunreinigtes Material und einen weiteren für die Verteilung von sterilen Medizinprodukten. So kann eine Kreuzkontamination verhindert werden.

* Die vollständige oder teilweise Übernahme von Artikeln aus H24 muss vom HFR genehmigt werden. Die Quelle muss zwingend genannt werden.
Haben Sie eine Frage oder einen Vorschlag? Schreiben Sie uns an communication@hfr.ch.

Online-Ausgabe und Abonnement



Druck
Media f Imprimerie SA, Bulle

Erscheinung
Zweimal jährlich auf Deutsch und Französisch

Auflage
3200 Exemplare pro Ausgabe

Fotos
Jo Bersier
Alexandre Bourguet

Konzept/Gestaltung
Abteilung Kommunikation HFR
Xavier Dubuis

Freie Redaktorin
Sophie Roulin

Übersetzung
Aline Reichenbach Barry
Externe Übersetzung
Milena Hrdina

Redaktion*
Abteilung Kommunikation HFR

Katelijne Dick
Catherine Favre Kruit
Lara Gross Eitter
Monika Joss
Priska Rauber

Herausgeber
freiburger spital (HFR)

Publikationsverantwortliche
Catherine Favre Kruit
Redaktionsverantwortliche
Lara Gross Eitter

**ABONNIEREN SIE
H24 KOSTENLOS
UNTER
WWW.H-FR.CH**



PUBERTÄT: VOM MÄDCHEN ZUR FRAU

Dein Körper verändert sich? Vielleicht sind deine Brüste gewachsen, du hast plötzlich Haare im Intimbereich oder du hattest schon deine erste Menstruation? In der Pubertät verändert sich dein Körper und bereitet sich auf das Leben als Frau vor. Lara Gross Etter

Eigentlich beginnt die Pubertät zuerst im Kopf. In deinem Gehirn gibt es eine Hormonzentrale, die Signale zu den Eierstöcken sendet, wo später die Eizellen produziert werden. Die Signale sagen den Eierstöcken, dass sie aufwachen und sich an die Arbeit machen sollen. Die Eierstöcke senden dann Boten, nämlich die Hormone Östrogen und Progesteron, an die Brüste und die Gebärmutter, wo später einmal ein Baby wachsen kann.

Aber wie weiss man, ob die Hormonzentrale schon Signale aussendet? Das zeigt sich durch die ersten Anzeichen der Pubertät: „Die Brüste entwickeln sich, im Intimbereich und unter den Armen wachsen erste Haare, der Körpergeruch verändert sich, die Haut wird fettiger und es können Pickel auftreten“, erklärt Dorothea Wunder, Leitende Ärztin der Gynäkologie und Geburtshilfe. „Ausserdem wächst die Gebärmutter, es kommt zu einem weissen Ausfluss aus der Scheide und die Mädchen können unter Stimmungsschwankungen leiden oder einen Wachstumsschub erleben.“

BINDEN, MENSTRUATIONSTASSE, PERIODENUNTERWÄSCHE ODER TAMPON?

Vielleicht bereitet dir die erste Menstruation etwas Sorgen. Aber gute Neuigkeiten: Beim ersten Mal sind es meist nur ein paar Tropfen und keine riesige Menge Blut. Damit du dich trotzdem sicher fühlst, gibt es eine ganze Palette an Periodenprodukten: Binden, Periodenunterwäsche, Menstruationstasse oder Tampons. „Für Mädchen unter 13 Jahre empfehlen wir externe Lösungen, die nicht in die Scheide eingeführt werden. Danach kann jede Frau selbst entscheiden, was sie benutzen möchte.“



EIN KONZEPT MIT VIELEN NAMEN

Die Menstruation ist heute zum Glück kein Tabuthema mehr und man kann offen darüber reden. Trotzdem gibt es noch viele „Codewörter“, um über die Periode zu sprechen: die Tage, die Erdbeerwoche, der Besuch der roten Tante. Auf Französisch „landen die Briten“, wegen der roten Uniform der britischen Soldaten während der Koalitionskriege.

DIE ERSTE MENSTRUATION

Diese körperlichen Veränderungen treten schrittweise im Alter zwischen 8 und 13 Jahren auf, wobei sich jedes Mädchen in seinem Tempo entwickelt. Es bringt daher nichts, wenn du dich mit deinen Freundinnen vergleichst! Aber du kannst deine Mama fragen, wie es bei ihr war, denn häufig haben Mädchen ihre erste Menstruation im gleichen Alter wie ihre Mutter. Was genau ist die Menstruation? Wir haben schon gelernt, dass die Eizellen in den Eierstöcken produziert werden. Wenn eine Eizelle reif ist, verlässt sie den Eierstock und wandert in die Gebärmutter. Dort wartet die Eizelle auf ein Spermium (den männlichen Samen).

Und weil es die Gebärmutter der Eizelle schön gemütlich machen will, verwandelt sie sich in ein kuscheliges Nest. Wenn aber nach ein paar Tagen kein Spermium vorbeigekommen ist, wird das Nest wieder abgebaut und zusammen mit der Eizelle nach draussen befördert. Das nennt sich Menstruation, Periode oder auch Regelblutung. Du blutest für etwa drei bis sieben Tage. „Am Anfang ist die Menstruation noch nicht regelmässig. Es braucht zwei bis fünf Jahre, bis sich alles einpendelt.“

Bis heute weiss man nicht genau, wie viel Blut Mädchen und Frauen während der Menstruation verlieren. Unglaublich, oder? „Es dürften weniger als 80 ml sein, aber eine genaue Angabe ist schwierig“, bestätigt

Dr. med. Dorothea Wunder. Das Blut kann mehr oder weniger flüssig sein, eine braune bis rote Farbe haben und mal mehr und mal weniger stark fließen. In der Nacht ist die Menstruation meist schwächer.“ Dieser Vorgang wiederholt sich nun jeden Monat: Dein Körper bereitet ein Nest vor, in dem ein Baby wachsen kann. Wenn die Eizelle nicht befruchtet wird, bekommst du wieder deine Menstruation, und das bis zur Menopause. So nennt sich die Zeit, wenn die Frau keine Periode mehr bekommt, was meistens im Alter zwischen 40 und 60 Jahren passiert. Wird die Eizelle befruchtet und es wächst ein Baby in der Gebärmutter, bleibt das Nest bestehen und die Frau hat, solange sie schwanger ist, auch keine Menstruation mehr.

DARÜBER REDEN

All diese Veränderungen können verwirrend sein. Manchmal hilft es, wenn du mit deiner Familie oder deinen Freundinnen darüber redest. Du kannst dich aber auch an eine Fachstelle wenden. „Deine Ärztin oder dein Arzt oder die Familienberatung stehen für Fragen zur Verfügung. Auch bei Schmerzen solltest du dir Hilfe suchen. Es ist nicht normal, dass du während der Periode so starke Schmerzen hast, dass du nicht in die Schule gehen kannst. Die Fachpersonen können dir helfen.“