

E

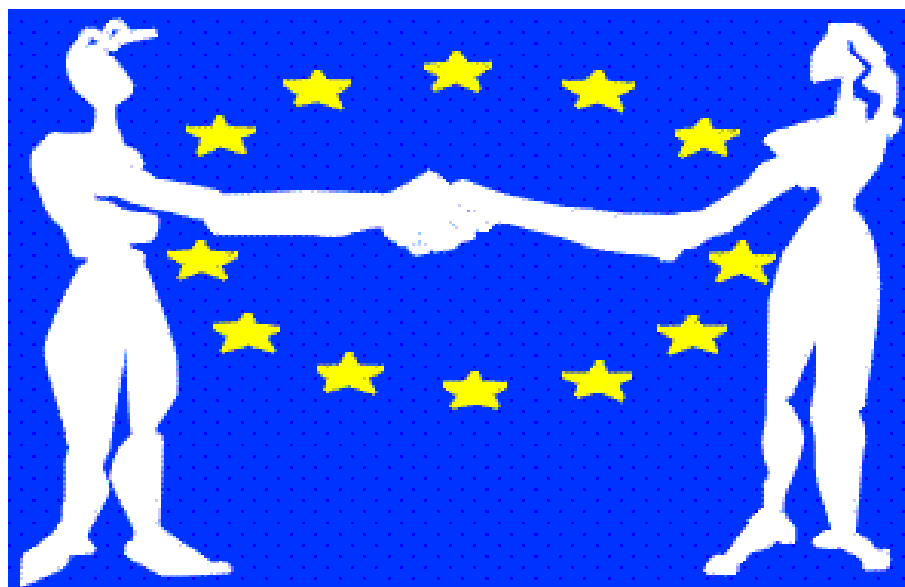
EUROPÄISCHES NETZWERK FRAUENGESUNDHEIT

W

**Kommunale Strategien der
Frauengesundheit –**

Frauengesundheit in der Kommune

H



N

Workshopsbericht

E

1999

T

Vera Lasch (Hrsg.)

Kommunale Strategien der Frauengesundheit -

Frauengesundheit in der Kommune

Workshopbericht 1999

Europäisches Netzwerk Frauengesundheit

EWHNET

European Women's Health Network

EWHNET ist ein Projekt im mittelfristigen Aktionsprogramm der Gemeinschaft für die Chancengleichheit von Frauen und Männern (1996-2000). Es wird finanziell unterstützt durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ).

Manuskript abgeschlossen, Hannover, Juni 1999

Der Bericht ist in deutsch und englisch erhältlich:

Bestelladresse:



Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
BRD
email: lv-gesundheit.nds@t-online.de

Weitere Informationen zu EWHNET sowie Länderberichte von Dänemark, Deutschland, Großbritannien, Finnland, Irland, den Niederlanden, Österreich und Schweden sind im Internet verfügbar: <http://www.Gesundheit-Nds.de>

Die Herausgabe wurde ebenfalls finanziell unterstützt durch das Frauenreferat der Voralberger Landesregierung.

No part of this publication may be reproduced in any form without previous written permission by the authors.

The following text reflects the authors' views. The commission is not liable for any use that may be made of the information contained in that publication.

Inhalt:

<u>1.</u>	<u>Vorwort</u>	5
<u>2.</u>	<u>Kommunale Strategien am Beispiel österreichischer Frauengesundheitszentren</u>	7
<u>2.1.</u>	<u>F.E.M. (Frauen, Eltern, Mädchen): WHO-Modellprojekt - Frauengesundheitszentrum Wien</u>	7
<u>2.2.</u>	<u>Frauengesundheitszentrum Graz</u>	11
<u>2.3.</u>	<u>Das Modellprojekt "Die Spinne und das Netz" - Frauengesundheitszentrum Leibnitz</u> ..	16
<u>2.4.</u>	<u>ISIS-Gesundheit und Therapie für Frauen</u>	22
<u>2.5.</u>	<u>f.a.m. - Frauen für andere Möglichkeiten - Frauengesundheitszentrum Vorarlberg</u>	25
<u>2.6.</u>	<u>Frauengesundheitszentrum Kärnten</u>	28
<u>3.</u>	<u>Herausforderungen und Strategien für die Frauengesundheitszentren in Österreich</u>	31
<u>4.</u>	<u>Bottom up, top down - Die unterschiedlichen Entstehungsgeschichten und Strategien für eine zukünftige Entwicklung</u>	35
<u>5.</u>	<u>Lernen von Europa. Wie können wir Wissen aus anderen Ländern nutzen?</u>	37
<u>6.</u>	<u>Mainstreaming - Strategien im Kontext von Frauengesundheit</u>	41
<u>7.</u>	<u>National, transnational - wo und wie berühren sich Strategien?</u>	47
<u>8.</u>	<u>Was macht die niederländische Organisation Aletta vorbildlich?</u>	49
<u>9.</u>	<u>Gute Praxis, notwendige Strategien, wo liegen Überlebenschancen?</u>	55
<u>10.</u>	<u>Wie wird in der Bundesrepublik Deutschland das Thema Frauengesundheit kommunal bearbeitet? Hintergründe, Erfahrungen, Probleme und Perspektiven</u>	56
<u>11.</u>	<u>Umsetzungsstrategien für eine Gesundheitspolitik für Frauen: Strategien, Konzepte und Erfahrungen am Beispiel Bremer Forum Frauengesundheit</u>	67
<u>12.</u>	<u>Handlungsfelder - politische Strategien in der Kommune. Erfahrungen und Erfolge im Rahmen des Healthy-City-Projektes in Glasgow</u>	77
<u>13.</u>	<u>Strategien, das notwendige Zubrot der Praxis</u>	86
<u>14.</u>	<u>Politische Strategien im Frauengesundheitsbereich. Wie treffen sich nationale und internationale Strategien?</u>	88
<u>15.</u>	<u>Wie kann ein europaweites Netzwerk Frauen und Gesundheit aufgebaut werden? Erfahrungen aus dem Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen</u>	92
<u>16.</u>	<u>Transnationale Zusammenarbeit - Chancen, Wege, Strategien, Notwendigkeiten</u>	99
<u>17.</u>	<u>ANHANG</u>	102

1. Vorwort

Der in dieser Broschüre dokumentierte Workshop zum Thema "Kommunale Strategien der Frauengesundheit - Frauengesundheit in der Kommune" fand im Rahmen des Europäischen Netzwerkes Frauengesundheit (European Women's Health Network EWHNET) statt.

Der Workshop verfolgte zwei Ziele:

- Das erste Ziel bestand darin, den in den letzten Jahren neugegründeten Frauengesundheitszentren der Partnerorganisationen in Österreich ein Forum für einen gegenseitigen Austausch über Strategien im Frauengesundheitsbereich zu ermöglichen.
- Das zweite Ziel bestand in der Aufarbeitung der Erfahrungen zu Chancengleichheit und Gesundheit auf kommunaler Ebene. Zu diesem Zweck sollte über gelungene Beispiele berichtet und auf Hindernisse bei der Arbeit eingegangen werden.

Wir hoffen, daß der in diesem Band dokumentierte Erfahrungsaustausch Anregungen gibt und bestehende Projekte zur Reflexion und Weiterentwicklung ihrer Arbeit animiert. In den letzten Jahren sind entscheidende Kritikpunkte am System der Gesundheitsversorgung laut geworden. Stichworte sind pathogenetische Betrachtungsweisen versus Stärkung der Gesundheitsressourcen, Apparatedizin versus sprechende Medizin, Technisierung der Medizin versus ganzheitliche Behandlung. Die Anforderungen an das Gesundheitswesen bestehen nicht nur in der ethischen Klärung von Entwicklungen z.B. der Gentechnologie, sondern auch in der Lösung wachsender Probleme wie bei der Zunahme chronischer Krankheiten und in der Umsetzung neuer Erkenntnisse. Das Verständnis von Krankheit, Gesundheit, Heilung und Linderung ist komplexer geworden. Die Rolle von Patientinnen und Patienten muß überdacht werden. Empowermentstrategien, gender-sensitive Versorgungsformen, die Berücksichtigung von Lebenslage und Differenz, aber auch Chancengleichheit sind Ansprüche, die neue Wege im Gesundheitswesen fordern.

In der Frauengesundheitsbewegung sind in den letzten Jahren Organisationen entstanden, die als kritische Stimmen gelten können. Die hier gesammelten Kompetenzen beziehen sich auf Problemlagen von Frauen, Empowermentstrategien, die Umsetzung von frauenspezifischen Belangen. Europaweit wurde im Frauengesundheitsbereich eine Vielfalt von neuen Strategien entwickelt - nicht nur für den Bereich der Schwangerschaftsvorsorge und der Geburtshilfe. Mit ihrer Stimme und ihrer kritischen Kompetenz werden die Organisationen aus der Frauengesundheitsbewegung zu wichtigen Partnerinnen in der Diskussion um neue Strukturen im Gesundheitssystem. Diese Rolle können sie allerdings nur einnehmen, wenn sie sich dieser Entwicklung auch stellen. In diesem Sinne hoffen wir auf mehr Vernetzung, neue politische Strategien und einen europaweiten Austausch der Erfahrungen und Kompetenzen im Frauengesundheitsbereich.

Die folgenden Beiträge zeigen die Erfahrungen aus verschiedenen europäischen Ländern zu kommunalen Frauengesundheitsstrategien. Mit den sechs österreichischen Frauengesundheitszentren sind sowohl städtische, als auch ländliche Problemlagen in Österreich vertreten, ebenso unterschiedliche Schwerpunkte in der Frauengesundheitsarbeit (Sylvia Groth). Für die Niederlande wird ein Frauengesundheitszentrum mit einer Bandbreite qualifizierter Arbeiten und einer Entwicklung im Bereich der Politikimplementation beschrieben, das allerdings dem Kampf um ihr Überleben verloren hat (Lea von Broeder). Aus Großbritannien gibt Ann Hamilton einen Einblick in die Arbeit mit einem sozialen Modell der Frauengesundheit in der Stadtpolitik, das als erstes Gesunde-Städte-Modell Frauengesundheit umfassend umgesetzt hat. Für die Bundesrepublik Deutschland wird das Spektrum an kommunalen Frauengesundheitsprojekten aufgearbeitet (Brigitte Stumm und Vera Lasch) und

an einem Beispiel das Zusammenspiel von Ressourcenbereitstellung und Netzwerkarbeit beschrieben (Ilse Scheinhardt und Ulrike Hauffe). Die Entwicklung der politischen Rahmenbedingungen auf europäischer Ebene schildert Sabine Overkämping. Der Frage der transnationalen oder europäischen Zusammenarbeit und ihrer Implikationen im Bereich der politischen AdressatInnen und des Organisationsaufbaues gehen Carol Hagemann-White, Ute Sonntag und Ingrid Helbrecht-Jordan nach.

Die Diskussionen während des Workshops stellen den Kern des voneinander Lernens dar. In weiten Teilbereichen waren so Reflexion der Arbeit im Frauengesundheitsbereich und die Weiterentwicklung transnationaler Strategien möglich.

Für die Teilnehmerinnen war der Workshop anregend und wir hoffen, daß es Ihnen bei der Lektüre ebenso ergeht.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern viel Vergnügen.

Vera Lasch

2. Kommunale Strategien am Beispiel österreichischer Frauengesundheitszentren

2.1 F.E.M. (Frauen, Eltern, Mädchen): WHO-Modellprojekt - Frauengesundheitszentrum Wien
Daniela Kern

I. [Ausgangssituation](#)

II. [Organisation](#)

III. [Ziele](#)

IV. [Schwerpunkte](#)

V. [Unsere Stärken](#)

VI. [Unsere Schwächen](#)

VII. [Bedrohungen](#)

VIII. [Unterstützende Gruppen](#)

I. Ausgangssituation

Ausgangspunkt für das WHO-Modellprojekt eines Gesundheitszentrums für Frauen bildeten die Empfehlungen der WHO-Konferenz: "Women's Health and Urban Policies" (1992 in Wien). Dabei waren die Leitlinien der Ottawa-Charta zur Gesundheit der WHO zur Gesundheitsförderung richtungsweisend. Das WHO Modellprojekt konnte daher als ein Projekt der WHO-Healthy City realisiert werden. Ein wichtiges Anliegen war der hochfrequentierten Frauenklinik, den Frauen auch im Vorfeld Gesundheitsförderung anzubieten, gemeinsam mit den MitarbeiterInnen des Hauses strukturelle Verbesserungen für Frauen umzusetzen, um dadurch ein sehr auf Krankheit konzentriertes und männlich dominiertes Körperparadigma von Frauen in einem psychosozialen, ganzheitlichen Verständnis von gesundheitlichen Ressourcen umzupolen bzw. zu ergänzen.

Ausgangspunkt für die weiteren Umsetzungsmaßnahmen waren einerseits eine sozialwissenschaftliche Basiserhebung über gesundheitliche Bedürfnisse von Frauen der umgebenden Bezirke, eine Erhebung der Patientinnen des Krankenhauses über ihre Bedürfnisse an ein frauenorientiertes Krankenhaus sowie eine MitarbeiterInnenbedürfnisstudie andererseits. Die Implementierung des Frauengesundheitszentrums erfolgte mit Hilfe von Organisationsentwicklung und Vernetzung psychosozialer und medizinischer Einrichtungen im Umfeld.

Um den Gesundheitsförderungsaspekt im Setting Krankenhaus mit dem Schwerpunkt Frauengesundheit zu implementieren und die personellen, materiellen und medizinischen Ressourcen zu nutzen sowie um den Frauen Gesundheitsförderungsangebote bieten zu können, wurde das Frauengesundheitszentrum als WHO-Projekt bewußt in einer Frauenklinik implementiert. Dabei ging man nach folgendem Stufenplan vor:

1. Ermittlung der sozioökonomischen und soziodemographischen regionalen weiblichen Bevölkerungsstruktur in den umliegenden Bezirken.
2. Ermittlung der gesundheitlichen Belastungen, Lebensqualität und Ressourcen von Frauen in umliegenden Bezirken, um ein zielgruppen- und bedarfsspezifisches Angebot ausrichten zu können

3. Testen der Patientinnenzufriedenheit an den Klientinnen der Klinik, um Erwartungen und Bedürfnisse zu ermitteln.
4. Durchführung von qualitativen Interviews mit dem gesamten MitarbeiterInnenstab der Klinik, um Erwartungen und Bedürfnisse in bezug auf eine gemeinsame Kooperation identifizieren zu können.

II. Organisation

Das Frauengesundheitszentrum F.E.M. versteht sich als parteiliches Forum für frauenspezifische Anliegen im Bereich des Gesundheitswesens. Seit seiner Eröffnung 1992 nahmen 10.000 Frauen die Angebote des F.E.M. in Anspruch. Daß das Frauengesundheitszentrum F.E.M. als niederschwellige Anlaufstelle für frauenspezifische Fragestellungen gilt, ist dem kontinuierlichen Anstieg von Anrufen um Auskunft, Hilfe, Beratung etc. zu entnehmen (von 1.500 Anrufen 1993 auf 4700 im Jahr 1998).

Die über 60 Angebote werden von 50 freien MitarbeiterInnen (GynäkologInnen, praktische ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Hebammen, SozialmedizinerInnen, PhysiotherapeutInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, Kinderschwestern, etc.) geleitet.

Um die Kooperation zwischen Klinik und Frauengesundheitszentrum zu gewährleisten, wurden mit Hilfe von Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement gemeinsame Projekte zur Verbesserung der Patientinnenbetreuung und Entlastung der MitarbeiterInnen realisiert. Abschluß dieses Prozesses stellt die gemeinsame Erarbeitung eines Leitbildes dar, das die Patientinnenbedürfnisse in den Mittelpunkt stellt.

Als Arbeitsprinzip dienen laufende sozialwissenschaftliche Programmevaluierungen sowie laufende Forschungsarbeiten über Frauengesundheitsthemenstellungen, um jeweils für Frauen strukturelle, inhaltliche und serviceorientierte Verbesserungen - vor allem im Bereich der noch deutlich männlich dominierten Medizin - anzustreben

Projektträger:	Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung
Projektgesamtleitung:	a.o. Univ. Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
Projektleitungsteam:	Kollegiale Führung der Ignaz Semmelweis Frauenklinik Ärtzl. Leiter: Univ. Prof. Dr. Peter Wagenbichler Pflegedirektorin: Elfriede Kepte Interim. Verwaltungsdirektor: Reg. Rat. Reinhard Friedrich
Projektmanagement:	Mag.a Christina Thaller (Psychologin) Mag.a Marianne Hengstberger (Betriebswirtin) Mag.a Daniela Kern (Psychologin) Inge Scherzer (Sekretärin)

III. Ziele

Als wichtigste Ziele des Frauengesundheitszentrums gelten:

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

IV. Schwerpunkte

Das Frauengesundheitszentrum F.E.M. bietet Beratungen, Kurse, Vorträge, Workshops zu für Frauen und ihre gesundheitlichen Ressourcen relevanten Themenstellungen an.

Es hat als Projektträger mit der Semmelweis-Frauenklinik ein österreichweit einzigartiges Modell "In Geborgenheit geboren" entwickelt, in dem Frauen die "Hebamme ihrer Wahl" auch zur Entbindung mitnehmen können, und somit eine kontinuierliche, hebammenorientierte Schwangerenbetreuung und Geburt gewährleistet wurde. Des weiteren erfolgte die Ausarbeitung der gemeinsamen Stillrichtlinien entsprechend den WHO- und UNICEF-Empfehlungen. 1996 gründete sich die österreichische Osteoporose Selbsthilfegruppe (ÖOS). Gemeinsam mit der WHO "Gesunde Schule" wurden Mädchen-Workshops zum Thema Sexualität, sowie ein Videoworkshop von Mädchen für Mädchen, ein medizinisches Informationsmedium gestaltet. Jährlich behält das F.E.M. Besuch von rund 30 Schulklassen. Die Mitarbeiterinnen unterrichten auch an den Sozial- und Pädagogischen Akademien, Krankenpflegeschulen, Hebammenakademien und an den Universitäten Wien und Salzburg, um die Vernetzung und Kooperation mit der Lehre herzustellen.

Um das Konzept auch auf eines der größten Gemeindespitäler Wiens zu übertragen, dem im einwohnerstärksten Bezirk gelegenen Kaiser-Franz-Josef-Spital, und um die Angebote speziell auch für sehr belastete Frauen zu ermöglichen, wurde im Mai 1999 das F.E.M.-Süd eröffnet. Dieses erfuhr auch eine Erweiterung um das Beratungsangebot für Frauen verschiedener Ethnien. Bei der Projektentwicklung wird davon ausgegangen, Belastungen und Bedürfnisse von Frauen unterschiedlicher Einkommens- und Bildungsschichten als auch unterschiedlicher Kulturen zu ermitteln und in einem Projektplanungsteam gemeinsam mit den verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses (Interne, Psychiatrie, Onkologie, Geriatrie, etc.) spezielle Vorsorge-, Gesundheitsförderungs- und Nachsorgeangebote zu entwickeln.

V. Unsere Stärken

Die direkte Implementierung in einer renommierten und als progressiv geltenden Frauenklinik eröffnet neue Möglichkeiten einer kundinnenorientierten Frauengesundheitsförderung, die sich mit dem medizinischen System als solchem auseinandersetzt und versucht, die bestehenden Strukturen innerhalb des Krankenhauses im Sinne der "women friendly services" zu verbessern, Fortbildung für ÄrztInnen anzubieten und Qualitätskriterien für medizinische Untersuchungen bzw. Betreuung zu betreiben. Das Projekt: Frauengesundheitszentrum F.E.M. wurde 1998 mit dem Preis: "Model of Good Practice" der WHO ausgezeichnet.

Das Wiener Frauengesundheitsprogramm, fertiggestellt im November 1998, und Arbeitsgrundlage der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, weist eine Vielfalt von Forderungen und Handlungsfeldern auf, die für die Arbeit im Frauengesundheitszentrum richtungsweisend sind und an deren Umsetzung schon gearbeitet wird.

Gesundheitsförderung innerhalb eines Krankenhauses ermöglicht die Nutzung der Organisationsstruktur, Infrastruktur und des medizinischen Know-hows des Krankenhauses sowie die Implementierung frauenfördernder Maßnahmen.

Das Frauengesundheitszentrum F.E.M. sieht sich darüber hinaus als Drehscheibe auf kommunaler Ebene zwischen extra- und intramuralen Einrichtungen (niedergelassene ÄrztInnen, Apotheken, Einrichtungen des Bezirks und Ambulanzen und Spitalstationen).

VI. Unsere Schwächen

Die Zielsetzung, sozial benachteiligte Frauen und Migrantinnen durch ein niederschwelliges Angebot zu erreichen, ist bislang nur bedingt gelungen, was vor allem an der Lage des Frauengesundheitszentrums in einem Mittelschichtbezirk liegt. Aus diesem Grund entstand im Mai dieses Jahres das Frauengesundheitszentrum F.E.M.-Süd im Wiener Kaiser-Franz-Josef-Spital mit dem besonderen Schwerpunkt Migrantinnen und sozial schwächere Frauen, die mit Hilfe von muttersprachlichen Beratungsangeboten und speziellen Kursen und Workshops speziell angesprochen werden.

VII. Bedrohungen

Die Gewährleistung einer längerfristigen Sicherung der finanziellen Mittel besteht nach wie vor nicht.

VIII. Unterstützende Gruppen

Das Frauengesundheitszentrum hat eine Vielzahl an nationalen und internationalen KooperationspartnerInnen. Kooperiert wird mit Institutionen aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich, mit den niedergelassenen GynäkologInnen, praktischen ÄrztInnen, dem Wiener Krankenanstaltenverbund, der Gebietskrankenkasse, der Ärztekammer, dem Wiener Integrationsfonds, der Österreichischen Krebshilfe, dem Frauenbüro und nicht zuletzt mit der WHO und anderen internationalen Einrichtungen.

2.2 Frauengesundheitszentrum Graz Sylvia Groth

- I. [Organisation](#)
- II. [Ziele und Schwerpunkte](#)
- III. [Unterstützende Gruppen](#)
- IV. [Literatur](#)

I. Organisation

Das Frauengesundheitszentrum Graz ist eine kleine autonome Organisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein. In Graz sind wir fünf Mitarbeiterinnen, in unserem Modellprojekt Frauengesundheitszentrum Leibnitz drei Mitarbeiterinnen. Wir arbeiten immer zweigleisig: direkte Angebote für Frauen und gesundheitspolitische Arbeit für Strukturveränderungen.

Projektträgerin:	Verein für Frauengesundheitszentren Graz
Projektleitung:	Sylvia Groth M.A.
Projektteam:	Doris Egger Christine Saiko-Jogan Monika Vucsak Marianne Stöger

II. Ziele und Schwerpunkte

Seit unserer Gründung im Dezember 1993 arbeiten wir auf der Basis von drei Strategien:

- Empowerment der einzelnen Frau, Klientin, Patientin, Nutzerin und Konsumentin sowie der Gruppen im Rahmen der direkten Dienstleistungen (Informationsmanagement, Beratung, Weiterverweis, psychotherapeutische Orientierung und Therapie, gynäkologische Gespräche, Diagnostik, Therapie, sowie Vorträge, Workshops, Veranstaltungen und Gruppenangeboten)
- Kooperationen und Vernetzungen zur Anregung, Begleitung und Umsetzung von Strukturveränderungen durch institutionalisierte Arbeitskreise, sachbezogene Kooperationen und Politikberatungen, um eine bedürfnisadäquate, frauenspezifische Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik zu ermöglichen
- Interessenvertretung, advocacy und Lobbying als Impulsgeberin, Gegengewicht und Korrektiv zu anderen, sich gut artikulierenden, Interessengruppen im Gesundheitswesen, um eine öffentliche Bewußtseinsbildung und langfristige Veränderungen zu erreichen.

Empowerment heißt, die Kompetenz sowohl von Individuen als auch von sozialen Gruppen, z.B. benachteiligter Frauen, hinsichtlich der Kontrolle über ihre Lebensbedingungen und -formen, des Zugangs zu Ressourcen sowie der Mitbestimmung bei politischen Entscheidungen zu erweitern. Ziel ist der Abbau von sozialen Unterschieden und die Herstellung von gleichen Gesundheitschancen, die gesundheitsgerechte Gestaltung der Erwerbs- und der Hausarbeit sowie die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern an der Planung, Umsetzung und Auswertung gesundheitsförderlichen Handelns.

Deshalb verstehen wir unter Gesundheitsförderung nicht einfach soziale oder medizinische Dienstleistungen, sondern gehen von dem emanzipatorischen Anspruch des Konzepts der Weltgesundheitsorganisation aus. Es geht uns daher vorrangig um die Stärkung der

Betroffenenkompetenz unter Einbezug der destabilisierenden Faktoren im privaten und im öffentlichen Bereich wie Gewalt, Gesundheitsnormierungen (z.B. Eßstörungen, Medikalisierung der Wechseljahre), inadäquaten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, Diskriminierungen.

In dieser strukturverändernden und politischen Arbeit sind unsere Praxiserfahrungen aus der direkten Arbeit mit Frauen eine wichtige Informationsquelle wie auch Korrektiv.

Diese Strategien bedingen unterschiedliche Fähigkeiten, und sie haben unterschiedliche, zum Teil überlappende Zielgruppen. Um unsere Ansätze für eine kommunale Frauengesundheitspolitik vorzustellen, konzentriere ich mich auf die Strategien der Kooperationen und der Interessenvertretung.

Die Kooperationen reichen von konkreter Zusammenarbeit unterschiedlicher Träger an einem Projekt, wie z.B. den Frauengesundheitstagen oder gemeinsamen Vortragsreihen, bis zu langfristigen Formen der gemeinsamen Arbeit wie im Frauengesundheitsforum. Dieses Netzwerk ist ein Zusammenschluß professionell im Gesundheitswesen tätiger Frauen, das sich zum Ziel gesetzt hat, ein Frauengesundheitsprogramm für Graz und die Steiermark zu entwickeln und politisch für seine Umsetzung zu werben.

So konnten wir in Graz im September 1996 eine internationale Konferenz zur Frauengesundheitsförderung durchführen "Europäische Impulse für Graz und die Steiermark", bei der wir mit dem Frauenreferat der Stadt Graz und dem Ressort Gesundheit des Landes Steiermark kooperierten. Hier trat erstmals die Forderung nach einem Frauen- und Mädchengesundheitsbericht auf, der im Jahr 1998 von Ěva Rásky, Institut für Sozialmedizin der Karl Franzens Universität Graz im Auftrag des Frauenreferates der Stadt Graz und des Ressorts Gesundheit des Landes Steiermark erstellt wurde. Er bietet die konzeptionelle Basis, das Datenmaterial und strategische Perspektiven, nach denen wir uns zusammen mit anderen nun für die Erstellung eines Frauengesundheitsprogrammes einsetzen. Der Öffentlichkeit wurde der Frauengesundheitsbericht im Herbst 1998 auf einer Frauengesundheitsenquête vorgestellt, an der neben PolitikerInnen insbesondere die Gesundheitsprojekte, die Verwaltung und in der Gesundheitsförderung tätige Organisationen teilnahmen.

Auf Strukturveränderungen zielten auch der von uns initiierte und vom Gesundheitsamt der Stadt Graz koordinierte Arbeitskreis zum Schwangerschaftsabbruch in Graz. Hier kommen VertreterInnen der Beratungsstellen, der Ärztekammer, des Sozialamtes und ein durchführender Arzt zusammen, um konkret Qualitätsverbesserungen für betroffene Frauen umzusetzen. Es geht einmal um eine verbesserte Transparenz für Frauen, aber auch um bessere Kenntnis und Abstimmung des Angebots unter den professionell in diesem Bereich Arbeitenden.

Ein Arbeitskreis zu Eßstörungen, der seit zwei Jahren bei uns tagt, bringt die in diesem Bereich tätigen Psychotherapeutinnen an einen Tisch. Das Frauengesundheitszentrum Graz hat langjährige Erfahrungen im Bereich Therapie, Fortbildung und Angehörigenunterstützung von Frauen mit Eßstörungen. Zur Zeit streben wir an, Koordinationsstelle für Eßstörungen für die Steiermark zu werden. Wir sehen Eßstörungen im Kontext von Körper- und Gesundheitsnormierungen für Frauen, einen Zusammenhang, der in unserer Öffentlichkeitsarbeit dann wieder eine wichtige Rolle spielt. Seit Jahren bieten wir auch Kurse für dicke Frauen an, um sie psychotherapeutisch begleitet in ihrem körperlichen Selbstbewußtsein durch sportliche Bewegung zu stützen. In Zusammenarbeit mit Dr. Sylvia Titze des Instituts für Sportwissenschaft der KFU Graz und Mag. Karin Totter wird dieser

innovative Kurs wissenschaftlich evaluiert. Durch eine jetzt durchgeführte Studie werden die frauenspezifischen Bewegungsangebote in der Steiermark erhoben und ausgewertet. Unser Ziel ist es, Sportvereine am Land und in der Stadt zu einer frauengerechten Veränderung ihres Angebotes zu bewegen.

Die Kooperationen erfordern sehr viel Sensibilität, um ausgehend von den von Klientinnen geäußerten Defiziten in enger Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Anbieterinnen das Angebot und Teile des Gesundheitswesens sowie die Gesundheitspolitik in Graz und der Steiermark spezifisch auf die Bedürfnisse von Frauen aufmerksam zu machen. Diese Sensibilität bedarf der grundlegenden Anerkennung der Kooperationspartnerinnen wie auch der Fähigkeiten des Moderations- und Verhandlungsmanagements. Zentral ist für uns, mit allen politischen Parteien zu arbeiten, um sachbezogene Veränderungen anzulegen.

Unterstützend für unsere Kooperationen sind die intensiven europäischen Kontakte wie auch die internationalen Erklärungen von Europarat, EU, Weltgesundheitsorganisation u.a., die die Anbindung an internationale Zielvorgaben ermöglichen. Diese Erklärungen greifen wir auf und verbreiten sie, um lokal und regional Frauengesundheitsziele einzufordern.

Der Bereich der Interessenvertretung und des Lobbyings umfaßt das Informationsmanagement, die Öffentlichkeitsarbeit mit regelmäßigen Pressemitteilungen, Interviews und unserer Zeitschrift sowie Präsentationen auf wissenschaftlichen Kongressen und Podiumsdiskussionen. Hier beruht unsere Strategie darauf, auf der Basis von fundierten Informationen und der Analyse der Interessen und Interessenskonflikte im Gesundheitsbereich engagiert, und kritisch ein Korrektiv und Gegengewicht darzustellen. Unsere Strategie ist, in kritischen Auseinandersetzungen durchaus auch konfrontativ zu sein, um Zusammenhänge aufzuklären und eine parteiliche Interessenvertretung für Frauen umzusetzen.

Anführen möchte ich hier unsere Presse- und Öffentlichkeitskampagnen, um auf die geringe Zahl an Gynäkologinnen als Kassenärztinnen in Graz und der Steiermark aufmerksam zu machen. Wir erreichten, daß zwei Kassenstellen mit Frauen besetzt wurden, in einem Fall waren wir nicht erfolgreich. In diesem Prozeß nahmen wir Konfrontationen mit der Gynäkologenschaft auf uns, erzielten aber auch in der Öffentlichkeit viel Aufmerksamkeit und Bekanntheit. Ob es um das Thema Wahlmöglichkeit zwischen einer Gynäkologin und einem Gynäkologen geht, kritische Informationen zur Abtreibungspille, die Medikalisierung von Frauen u.a. in den Wechseljahren durch Hormonbehandlungen, Körper- und Gesundheitsnormierungen durch Schlankheitsideale oder Mißbrauch durch Therapeuten in der Psychotherapie, wir sind eine verlässlich kritische Stimme für Frauen.

Der Bereich Informationsmanagement liefert uns und interessierten Frauen die Wissens- und Informationsgrundlage. Er profitiert von einer engen Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialmedizin der Karl Franzens Universität, das uns leichten Zugang zur medizinischen internationalen Literatur ermöglicht. Geleitet von einer Informationswissenschaftlerin und unterstützt durch eine Subvention des Gesundheitsressorts der Stadt Graz konnten wir diesen Bereich etablieren. Informationen durch unterschiedliche Medien zum Thema Gesundheit nehmen immer mehr zu und sind vielfältig und auch widersprüchlich. Die Orientierung, Einschätzung und Beurteilung ist selbst für ExpertInnen schwierig.

Das Ziel unseres Informationsmanagements ist hierbei, zu einer zuverlässigen Wissensgrundlage für Frauen und eine Grundlage als ressortübergreifende Frauengesundheitspolitik beizutragen und Transparenz zur Beurteilung von Informationseinrichtungen und -angeboten zu ermöglichen. Durch auf Evidenz basierende

kritische Perspektiven auf Informationen können wir Frauen in der eigenen Entscheidungsfindung unterstützen.

Unsere Angebote sind daher:

- Wissenschaftliche Recherche, Sammlung und Auswertung von kritischer und alternativer Information
- Dokumentation und Veröffentlichung von Informationen
- Angebot und Zugang zu kritischer und alternativer Information
- Weitergabe (Kopien, Versand) von Materialien und Vermittlung von Bezugsadressen
- Nutzung neuer Informationsmedien: Eigene Website mit qualifizierten Links zum Bereich Frauengesundheit: <http://www.fgz.co.at/fgz>
- Weiterverweis zu anderen ausgewählten InformationsträgerInnen

Die Zweigleisigkeit unserer Arbeit bedeutet, daß wir nach dem Modell eines Prozeßablaufes vorgehen, der beide Gleise miteinander verbindet.

Neben dem Fokus auf die Betroffenen durch kritische Konsumentinneninformation, Unterstützung und Begleitung, Öffnen von Handlungsoptionen innerhalb der ärztlichen und alternativmedizinischen wie auch psychosozialen Versorgung gehören daher Strategien der strukturellen Einflußnahme wie Öffentlichkeitsarbeit zur Informationsverbreitung, Anregung von und verantwortliche Mitarbeit in Strukturarbeitskreisen, Interessenvertretung, Vernetzungen und Kooperationen zu unseren Arbeitsbereichen.

Hinweis auf Mangel / Kritik durch Nutzerin



Analyse der Situation
Datensammlung

Strukturveränderungen

Empowerment
Partizipation von
Betroffenen

Vernetzung mit
ExpertInnen/
Institutionen

Mitarbeit an Politik
Politikberatung

Literaturrecherche
ExpertInnengespräche

Impulsgeberin für Veränderungen

Bedarferhebung
Konzeptentwicklung

Neues Versorgungsmodell
Neuer Handlungsstil:
Qualität der Interaktion

Eingebunden sind die von uns angewandten Strategien in die Handlungsstrategien der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung, die auch das Ziel angibt, "ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" (Ottawa Charter 1986).

III. Unterstützende Gruppen

Das Frauengesundheitszentrum Graz ist u.a. im Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren aktiv und Projektpartnerin des Europäischen Frauengesundheitsnetzwerks, einem EU finanzierten Projekt im Rahmen des 5. Programmes der EU zur Chancengleichheit.

IV. Literatur

Groth, Sylvia, 1997: Frauengerechte Gynäkologie für Patientinnen und für ÄrztInnen. Eine politische Interventionsstudie. In: Jürgen Pelikan, Wolfgang Dür: Gesundheitsförderung Regional. Facultas Verlag, Wien, pp. 137 - 143

Groth, Sylvia, 1999: Frauengesundheit im Zentrum. Jahresbericht 1998. Frauengesundheitszentrum Graz. Eigenverlag, Graz

Groth, Sylvia, 1999: Bewegte Frauengesundheit. In: Sylvia Groth, Èva Rásky: Frauengesundheiten. Studienverlag Innsbruck, pp. 84 - 97

Rásky, Èva, 1998: Frauen- und Mädchengesundheitsbericht Graz und Steiermark. Institut für Sozialmedizin der Karl-Franzens Universität Graz im Auftrag von Frauen- und Gesundheitsstadträtin Tatjana Kaltenbeck und Gesundheitslandesrat Günter Dörflinger, Graz (zu beziehen über das Frauenreferat der Stadt Graz, Schmiedgasse 26, A-8010 Graz)

2.3 Das Modellprojekt "Die Spinne und das Netz" - Frauengesundheitszentrum Leibnitz Eva Janes

- I. [Ausgangssituation](#)
- II. [Organisation](#)
- III. [Ziele und Schwerpunkte](#)
- IV. [Unsere Stärken und Schwächen](#)
- V. [Herausforderung](#)
- VI. [Bedrohungen](#)
- VII. [Unterstützende Gruppen](#)
- VIII. [PRESSEMITTEILUNG vom 19.12.2000](#)

In der Südsteiermark an der Grenze zu Slowenien liegt der Bezirk Leibnitz mit etwa 72.000 Einwohner verteilt auf 48 Gemeinden.

I. Ausgangssituation

Gesellschaftliche Veränderungen

Der demographische Wandel in der Bevölkerung mit dem steigenden Anteil an älteren und sehr alten Menschen, die Abnahme der Haushaltsgrößen, die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen und die Landflucht sind Ursachen dafür, daß in der Zukunft die Zahl der potentiellen Laienpflegekräfte sinken wird. Möglicherweise führt auch die zunehmende Professionalisierung in der Pflege zu einer Verstärkung der Pflege durch Expertinnen und Experten. Die Veränderungen im Krankheitsspektrum hin zu mehr chronischen Erkrankungen, der technische Fortschritt in der Medizin und die damit vermehrte Inanspruchnahme von Rehabilitation, führen zu höheren Anforderungen an die durch Laien wie auch durch professionelle Kräfte durchgeführte Pflege. Weitere Gründe sind in der noch ausstehenden Reorientierung und Reorganisation im Gesundheitswesen hin zu mehr Prävention und Rehabilitation mit sektorenübergreifenden Strukturen zu sehen. Diese Reorganisation könnte den rasch wachsenden und sich wandelnden Bedürfnissen besser gerecht werden.

"Sandwichgeneration"

Frauen in der Altersgruppe von 40 bis 65 Jahren müssen sich nicht nur um ihre eigenen Kinder kümmern, sich um sie sorgen und diese versorgen, sondern meist auch die ältere Generation, die Eltern, Schwiegereltern oder nahe Verwandte.

Denn "Betreuung durch die Familie" bedeutet in über 80 Prozent der Fälle Betreuung durch die Ehefrau, Tochter, Enkeltochter oder Schwiegertochter. Häufig sind die pflegenden Angehörigen bereits selbst betreuungsbedürftig. Aus Studien geht hervor, daß die pflegenden Personen unter dem Mangel an Kontakten sowohl zu anderen Laienpflegerinnen als auch zu anderen Menschen leiden. Ihre Chancen, am "normalen" Leben teilzunehmen, sind stark beeinträchtigt. Dies liegt, neben der zeitlichen Belastung auch an der Stigmatisierung und Tabuisierung von Krankheit und an den Bedingungen, unter denen die Pflege stattfindet: privat, der Öffentlichkeit entzogen und überwiegend von einer Person, nämlich einer Frau geleistet. Nicht zuletzt spielt auch eine Rolle, daß die Arbeit ohne Bezahlung und fast nie mit sozialrechtlicher Absicherung erfolgt.

Die schulische und berufliche Ausbildung der pflegenden Frauen ist oft nicht besonders qualifiziert, was ihre Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit weiter einschränkt.

Weniger gut ausgebildete Frauen neigen, wie wissenschaftliche Studien zeigen, eher zur Bewältigungsstrategie des "Aushaltens". Daraus resultiert möglicherweise, daß Frauen mehr über chronische Beschwerden und Erkrankungen klagen als Männer, denn irgendwann sind auch die besten Kraftreserven überstrapaziert oder erschöpft. Dies trifft dann meist die Frauen im Alter zwischen 40 und 65 Jahren. Dem unerbittlichen Ausschöpfen der vorhandenen Kraftreserven und der daraus oft entstehenden Hilflosigkeit muß entgegengewirkt werden. Frauen können im Umgang mit anderen betroffenen Laienhelferinnen lernen, mit ihren Ressourcen effizienter umzugehen, d. h. ihre Potentiale adäquater einzusetzen, und lernen zu delegieren, sowie mit Professionellen zu kooperieren.

Situation der ländlichen Bevölkerung

Die spärliche und oft fehlende Infrastruktur in den ländlichen Regionen erschwert das Leben der Frauen zusätzlich. Zu wenige Kindergärten, Tagesheime, Einrichtungen der Rehabilitation sind vorhanden, um die Frauen zumindest partiell zu entlasten. Meist gibt es für die Ehemänner nicht genug Arbeitsplätze vor Ort, sie sind daher oft Pendler und Nebenerwerbsbauern, die Frauen bleiben mit den täglichen Problemen meist allein. Außerdem sind die Frauen bisher weniger vertraut, z. B. Beratungseinrichtungen aufzusuchen, soweit diese vorhanden sind. Gleichzeitig brechen herkömmliche soziale Netzwerke durch den Strukturwandel in der Landwirtschaft und dem Tourismus auf, damit werden Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen reduziert.

Das Werte- und Normensystem verändert sich zwar, trotzdem ist die Akzeptanz für die weibliche Erwerbstätigkeit in den ländlichen Regionen eher gering. Auch die Entscheidung, einen Familienangehörigen nicht zu pflegen oder ein behindertes Kind in einem Tagesheim unterzubringen, stößt auf mangelnde Akzeptanz.

Es gibt ein nur wenig ausgebautes öffentliches Verkehrsnetz und dadurch lange Anfahrtszeiten zu spezialisierten Versorgungseinrichtungen für die pflegenden Frauen, die nicht notwendig über das Auto der Familie verfügen können. Das Angebot an entlastenden psychosozialen Einrichtungen vor Ort ist meist mangelhaft.

Oft ist die finanzielle Absicherung der Familie auch nicht optimal, da der Mann arbeitslos ist. Zudem sind die häuslichen Bedingungen, z. B. sanitäre Anlagen, nicht besonders gut geeignet, um Personen zu Hause zu betreuen. In Österreich müssen zirka 12.000 Menschen in Wohnungen ohne sanitäre Anlagen betreut werden.

Die Erreichbarkeit von Geschäften, Ärztinnen und Ärzten, Apotheken und anderen infrastrukturellen Einrichtungen, wie Gast- und Kaffeehäuser, ist in abnehmendem Maße gegeben. Dieser Zustand kommt für die zu pflegenden aber auch für die pflegenden Personen einer Einschränkung ihrer Selbständigkeit gleich.

II. Organisation

"Die Spinne und das Netz" besteht seit einem Jahr und ist ein Projekt des Frauengesundheitszentrums Graz. Es arbeitet parteilich für Frauen.

Durch die Zugehörigkeit zum Frauengesundheitszentrum Graz und die Verbindung zum Institut für Sozialmedizin stand dem Projekt bereits von der Planungsphase ein erfahrenes Team zur Seite, welches auch die wissenschaftliche Begleitung des Projektes förderte.

Das FGZ dient als Koordinationsstelle für Pflege und ist Hilfe zur Selbsthilfe

Das Zentrum ist eine niederschwellige Einrichtung, in der interessierte Frauen und Frauen, die Angehörige pflegen, kompetente Auskunft und Information erhalten. Sie haben die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch, und sie erhalten Anerkennung und Stärkung. Denn "Die Spinne und das Netz" arbeitet nach dem Ressourcenansatz. Betroffene Frauen haben die Möglichkeit, sich in Selbsthilfegruppen gegenseitig zu stärken. Das Zentrum ist aber auch Ansprechpartnerin für einzelne Frauen, die Selbsthilfegruppen im Angehörigenbereich initiieren wollen. So wurde ein Tauschring aufgebaut, ein geldloser Tausch von Dienstleistungen und Waren unter den Frauen in den Gemeinden. Für Frauen hat der Tauschring den Vorteil, daß menschliche Begegnungen und Beziehungen gefördert werden, und es besteht die Möglichkeit, sich auch ohne Geld etwas leisten zu können.

Weiter erhalten Frauen die Gelegenheit, Wissen und Fähigkeiten in Kursen, Seminaren und Vorträgen zu erwerben, welche das Zentrum regelmäßig zu spezifischen, mittlerweile von den Frauen eingebrachten Themen, anbietet. Gleichzeitig werden über Kooperationen mit Pfarren und TrägerInnen der Erwachsenenbildung und der Frauenarbeit in den Gemeinden des Bezirkes Informationsveranstaltungen, Seminare und Kurse angeboten. Seit Beginn haben wir 57 Veranstaltungen durchgeführt, wovon 24 in den Gemeinden stattgefunden haben.

Projektträger:	Verein Frauengesundheitszentrum Graz
Projektgesamtleitung:	Sylvia Groth
Projektleitung:	Eva Janes
Projektteam:	Ingrid Deutschmann Susi Resch

III. Ziele und Schwerpunkte

Das Frauengesundheitszentrum Leibnitz hat als Hauptziel die Stärkung und Unterstützung der Frauen, die Angehörige zu Hause pflegen/betreuen. Die bisher öffentlich nicht wahrgenommene Pflegearbeit soll für Betroffene, Professionelle und für die Öffentlichkeit sichtbar werden.

Nachhaltige Strukturveränderung

Nach dem Ansatz der Gesundheitsförderung gilt es nicht nur, Individuen und deren Gemeinschaftsaktivitäten zu stärken und zu unterstützen, sondern auch strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit zu setzen. Das Frauengesundheitszentrum leistet dies in mehrfacher Weise und ist damit ein Katalysator in dieser ländlichen Region der Steiermark. Es wurden Kontakte aufgenommen zu den Pfarren, zu den einzelnen Institutionen und Organisationen, die im Bezirk arbeiten, zu den politischen EntscheidungsträgerInnen und zu den FachexpertInnen. Das Frauengesundheitszentrum "Die Spinne und das Netz"

übernimmt hier die Funktion des Sprachrohrs, einer Sammlung und Situationsanalyse, um dann nachfolgend mit allen Akteuren eine Umsetzung zu initiieren.

Eine nachhaltige Strukturveränderung kann erreicht werden, indem wir versuchen, die themenbezogenen Arbeitskreise, in die alle betroffenen Stellen eingebunden sind, zu institutionalisieren und somit gemeinsam eine langfristig tragbare Problemlösung zu erarbeiten.

Qualitäts- und Schnittstellenmanagement

Mehrere Arbeitskreise sind eingerichtet, z.B. zum Thema "Entlassung aus dem Spital" und "Pflegegeld". In Österreich gibt es bisher kaum eine Kooperation zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, und daher haben wir zur Entlassung aus dem Krankenhaus und zur ambulanten Pflege einen Arbeitskreis initiiert, der Entlassungsroutinen erarbeitet. Eingebunden sind pflegende und ärztliche Kräfte aus dem Krankenhaus Wagna, der Bezirkshauptmannschaft, Leiterin der Pflegeheime, des Sozialhilfeverbandes sowie alle im Bezirk ambulant tätigen Organisationen.

Durch Vernetzung der im Bereich tätigen professionellen Kräfte soll der Vereinzelung entgegengetreten werden. Eigeninteressen von Organisationen finden so durch gemeinsame Sachorientierung an gemeinsamen Zielen eine konstruktive Einbindung. Durch den Erfahrungsaustausch in den Arbeitskreisen können die Probleme organisationsübergreifend gelöst werden. Durch Vernetzung und Kooperation konnte so die Hilfsmittelversorgung im Bezirk verbessert werden. Erst dadurch, daß es mit dem Frauengesundheitszentrum Leibnitz eine explizit für Vernetzung und Koordination zuständige Ansprechpartnerin gibt, ist diese Zusammenarbeit möglich geworden.

IV. Unsere Stärken und Schwächen

Durch die Anbindung an den Verein FGZ Graz steht der "Spinne und das Netz" ein erfahrenes Team zur Seite. Zusätzlich wird das Projekt vom Institut für Sozialmedizin wissenschaftlich begleitet. Die internationale Vernetzung ermöglicht einen innovativen Arbeitsansatz und eine innovative Methodik. Vor allem bietet der "bottom-up"- Ansatz vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten, um Umorientierungen in der Machthierarchie zu bewirken.

V. Herausforderung

Die Umsetzung der Entlassungsroutinen im Spital Wagna.

Der offizielle Auftrag der Stadt Leibnitz, für ihren Sprengel als Koordinationsstelle tätig zu sein sowie das Bemühen, daß mehr Frauen uns aufsuchen sollen.

VI. Bedrohungen

Die weitere finanzielle Absicherung ist nicht zu schaffen.

VII. Unterstützende Gruppen

Haben wir sehr viele. Vor allem alle Trägerorganisationen, Behörden, Institutionen, Pflegeheime und Frauen, die mit uns aktiv mitarbeiten oder an unseren Angeboten teilnehmen. Auch der politische Wille im Bezirk wirkt unterstützend.

VIII. PRESSEMITTEILUNG vom 19.12.2000

Drei Jahre Frauengesundheitszentrum Leibnitz "Die Spinne und das Netz"

PRESSEKONFERENZ anlässlich des ABSCHLUSSES DES PROJEKTES am 30.11.2000

Pflegende Angehörige werden auch weiterhin betreut

Nach dreijähriger Arbeit wurde das Modellprojekt Frauengesundheitszentrum Leibnitz "Die Spinne und das Netz" abgeschlossen. Das Frauengesundheitszentrum Leibnitz, ein Projekt des Frauengesundheitszentrums Graz, entstand im Oktober 1997.

Als niederschwellige Anlaufstelle in Fragen der Pflege hat es sich für die Stärkung und Unterstützung der Angehörigen, die zu Hause pflegen oder betreuen, eingesetzt. Es stand nicht mit vorhandenen Einrichtungen in Konkurrenz, sondern hat vernetzend mit den in diesem Bereich tätigen Organisationen, Institutionen, Behörden, Pfarren und Laien gearbeitet, um das Angebot bedarfsgerechter zu entwickeln. Das Ziel war auch, eine nachhaltige Strukturveränderung zu bewirken.

Obwohl das Frauengesundheitszentrum Leibnitz nun mit Dezember 2000 schließt, können pflegende Angehörige auch weiterhin Hilfestellungen in Anspruch nehmen, das Weiterbestehen vieler Aktivitäten im Bezirk konnte gesichert werden, indem sie an andere Träger angelagert wurden. Damit ist die nachhaltige Wirkung dieses Projektes gewährleistet.

"Ein vorbildhaftes Projekt, eines wie man es sich vorstellen sollte, wenn es finanzielle Rahmenbedingungen gäbe. Ich würde es 1:1 an alle Bezirke übertragen wollen und werde mich sehr bemühen, das beantragte Folgeprojekt "Netze spinnen, Kreise ziehen" ins Budget 2001 einzubringen." Landesrat für Gesundheit, Steiermark Günter Dörflinger

"Es hat sich schnell herausgestellt, wie notwendig ein solches Projekt ist. Das Projekt hat eine Lawine ins Rollen gebracht, und ich hoffe, dass einiges bestehen bleibt." Bezirkshauptmann HR Dr. Johann Seiler

"Die Spinne und das Netz" ist eines unserer schönsten Projekte gewesen. Es ist uns mit diesem Projekt etwas gelungen, was auch steiermarkweit wünschenswert wäre. Sogar die WHO ist darauf aufmerksam geworden!" Landessanitätsdirektor Dr. Odo Feenstra

"In diesem Projekt wurde bestätigt, wie gut es sich auszahlt, vernetzt und kooperativ zu arbeiten. Es hat sich auch herausgestellt, wie wichtig es ist, dass pflegende Angehörige eine Interessensvertretung haben." Univ. Prof. Dr. Eva Rásky

"Viele andere und ich haben hier Unterstützung und Hilfe sowohl physisch wie psychisch bekommen. Es ist sehr wichtig, dass sich pflegende Angehörige Unterstützung holen, um zu verhindern, dass sie letztlich selbst zum Pflegefall werden." Margareth Hergel (pflegende Angehörige)

"Sehr erfolgreiche Arbeit ist geleistet worden. Ich wünsche mir, dass die Erfahrungen und Kompetenzen auch der übrigen Steiermark zugute kommen können. Ein neues Projekt "Netze spinnen, Kreise ziehen" ist beantragt und eine Kofinanzierung vom Fonds Gesundes Österreich wurde bereits zugesagt." Sylvia Groth, MA, Geschäftsführerin des Frauengesundheitszentrums Graz

"Es ist uns gelungen, das Weiterbestehen vieler Aktivitäten im Bezirk = zu sichern." Projektleiterin Eva Janes, FK

Weiterbestehende Aktivitäten im Bezirk Leibnitz

Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige
Hilfswerk Steiermark, Region Süd,
Tel.: 03455-6969

Tauschring Kürbis
Hannelore Lorber, Tel.: 03472-2294
Pflegetherline

Dienstags, 17.00 - 19.00 Uhr persönliche oder telefonische Beratung durch eine Rot-Kreuz-Schwester aus der Hauskrankenpflege und eine diplomierte Sozialarbeiterin; kostenlos und anonym. Bezirkspflegeheim Leibnitz, Türkengasse 4,
Tel.: 03452-76565

Hospizteam Leibnitz
Hospizverein Steiermark,
Tel.: 0316-391570 (vormittags), 0676-3653717 (nachmittags)

Qualitätszirkel Pflege
Verhandlungen mit KAGES laufen.
Bildungs- und Qualifizierungsangebote
Volkshochschule Leibnitz, Tel.: 03452-82884-0
Bildungshaus Retzhof, Tel.: 03452-82788-0 und EREB-Gemeindeservice Graz,
Tel.: 0316-821373

Fachbibliothek Pflege:
Frauengesundheitszentrum Graz, Brockmannngasse 48/1,
Tel.: 0316-837998

2.4 ISIS-Gesundheit und Therapie für Frauen Hermie Steininger

- [I. Ausgangssituation](#)
- [II. Ziele](#)
- [III. Unsere Stärken](#)
- [IV. Unsere Schwächen](#)
- [V. Unterstützende Gruppen](#)

I. Ausgangssituation

Im Dezember 1994 wurde der Verein "ISIS-Gesundheit und Therapie" für Frauen gegründet, mit der Zielsetzung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge speziell für Frauen in Salzburg zu etablieren.

Die Idee dazu ist aus dem Salzburger Frauengesundheitsbericht (Büro für Frauenfragen des Landes Salzburg, 1992) entstanden, da bei der Befragung von Frauen mehr als ein Viertel den Wunsch nach einer speziellen Beratungs- und Serviceeinrichtung für Gesundheits- und Therapiefragen geäußert hatte.

Die Ergebnisse zweier Studien im Auftrag des Landes Salzburg belegten die Notwendigkeit der Errichtung eines speziellen Gesundheitsvorsorgeangebotes für Frauen. (Salzburger Frauenbericht,1992; Studie "Gesund und krank in Salzburg",1994;)

Das Büro für Frauenfragen des Landes gründete einen Arbeitskreis mit Expertinnen mit dem Ziel, ein Frauengesundheitszentrum zu etablieren.

Organisation

Das Frauengesundheitszentrum ISIS ist kein Projekt der autonomen Frauengesundheitsbewegung. Im Vorstand des Vereins engagieren sich fünf ehrenamtliche Vorstandsfrauen aus den Berufsbereichen Gynäkologie, Psychotherapie / Psychologie und Kommunikationswissenschaft. Der Verein beschäftigt außerdem drei teilzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen, davon sind zwei mit den Agenden der Geschäftsführung betraut.

Projektträger:	Verein ISIS-Gesundheit und Therapie für Frauen
Geschäftsführerin:	Mag. Petra Schweiger Mag. Aline Hulhuber
Projektteam:	Mag. Petra Schweiger Mag. Hermie Steininger Mag. Aline Hulhuber-Ahlmann

II. Ziele

Entsprechend der WHO-Definition von Gesundheit sollen folgende Ansprüche gewährleistet werden:

1. Beratung und Information rund um die Gesundheit von Frauen für Mädchen und Frauen aller Altersstufen
 - Psychologische und psychotherapeutische Beratung:
Beratung in belastenden Lebenssituationen
Eßstörungenberatung
Beratung für Frauen mit Beschwerden in den Wechseljahren
Ernährungsberatung
1998 führten wir insgesamt 256 persönliche Beratungsgespräche
 - Gynäkologische und allgemein-medizinische Beratung:
Inkontinenzberatung
Schwangerschaftskonfliktberatung
 - Vorträge, Kurse und Gruppenangebote zu frauenspezifischen Gesundheitsthemen
Dazu erscheint zweimal jährlich unser ISIS-Programmheft in einer Auflage von 11.500 Stück.
1998 haben insgesamt 1.942 Frauen und Mädchen unsere Veranstaltungen in Stadt und Land Salzburg besucht.
2. Herstellung von Öffentlichkeit, Aufklärung und Bewußtsein über Themen zu Gesundheit und Krankheit im weiblichen Lebenszusammenhang. ISIS versteht sich dabei sowohl als Initiatorin als auch als Veranstalterin und Veranstaltungsort.
3. Der Aufbau eines Netzwerkes und einer Informationsdrehscheibe mit bestehenden Institutionen
ISIS ist vertreten:
 - Salzburger Frauenrat
 - ARGE Gesundes Salzburg
 - AK für ältere Frauen
 - Mädchenarbeitskreis
 - Netzwerk der österreichischen FrauengesundheitszentrenISIS veranstaltet in regelmäßigen Abständen "Runde Tische" mit ExpertInnen zu Themenkreisen wie: "Zur Situation des Schwangerschaftsabbruches in Salzburg", "Frauen und Psychotherapie", "Behandlungsmöglichkeiten von Eßstörungen in Salzburg"
4. Begleitforschung zu Methode und Inhalten von ISIS
Im Jahr 1998 haben wir die Projektleitung zur Erstellung des ersten Salzburger Frauengesundheitsberichtes übernommen und eine wissenschaftliche Arbeit zum Thema "Bulimia nervosa" inhaltlich begleitet.

III. Unsere Stärken

ISIS ist ein top-down-Projekt und hatte von Beginn an keine spezielle Rechtfertigung nötig. Unterschiedliche Interessensvertretungen und ExpertInnen sind im Vereinsbeirat repräsentiert und damit eingebunden. Dies war ein Vertrauensvorschuß für den Beginn unserer Tätigkeiten.

ISIS entwickelte sich in den ersten vier "Betriebsjahren" zu einer fachlich anerkannten Einrichtung.

IV. Unsere Schwächen

Kritische Momente bleiben häufig auf der Strecke. Eine Einschränkung der Handlungsfreiheit der Mitarbeiterinnen ist insofern gegeben, da letztlich alle Entscheidungen auf Vorstandsebene gefällt werden müssen.

Diese Strategie benötigt zur Ergänzung Kritisches von außen.

Nicht erreicht wurde:

Schwangerschaftsabbruchmöglichkeit am Salzburger Landeskrankenhaus
Gynäkologin mit Kassenvertrag in der Stadt Salzburg
Sekretariatsstelle im FGZ

V. Unterstützende Gruppen

Gesundheitsressort des Landes Salzburg
Frauenbeauftragte von Stadt und Land,
Salzburger Gebietskrankenkasse
Fraueneinrichtungen in Salzburg
Expertinnen im Vorstand und als "freie Mitarbeiterinnen"

2.5 f.a.m. - Frauen für andere Möglichkeiten - Frauengesundheitszentrum Vorarlberg Jutta Platzgummer

- I. [Ausgangssituation](#)
- II. [Organisation](#)
- III. [Ziele](#)
- IV. [Schwerpunkte](#)
- V. [Unsere Stärken](#)
- VI. [Unsere Schwächen](#)
- VII. [Bedrohungen](#)
- VIII. [Unterstützende Gruppen](#)

I. Ausgangssituation

Das Projekt wurde im Dezember 1996 als Verein gegründet.

Anstoß für die Gründung war das Ergebnis der Vorarlberger Frauenstudie aus dem Jahre 1993, aus dem klar hervorging, daß der Wunsch nach einem Frauengesundheitszentrum an 2. Stelle stand. Über 30 Prozent der Frauen wollten ein Frauengesundheitszentrum.

Engagierte Fachfrauen erarbeiteten ein Konzept und gründeten einen autonomen Verein.

Strategie war erst das Frauengesundheitszentrum zu gründen und erst danach auf die Suche nach Gelder zu gehen. Unterstützt wurde das f.a.m. während der Gründungsphase hauptsächlich von Politikerinnen aus dem sozialistischen Lager.

Vorarlberg ist ein sehr konservatives Land, und Frauenpolitik ist ganz stark an die Familienpolitik gebunden. Es war nicht klar, ob die Entscheidungsträger eine frauenspezifische Einrichtung überhaupt wollten.

Diese Strategie ist nicht ganz aufgegangen, da z.B. die Stadt Dornbirn in dieser Vorgangsweise eine Bevormundung sah. Es ist uns auch bisher noch nicht gelungen, von der Stadt finanzielle Unterstützung zu erhalten. Als wichtig hat sich für uns der Kontakt mit allen Parteien herausgestellt.

Dieses Ergebnis machte nach Ansicht der Gründerinnen des f.a.m.s den Bedarf an einem frauenspezifischen Umgang mit Problemen psychosozialer Art deutlich. In der Folge etablierte sich eine Arbeitsgruppe, und es entstand ein Konzept für eine frauenspezifische Einrichtung im Bereich der Gesundheitsförderung, das f.a.m.

II. Organisation

Das f.a.m. ist ein gemeinnütziger Verein mit Vorstand und Beirat. Es bestehen Eigeneinnahmen durch Veranstaltungen und Mitgliedsbeiträge, die Grundfinanzierung läuft über Subventionen durch Land, Bund, Sozialversicherung und Stiftungen. Geführt wird das f.a.m. von einer Geschäftsführerin (100 Prozent), daneben gibt es eine Sekretärin (50 Prozent).

Projektträger: Verein f.a.m. Geschäftsführerin: Jutta Platzgummer
--

III. Ziele

Die Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen unter einem Dach mit dem Fokus auf frauenspezifischer Gesundheitsvorsorge, unter Berücksichtigung weiblicher Lebensphasen zu fördern.

Die Bestimmung der Zielgruppe geht vom Mädchen über die reife bis zur weisen Frau.

Durch Begleitung und Information sollen Frauen in ihrer Eigenverantwortung und Selbstbestimmung unterstützt werden.

IV. Schwerpunkte

Beratung und Informationen

- Gynäkologische und allgemein-medizinische Beratung
(Fragen zu allen gynäkologischen Bereichen oft vor oder nach gynäkologischen Operationen)
- Psychologische Beratung, psychotherapeutische Beratung und Behandlung
Beratung und Begleitung in belastenden Lebenssituationen
- Mädchenberatung
Information und Begleitung zu allen Fragen die das Frau-Werden betreffen: Menstruation, Sexualität, Empfängnisverhütung etc.
- Beratung über Naturheilkunde
Weibliche Lebenszyklen, Weiblichkeit und Naturzyklus, Übergangsrituale, Kräuterheilkunde, Blütenessenzberatung,
- Ernährung und gesunde Ernährung
fachübergreifende Beratung und Behandlung
- Hebammenberatung/ Hebammenpraxis
Beratung und Begleitung durch Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach
- Beratung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern
- Schwangerschaftskonfliktberatung

Öffentlichkeitsarbeit

Durch Präsenz in den Medien (Printmedien, Radio und TV) sollen die bearbeiteten Themen bekannt gemacht werden. Die Medienarbeit zielt auf Aufklärung und Bewußtseinsbildung. Zweimal jährlich wird ein Veranstaltungskalender veröffentlicht.

Vernetzung

Im Sinne einer effektiven Information und Weitervermittlung steht das f.a.m. in Kontakt mit den bestehenden psychosozialen und medizinischen Einrichtungen der Region und ist Mitglied in verschiedenen Arbeitsgemeinschaften und Foren.

Z.B. FG feministische Mädchenarbeit, Arbeitsgruppe (AG) Frauenprojekte Vorarlberg, Vorarlberger Frauenrat, AG Familie, Plattform gegen Gewalt, AG Gesundheitsplattform, Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren, EWHNET.

Das Prinzip ist Hilfe zur Selbsthilfe - ausgestattet mit Informationen können Frauen besser entscheiden, was für sie gut ist.

V. Unsere Stärken

- Durch die Autonomie größere Handlungsmöglichkeiten
- Sofortiger Beginn mit den Beratungen und Veranstaltungen
- Multiprofessionelles Team
- Zu bestimmten frauenspezifischen Themen ist die kritische Stimme des f.a.m.s inzwischen gefragt. (Schwangerschaftsabbruch, Mifegyne etc.)
- Die Kooperation mit unterschiedlichen Trägern schafft Vertrauen und wird praktiziert.
- Landesweite Präsenz ist gewährleistet.
Vorträge, Workshops und Kurse können aus dem ganzen Land angefordert werden.
Kooperationen mit anderen Einrichtungen werden angestrebt:
z.Zt. Erarbeitung eines landesweiten Konzeptes für Eßstörungen mit Institutionen und Fachleuten.
- Gezielte Zusammenarbeit
Die drei größeren Frauenprojekte in Vorarlberg haben sich für eine Arbeitsteilung entschieden, sowohl inhaltlich als auch regional:
Bildung macht das Frauengetriebe in Bregenz, Information ist Aufgabe von femail in Feldkirch, Gesundheit macht das f.a.m. in Dornbirn, Mädchenzentrum wird von AMAzone in Bregenz angeboten.

VI. Unsere Schwächen

- Die Gründerinnen waren gleichzeitig Konzept-erstellerinnen, Vorstandsfrauen und Anbieterinnen von Beratungen, was zu erheblichen Rollenkonflikten führte. Zur Zeit sind eine Veränderung des Vorstands (Verkleinerung, neue Personen) und Erweiterung des Beirates, geplant.
- Geschäftsführung, telefonische Kontakte, Öffentlichkeitsarbeit, Projektarbeit usw. mit nur einer Person führt zur Überforderung.
- Kostengünstige Lösung und Möglichkeit für einen sofortigen Start beinhaltet aber die Gefahr der allzu selbstverständlichen ehrenamtlichen Tätigkeit und stellt eine Hürde bei der Umstrukturierung zur bezahlten Arbeit dar.
- Gefahr der parteipolitischen Zuordnung.
- Durch den bescheidenen Start (finanziell und räumlich) gibt es erschwerte Möglichkeiten des Ausbaues.

VII. Bedrohungen

Die größte Bedrohung stellt die prekäre finanzielle Situation dar. In Vorarlberg ist Projektarbeit angesagt, d.h. es gibt keine oder kaum Gelder für Strukturen, was wiederum keine Planung übers Jahr hinaus zuläßt.

VIII. Unterstützende Gruppen

Vernetzungen in den unterschiedlichsten Bereichen sowohl regional, national als auch international können als Unterstützung angesehen werden.

2.6 Frauengesundheitszentrum Kärnten Ingrid Waibel

- [I. Ausgangssituation](#)
- [II. Organisation](#)
- [III. Ziele](#)
- [IV. Schwerpunkte](#)
- [V. Unsere Stärken](#)
- [VI. Unsere Schwächen](#)
- [VII. Bedrohungen](#)
- [VIII. Unterstützende Gruppen](#)

I. Ausgangssituation

Am 11.3.1999 wurde das Frauengesundheitszentrum Kärnten nach fast zweijähriger Konzeptions- und Planungsphase in Villach eröffnet.

Initiiert wurde das Zentrum vom damaligen Gesundheitsreferenten des Landes Kärnten, also "top-down", das inhaltliche Konzept wurde von einem Expertinnengremium, bestehend aus Frauen aus den unterschiedlichen Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, im Auftrag des Landes Kärnten erarbeitet.

II. Organisation

Umgesetzt wird das Konzept von einem Team von drei Mitarbeiterinnen; einer Geschäftsführerin, einer Veranstaltungskoordinatorin und einer Sekretärin. Des weiteren arbeiten ca. 20 freie Mitarbeiterinnen mit.

Die Organisation ist eine relativ junge Organisation mit einem gewissen Entwicklungsbedarf, die Strukturen sind aufgrund des Konzeptes vorgegeben.

Projektträger:	Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH Land Kärnten, Stadt Villach
Projektgesamtleitung:	Frauengesundheitszentrum Kärnten
Projektmitarbeiterin:	Ingrid Waibel

III. Ziele

Das Ziel des Frauengesundheitszentrums ist die umfassende Gesundheitsförderung von Frauen und Mädchen. Gesundheitsförderung bedeutet laut der Definition der WHO "Menschen zu befähigen, größeren Einfluß auf die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit zu nehmen".

Ausgangspunkt des Konzeptes ist ein lebenswelten- und lebensphasenspezifischer Ansatz. Dabei soll die Befindlichkeit von Frauen als oberstes Prinzip gelten.

Aufgrund der Berücksichtigung der Lebenswelten ist eine Ausrichtung des Frauengesundheitszentrums auf die ländlichen Regionen Kärntens vorgesehen. Das heißt, die Räumlichkeiten in Villach sind die erste Stufe eines Ausbaus vom fünf weiteren Zweigstellen in Kärnten. Diese regionalen Zweigstellen sollen im Laufe der drei nächsten Jahre je nach Maßgabe der finanziellen Absicherung erfolgen. Dabei soll auf die regionalen Gegebenheiten, aber auch auf die regionalen Bedürfnisse Bedacht genommen werden.

Zielgruppen sind dabei vor allem Bäuerinnen, Arbeiterinnen, in Tourismusbetrieben Beschäftigte und Frauen in ländlichen Regionen.

Gleichermaßen sind Frauen in ihren verschiedenen Lebensphasen als Zielgruppe vorgesehen.

Prävention, Information und Empowerment sind dabei gleichrangige Ziele der Arbeit mit Frauen.

Weitere Ziele der Arbeit des FGZ sind Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung bestehender Institutionen und Initiativen aus dem Gesundheitssektor, Förderung der Rahmenbedingungen und "policy change", also Strukturarbeit in Zusammenarbeit mit Gesundheitsverantwortlichen und Multiplikatorinnen sowie interessierten Frauen aus dem institutionellen Kontext.

IV. Schwerpunkte

Frauen in den Wechseljahren

Frauen in ländlichen Regionen

Dieses Jahr Öffentlichkeitsarbeit

Etablierung von themenspezifischen Strukturarbeitskreisen

Studie über Cervixkarzinom geplant

Fachberatungen zu folgenden Themen:

Kritische Medikamenteninformation

Gynäkologie

Gyn-Hot-Linie

Krebsvorsorge - Krebsnachsorge

Physiotherapeutische Beratung

Hebammeninfostunde

Psychologisches Informationsgespräch

Beratung für Frauen, die Angehörige pflegen.

V. Unsere Stärken

Ein sehr umfassendes Konzept.

Von "oben" gewollt, also politisch unterstützt

VI. Unsere Schwächen

Hat keinen autonomen Status, von daher ist das Projekt sehr stark den politischen Veränderungen ausgesetzt

VII. Bedrohungen

Interessensgruppen fühlen sich durch die Etablierung des FGZ bedroht (Ärzte, bestehende Organisationen) und agieren gegen unsere Interessen.

Intern noch ungeklärte Strukturen

VIII. Unterstützende Gruppen

Interessierte Frauen

Gesundheitssprengel Villach/Land

3. Herausforderungen und Strategien für die Frauengesundheitszentren in Österreich

Sylvia Groth

I. Einleitung

II. Zukünftige Aufgaben und Zielsetzungen

III. Literatur

I. Einleitung

Die österreichischen Frauengesundheitszentren sind erst spät entstanden, vergleicht man sie mit ihren Schwesterorganisationen in anderen Ländern Europas und in den Vereinigten Staaten. Das Frauengesundheitszentrum Wien - F.E.M. - fing mit seiner Tätigkeit im Jahre 1993 an, noch im selben Jahr folgte das Frauengesundheitszentrum Graz. Das Frauengesundheitszentrum ISIS in Salzburg wurde 1994 gegründet, das Frauengesundheitszentrum Linz 1995 und f.a.m. Dornbirn (Vorarlberg) im Jahre 1997. 1998 eröffnete Graz sein Landprojekt, Frauengesundheitszentrum Leibnitz "Die Spinne und das Netz". Im Jahre 1999 folgten weitere Eröffnungen: im März das Frauengesundheitszentrum Kärnten, im Mai FEM Süd in Wien und im Juni das Frauengesundheitszentrum Tirol. Bis jetzt gibt es kein Frauengesundheitszentrum im Burgenland und in Niederösterreich.

Alle diese Zentren teilen gemeinsame Prinzipien: Sie setzen sich für die Wahlmöglichkeit und Entscheidungsfreiheit ein. Sie treten für frauenorientierte Dienstleistungen ein, indem sie die Qualität der frauenspezifische Gesundheitsversorgung verbessern. Von zentraler Bedeutung für dieses gemeinsame Konzept ist die Frauengesundheitsförderung, die sich auf Empowerment und auf die Beachtung der Lebensumstände einzelner Frauen und der Lebensumstände von Frauen insgesamt stützt.

Die Arbeit in den Frauengesundheitszentren beruht auf der Zusammenarbeit von Fachfrauen aus verschiedenen Berufsfeldern. Die Zentren haben sich im Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren zusammengeschlossen, das am 20. März 1996 in Graz gegründet wurde.

Trotz dieser Gemeinsamkeiten unterscheiden sich die einzelnen Zentren in ihren Herangehensweisen voneinander. Ihre Ansätze lassen sich als breites Spektrum beschreiben, das von der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen in Krankenhäusern bis zur entschlossenen Kritik an der medizinischen Praxis und an der Medikalisierung von Frauen reicht. Sie fokussieren eher auf die Bedürfnisse der individuellen Frau oder betonen die Relevanz, die gesundheitspolitischen Strukturen zu verändern. Die Zentren verfügen über verschiedene Stadien der Unabhängigkeit, je nach dem welche politische Partei oder welche professionellen Interessen in ihren Vorständen vertreten sind. Auch die zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel und Personalressourcen unterscheiden sich in jedem der österreichischen Bundesländer und hängen von den lokalen und regionalen strukturellen und politischen Umständen ab. Die Zentren teilen also charakteristische Merkmale und weisen zur gleichen Zeit bedeutsame Unterschiede in ihrer konzeptionellen Gestaltung und der Art ihrer Dienstleistungen auf.

Frauengesundheitszentren sind mit einer spezifischen Situation bezüglich der Frauengesundheitspolitik in Österreich konfrontiert. Traditionell wurden die sozialen Probleme "von oben nach unten" (top down) gelöst und nicht "von unten nach oben" (bottom up) angegangen. Dieser Ansatz konnte im Fall der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches

im Jahre 1975 beobachtet werden, als die Frauen in der Sozialdemokratischen Partei sich gegen das bestehende Gesetz widersetzen und ihre Partei veranlaßten, dieses Gesetz zu ändern. Dieser Weg "von oben nach unten" hat sich auch bei der Veränderung im Bereich der Geburtshilfe gezeigt, die eher von den Ärzten als von unzufriedenen Konsumentinnen medizinischer Dienstleistungen herbeigeführt wurden.

Dies war auch die Weise, wie die Frauengesundheitszentren gegründet wurden. Obwohl es eine aktive Bewegung für die Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsfreiheit der Frau in Bezug auf eine Schwangerschaft während der 70er Jahre gab und in einigen Städten Frauenselbsthilfegruppen entstanden, haben diese Gruppen nicht nachdrücklich Frauengesundheitszentren gefordert und initiiert, wie es in den anderen Ländern der Fall war.

Die Frauenhäuser und die später entstandenen Frauenberatungsstellen, die aus der feministischen Bewegung der 70er Jahre hervorgingen, haben weder explizit noch implizit ihre Arbeit als eine Arbeit an der Frauengesundheit begriffen. Die gesundheitlichen Folgen der gegen Frauen gerichteten Gewalt wurden von der Öffentlichkeit erst in den 90er Jahren wahrgenommen. Die Frauenberatungszentren nahmen in den 90er Jahren die Beratung von arbeitslosen Frauen und Wiedereinsteigerinnen auf. Die Mitarbeiterinnen sahen diesen intersektoralen Ansatz allerdings nicht als Frauengesundheitsförderung an.

Die herkömmliche schulmedizinische Praxis ist in Österreich auf wenig systematische Kritik gestoßen. Es gab keine organisierte Frauengesundheitsbewegung. PatientInnenvertretungen haben sich nur innerhalb der politischen Parteien etabliert. Die engagierte organisierte Vertretung gesundheitlicher Interessen (advocacy) ist nur wenig entwickelt. Lediglich Hebammen und Krankenschwestern haben sich in Berufsverbänden organisiert. Ärztinnen haben sich nicht zusammengeschlossen, um für ihre professionelle Interessen einzutreten.

Aus diesem Grund spielen Frauengesundheitszentren in Österreich eine neue und zentrale Rolle in der Förderung und Bekanntmachung der frauenorientierten Ansätze und von frauenspezifischen Versorgungsangeboten.

Wegen der Vielfältigkeit der Ansätze und der unterschiedlichen sozialen und politischen Bedingungen jedes einzelnen Zentrums möchte ich mich auf die Herausforderungen, die das Frauengesundheitszentrums Graz konfrontieren, konzentrieren.

Der medizinische Sektor weitet seinen Verantwortungsbereich aus. Daher sehe ich als eine unserer wichtigsten Aufgaben, diesem Prozeß der Medikalisierung etwas entgegen zu setzen. Normale weibliche Lebensphasen wie Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre wurden pathologisiert. Sie sind das Ziel von medizinischen und pharmazeutischen Interventionen geworden. Neue Marketingmethoden der pharmazeutischen Industrie (z.B. Novartis hat das Werbeprofil eines "Gesundheitsberaters") erschweren in zunehmendem Maße den Konsumentinnen, ihre wirklichen Bedürfnisse von den Werbeversprechungen zu unterscheiden. Unsere führende Aufgabe ist, gerade diesem Medikalisierungsprozeß entgegenzutreten. Die Bereitstellung von Informationen, Unterstützung und Orientierungshilfe zielen auf das Empowerment und ermöglichen Beteiligung. Meiner Einschätzung nach rechtfertigen Frauengesundheitszentren ihre öffentliche Finanzierung nur dann und erfüllen eine soziale Notwendigkeit nur dann, wenn ihr Ansatz ein kritischer ist. Wenn Frauengesundheitszentren nämlich auf soziale Ungerechtigkeit und Diskriminierung als gesundheitliche Gefährdungen aufmerksam machen. Und wenn sie bei den Veränderungen, die sie anregen und fordern, ein soziales Modell der Gesundheit anwenden.

Die Herausforderung für ein Frauengesundheitszentrum ist es, innovativ zu bleiben, sein kritisches Potential aufrechtzuerhalten und gleichzeitig zu kooperieren, mit der Zielsetzung, die Lebensqualität und gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Eine Ko-optierung stellt hier ein wirkliches Risiko dar.

Eine solche Arbeitsweise erfordert hohe Anforderungen an die Kompetenz und Flexibilität der Mitarbeiterinnen der Frauengesundheitszentren.

Frauengesundheitszentren tragen auch zur Gesundheit der Frauen bei, die nicht ihre Nutzerinnen sind. Sie stellen Modelle dar, die innovativ arbeiten und mit den anderen Organisationen im Gesundheitswesen kooperieren. Sie bilden Beschäftigte im Gesundheitswesen aus, unterstützen Projekte, entwickeln Informations- und Lehrmaterialien, die breit genutzt werden. Das zweifache Ziel, geschlechtsspezifische Gesundheitsangebote zu machen und den gesundheitlichen Mainstream zu bereichern, haben die Frauenzentren schon viele Jahre geleitet (Broom 1998).

II. Zukünftige Aufgaben und Zielsetzungen

- Bekanntmachung des geschlechtsspezifischen Ansatzes, Unterstützung der Nachfrage nach und Förderung des allgemeinen Bewußtseins für frauenfreundliche Versorgungsformen;
- Bereitstellung von Orientierungshilfen und Glaubwürdigkeit für Frauen;
- Interessenvertretung
- Wandel von der Beratung und direkten Angeboten hin zur Mitarbeit an der Weiterentwicklung Strukturen des Gesundheitswesens : Einen kooperativen Ansatz in Richtung Veränderungsarbeit unterstützen;
- durch spezifische Strategien benachteiligte Zielgruppen erreichen;
- Entwicklung und Verankerung von lokalen und regionalen Frauengesundheitsprogrammen;
- Frauengesundheitsförderung und Agenda 21 zusammenbringen.

Angesichts der Tatsache, daß soziale und gesundheitliche Einrichtungen in Österreich von Streichungen in der öffentlichen Finanzierung betroffen sein können, ist es umso wichtiger, ein klares öffentliches Profil zu haben, das uns von anderen unterscheidet und uns als Vertreterin gesundheitlicher Interessen von Frauen auszeichnet.

Da unser möglicher Aufgabenbereich sehr breit ist, während die finanziellen Mittel und Personalressourcen sehr eingeschränkt sind, müssen wir Prioritäten setzen, je nach sozialen und politischen Rahmenbedingungen, lokaler Gesundheitsversorgung und Strukturen der Zusammenarbeit.

Eine der Kernstrategien für Frauengesundheit ist Empowerment. In den Prozessen der Zusammenarbeit ist eine kooperative soziale Kompetenz zentral. In der Öffentlichkeitsarbeit und bei der Lobby-Arbeit für strukturelle Veränderungen müssen wir die speziellen Interessen von Frauen einbringen. Eine der zentralen kommunalen Strategien für Frauengesundheitszentren kann die Formulierung von Defiziten, erarbeiten von Zielen und die Entwicklung von Standards für die Gesundheitsversorgung sein.

Der späte Anfang der österreichischen Frauengesundheitszentren mit dem Ansatz "von oben nach unten", der auch durch Parteiinteressen beeinflusst wurde, kann sich letztendlich auf lange Sicht als vorteilhaft erweisen. Im Gegensatz zu Frauengesundheitszentren in anderen Ländern war für die österreichischen Frauengesundheitszentren die Zusammenarbeit mit etablierten Organisationen und politischen Parteien von Anfang an von zentraler Bedeutung. Dieses

charakteristische Merkmal kann der Angelpunkt für das Überleben in Zeiten von geringer werdenden Ressourcen zeigen. Wenn wir uns entscheiden, eine lernende Organisation zu sein, wird uns unsere Nähe zu Parteiinteressen finanzielle Unterstützung ermöglichen, während unsere Nähe zu den Bedürfnissen und Interessen von Frauen unsere weitere Legitimation sichert.

III. Literatur

Broom, Dorothy H., 1998: By Women, for Women: The Continuing Appeal of Women's Health Centres. In: *Women & Health* Vol. 18, No. 1, S. 5 - 22

Groth, Sylvia, 1999: Bewegte Frauengesundheit. In: Groth, Sylvia; Éva Rásky (ed.) *Frauengesundheiten*. Innsbruck, S. 84 – 97

4. Bottom up, top down - Die unterschiedlichen Entstehungsgeschichten und Strategien für eine zukünftige Entwicklung

Zur Diskussion

Die Frauengesundheitszentren (FGZ) in Österreich sind kommunalpolitisch durch ihre Entstehungsgeschichte unterschiedlich integriert. Ein Teil der Projekte war politisch gewünscht und kommunal oder landespolitisch initiiert. In diesem Fall haben sie für ihre Arbeit eine relativ hohe politische Akzeptanz, für viele Vorhaben der FGZ-Mitarbeiterinnen fällt der Begründungszwang über die Notwendigkeit ihrer frauenspezifischen Gesundheitsarbeit weg. Gleichzeitig gibt es in diesem Fall immer wieder Probleme mit der politischen Opportunität bestimmter Themen.

Die übrigen Frauengesundheitszentren entstanden auf Initiative von Frauengruppen oder Oppositionsparteien. Ihre Arbeit findet in einem politisch etwas autonomeren Raum statt, allerdings müssen sie politische Akzeptanz immer wieder herstellen.

Eine hohe kommunalpolitische Integration der Frauengesundheitszentren beinhaltet in der Regel auch eine selbstverständlichere Politik der Kooperation mit Organisationen des Gesundheitswesens oder anderer kommunaler Organisationen. Diese Zusammenarbeit kann eine verbesserte Akzeptanz frauenspezifischer Fragestellungen und Arbeitsweisen bewirken, kann aber auch die Präsentation kritischer Positionen bremsen. So gesehen kann bei einer kommunalpolitischen Integration der Frauengesundheitszentren die Rolle unabhängiger Gruppen im Frauengesundheitsbereich von einer gewissen Bedeutung für die Bearbeitung eher kritischer Positionen sein.

Die österreichischen Frauengesundheitszentren sind verglichen mit den niederländischen oder bundesdeutschen Zentren relativ "späte" Gründungen. Ihre Strategien der politischen Verankerung, der Positionierung der eigenen Arbeit im politischen und frauengesundheitspolitischen Umfeld, die Strategien der Zusammenarbeit und Vernetzung sind ausgearbeitet und gut formuliert, stehen aber am Anfang. Die Bewertung des Erfolgs dieser Strategien kann erst mit der Zeit erfolgen. Die einzelnen Zentren stellen sich dabei unterschiedlichen Anforderungen bei der Entwicklung ihres Arbeitsfeldes.

Im Mittelpunkt der Diskussion stand insbesondere die Frage, wo der Fokus der zukünftigen Arbeit in den FGZ's liegt:

- Zentral ist die Weiterentwicklung des eigenen Arbeitsansatzes und die Sicherung der Arbeit.
- Die Spinne und das Netz ist eines der Beispiele, an dem für das Thema Pflege beispielhaft Politikimplementation, Neuorganisation der Basis, stärkende Unterstützungsarbeit für Betroffene und die Entwicklung einer Professionalisierungsstrategie für Pflegende angegangen wird. Ein ganzheitlicher Ansatz, der die wichtigsten Themen im Pflegebereich miteinbezieht, wird umgesetzt.
- In der Regel steht den Frauengesundheitszentren, verglichen mit anderen Organisationen im Gesundheitsbereich, ein relativ geringes Budget zur Verfügung. In der Arbeit nehmen deshalb klare Zielumsetzungen und deutliche Prioritäten einen wichtigen Stellenwert ein. Neben den gewachsenen Aufgaben von Frauengesundheitszentren: der psychosozialen Betreuung, der Beratung, Unterstützung und Sensibilisierung von Frauen (des Servicebereiches der Zentren) stellt die Aufgabe der Politikberatung, der Lobbyarbeit für ein frauenfreundliches Gesundheitswesen und der Implementation von Modellprojekten ebenfalls ein wichtiges Element dar. Wie diese Arbeitsschwerpunkte ausgestaltet werden, wer im Team welche Aufgabe übernimmt, hat sich in der Praxis unterschiedlich ausgebildet. Allerdings gestaltet sich die entstandene Arbeitsteilung nicht konfliktfrei. Eine gute Netzwerkarbeit mit

Selbsthilfeorganisationen, anderen Frauengesundheitszentren innerhalb des Dachverbandes, mit anderen Organisationen im Gesundheitsbereich etc., die das Ziel hat, politische Standards zu setzen, braucht Zeit und Ressourcen der Zentren. Diese Arbeit ist nicht unbedingt sichtbar. Beide Arbeitsbereiche - nennen wir sie kurz Service und Politikberatung - stehen damit in einer gewissen Konkurrenz zueinander. Dies macht Probleme im Team und bei der Rechtfertigung der Arbeit. Da beide Bereiche sich professionalisieren, muß der gemeinsame Bezugspunkt geklärt, eine Form von Konfliktmanagement entwickelt und die Zusammenarbeit gut durchdacht werden.

- Diese Arbeitsteilung ist in der Frauengesundheitsbewegung anzutreffen. Die oft schwierige Zusammenarbeit zwischen den sogenannten (an der Basis arbeitenden) Grass-root-Organisationen und den eher auf politische Arbeit orientierten Gruppen ist bekannt. Zwar verfügen beide über je eigene Kompetenzen: Die einen haben Wissen über Problemlagen von Frauen und entwickeln Problemlösungsstrategien, die anderen versuchen, Rahmenbedingungen zu verändern oder Ressourcen neu zu bestimmen. Zu wenig geklärt ist bei dieser Entwicklung die Ebene der Zusammenarbeit z.B. über gute Dokumentationen einzelner Arbeitsbereiche und ein ausreichendes Monitoring der Zusammenarbeit. Hier stehen noch umfangreiche Entwicklungsarbeit und der Aufbau effektiver Allianzen aus.
- Entwicklungsarbeit ist auch noch für das Thema Legitimation der Arbeit zu leisten. In der Regel brauchen die Frauengesundheitszentren für ihre politische Legitimation Zahlen und Belege. Traditionell werden dafür die Arbeiten des Servicebereichs aufgearbeitet: Die Anzahl der betreuten Frauen, der Erfolg und die Anzahl von Veranstaltungen, die Presseresonanz, die Anzahl von Broschüren etc. können politisch gut als "Belege" verwendet werden. Bei Kooperationsvorhaben ist der Arbeitsanteil der Zentren schwerer zu belegen. Hier fehlt es an anerkannten aussagekräftigen Indikatoren für die positive Wirkung der Zentren in ihren "zahlenabgewandten" Arbeitsbereichen.
- Je besser die Strategien der Zentren im Umgang mit den jeweiligen Zielgruppen sind, desto höher kann die Zerreißprobe zwischen Servicebereich und Politikberatung werden. Auch langfristige Planungen und wechselnde Prioritäten sind bei der Menge der Aufgaben nicht unbedingt eine Lösung.
- Die Arbeit auf eine breitere Basis zu stellen, ist fast in jedem Zentrum eines der Ziele, z.B. beim Frauengesundheitszentrum f.a.m. mit der Erweiterung der Arbeit auf jüngere und mehr ältere Frauen. Bei anderen Zentren geht es um die Ausdehnung in die Fläche, z.B. beim FGZ Kärnten. Hier sind neue Arbeitsansätze und neue Strukturen der Zusammenarbeit oder der Arbeitsteilung gefragt, für die ein positiver gemeinsamer Bezug noch nicht gefunden ist.
- Den Abschluß der Diskussion bildete die Frage, wie die beiden Arbeitsbereiche der FGZ's in Kurzform der Servicebereich und die Politikberatung, beide ausreichend Ressourcen bekommen für die notwendige Professionalisierung und wie neben dieser Entwicklung gleichzeitig die Rolle der FGZ's als Motor für eine gender sensitive Gesundheitsversorgung ausreichend verankert und abgesichert werden kann.

5. Lernen von Europa. Wie können wir Wissen aus anderen Ländern nutzen?

Vera Lasch

- I. [Die politische Diskussion um das Aktionsfeld Frauengesundheit als Anlaß für eine Neubestimmung](#)
- II. [Modelle guter Praxis. Zur Bestimmung des Austauschpotentials](#)
- III. [Transnationaler Austausch im Frauengesundheitsbereich. Eine Zielbestimmung](#)
- IV. [Frauengesundheit in der Kommune. Die Zielsetzung des Workshops, Merkmale für eine Zusammenarbeit](#)

- I. Die politische Diskussion um das Aktionsfeld Frauengesundheit als Anlaß für eine Neubestimmung

Seit der Nachkriegszeit haben wir eine internationale Diskussion, die sich um eine positive Definition von Gesundheit bemüht und das Aktionsfeld Frauengesundheit mit in ihr Blickfeld genommen hat (als Beispiele die WHO Definition von Gesundheit, 1988 die Betonung des Aktionsfeldes Gesundheit, 1994 Women's Health Counts mit der Betonung des sozialen Kontextes von Frauengesundheit). In derselben Zeitspanne haben sich Gruppen und Projekte im Rahmen der Frauengesundheitsbewegung entwickelt und konsolidiert, die neben der Kritik am Gesundheitswesen (z.B. der Medikalisierung von Frauen) oder an gesellschaftlichen Verhältnissen (Gewalt gegen Frauen und die gesundheitlichen Folgen) Modelle der Beratung, der Selbsthilfe und Behandlung installiert haben. Mit dieser Bewegung hat sich ein Feld von Interessengruppen und -gruppierungen entwickelt, die öffentlich Frauengesundheitsanliegen vertreten. Ich möchte nicht auf die Erfolge der Frauengesundheitsbewegung verweisen, sondern auf die momentan bestehenden Probleme von Projekten und Organisationen im Frauengesundheitsbereich eingehen. Bereits 1995 hat eine Untersuchung des Ludwig Boltzmann Instituts in Wien gezeigt, daß europaweit lediglich ein Drittel der Einrichtungen finanziell abgesichert sind.¹

Inzwischen, so vermute ich aus den Erfahrungen in unserem Netzwerk, haben sich die Verhältnisse eher verschlechtert. Die Finanzierung und Arbeitsfähigkeit von Organisationen und Modellen guter Praxis im Frauengesundheitsbereich ist und bleibt problematisch. Das halte ich für einen wichtigen Anlaß für transnationale Zusammenarbeit und für ein Feld, in dem politische Aktionen gefragt sind.

- II. Modelle guter Praxis. Zur Bestimmung des Austauschpotentials

Transnationale Zusammenarbeit halte ich natürlich nicht nur für eine Frage verbesserter politischer Unterstützung oder politischer Durchsetzungsfähigkeit. Die Erfahrungen in EWHNET haben gezeigt, daß gegenseitige Verständigung eine Grundlage des Austausches ist und am Anfang stehen muß. Das Ziel des Lernens von anderen, die Chancen von dem Wissen anderer zu profitieren, braucht Grundlagen. Dazu gehört das Wissen über Projekte und Arbeitsweisen ebenso dazu wie das Wissen über den Stand der Diskussion in einzelnen Ländern oder um Potentiale einzelner Organisationen. Das Lernfeld und die dort arbeitenden ExpertInnen sollten bekannt sein.

¹ Ludwig Boltzmann Institut für die Gesundheitspsychologie der Frau (Hrsg.), 1995: Manual of Women's Health Institutions in Europe. Handbuch der Frauengesundheitseinrichtungen in Europa. Wien.

Als nächstes ist der Verständigungsprozeß ein wichtiger Meilenstein, der nicht unterschätzt werden sollte. Wir haben in den einzelnen europäischen Ländern unterschiedliche Gesundheitssysteme, deren Struktur, Funktionsweisen und Finanzierungsmodalitäten sich unterscheiden. Gesundheitsförderung hat nicht überall denselben Stellenwert, Frauengesundheit, als politischer Auftrag, ist unterschiedlich verankert. Frauengesundheitsprojekte werden in ihrer politischen Relevanz unterschiedlich wahrgenommen, und die Umsetzungsmaßnahmen für eine verbesserte Frauengesundheit auf kommunaler Ebene treffen auf länderspezifische Rahmenbedingungen. Die Bestimmung dessen, was gute Praxis ist und welche Lerneinheiten interessant sind, setzt die Kenntnisse der Qualitäten und Erfolge natürlich auf der Basis nationaler Rahmenbedingungen voraus.

Aus unseren Erfahrungen in EWHNET² kann man verschiedene Themenkomplexe für ein gegenseitiges Lernen beschreiben:

- Das Aufarbeiten von Arbeitsansätzen, die Beschreibung von Organisationen und ihrer Arbeit gibt Anregung, über die eigenen Arbeitsschwerpunkte nachzudenken, diese eventuell neu zu strukturieren und eventuell Kooperationen einzugehen.
- Vergleich der Strategien der Öffentlichkeitsarbeit oder die Strategien der Politik-Implementationen in einzelnen Ländern.
Ziel kann dabei sein, die eigenen Strategien zu verbessern oder zu klären.
- Länderübergreifender Austausch über Strategien und Arbeitsweisen bei Projekten, die an gleichen Themen arbeiten (z. B. Bulimie, Frauen und Aids).
- Bei gleichartig arbeitenden Projekten, die frauenfreundliche Versorgung oder Beratung anbieten, wie z.B. den Frauengesundheitszentren, kann neben der Diskussion über die Organisationsstrukturen, den Arbeitsweisen oder politischen Strategien die Möglichkeit gemeinsamer Projekte oder gemeinsamer Projektentwicklung stehen, z.B. für Beratungsbroschüren zu bestimmten Themen oder für die gemeinsame Planung von Weiterbildungseinheiten.
- Für die letzte Arbeitsebene ist bereits eine Auseinandersetzung über die Bewertung verschiedener Entwicklungen, über die politische und gesellschaftliche Verankerung von Vorgehensweisen, über die Bewertung von Erfolg oder Mißerfolg überaus wichtig.

Auf unserem letzten transnationalen Treffen in Graz haben wir uns ein "Denkschema" erarbeitet, mit dem die Erfahrungen der einzelnen Projekte neu durchdacht und damit für eine gemeinsame Diskussion aufbereitet werden können. Die Vorgehensweisen von Projekten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, der Projektimplementation, der Fortbildung im Projekt, der Kommunikationsstrategien im politischen Aktionsfeld und Modelle guter Praxis sollen ihre Erfahrungen nach folgenden Punkten ordnen:

- starting points (Ausgangspunkte)
- strengths (Stärken)
- weaknesses (Schwächen)
- opportunities (Gelegenheiten)
- threats (Bedrohungen)
- stake holders (unterstützende Gruppen).

Für die Verständigung über kommunale Strategien im Frauengesundheitsbereich hat ein Teil der Referentinnen versucht, ihre Erfahrungen im Bereich der kommunalen Strategien in diese Richtung aufzubereiten.

² Lasch, Vera; Hantsche, Brigitte, 1997: Chancen zur Erschließung neuer Strategien und Modelle im Bereich der Frauengesundheitsbewegung durch eine europaweite Vernetzung. In: Zeitschrift für Frauenforschung, Heft 3, 1998, S. 34ff.

An diesem ersten Versuch das "Lernen voneinander" zu strukturieren und für die jeweilige Arbeit verfügbar zu machen, werden wir weiterarbeiten. Dieses Thema der "Grundlagen der Verständigung" gewinnt durch den gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

Fragen für die Weiterarbeit im EWHNET sind: "Wie können wir unser Wissen für eine transnationale Diskussion verständlich aufbereiten?" "Wie können wir Qualitäten und gute Praxis prägnant benennen?"

III. Transnationaler Austausch im Frauengesundheitsbereich. Eine Zielbestimmung

Die wichtigsten Inhalte für einen transnationalen Austausch sind meiner Meinung nach:

- die Erfassung und Sichtbarmachung des Potentials und der Qualitäten im Frauengesundheitsbereich. (Dazu gehört das Wissen über Expertinnen, Austauschmöglichkeiten, Material und die Arbeits- und Veröffentlichungsstrategien.)
- Dazu gehört die Verständigung über
 - politische Strategien transnational, national und regional,
 - die "Qualitätsbestimmung" der Arbeit, Ziele oder Ergebnisse von ausgewählten Projekten und Organisationen ,
 - die Identifikation wichtiger Themen und der Möglichkeit einer arbeitsteiligen Weiterentwicklung,
 - die Initiierung von gemeinsamen Projekten, die länderübergreifend Problembereiche angehen,
 - soweit möglich die Erarbeitung gemeinsamer Standards und Forderungen sowie
 - die Planung einer gemeinsamen Lobbyarbeit und die Einigung über mögliche Wege der gegenseitigen Unterstützung.

IV. Frauengesundheit in der Kommune. Die Zielsetzung des Workshops, Merkmale für eine Zusammenarbeit

In unserem Workshop heute haben wir die Möglichkeit, auf verschiedenen Ebenen zu arbeiten. Grundsätzlich geht es um lokale Arbeitsansätze in unterschiedlichen Ländern, die eine Verbesserung von Frauengesundheit zum Ziel haben. Der Workshop kann ein erster Versuch sein, sich über die Möglichkeiten transnationaler Zusammenarbeit auszutauschen. Als Ergebnis planen wir eine Broschüre, die Materialien und Diskussionen des Workshops präsentiert. Einige von uns werden sich im Anschluß an den Workshop überlegen, wie wir Standards für die Arbeit im Bereich Frauengesundheit in der Kommune formulieren können. Ich habe für unsere Arbeit in den nächsten beiden Tagen einige Merkmale und Fragen zusammengestellt, die die Diskussion anregen sollen:

- Wie können wir für die Arbeit an kommunalen Frauengesundheitsfragen ein positives Klima schaffen? Können wir in diesem Bereich transnational zusammenarbeiten?
- Mit der Veröffentlichung der Arbeit dieses Workshops haben wir eine Möglichkeit, Aufmerksamkeit zu erregen - wie nutzen wir sie?
- Ich halte das Sichtbarmachen von Strategien, Projekten und Erfolgen für relevant, national und transnational. Wie erreichen wir eine gute Visibility? Dazu gehört meiner Meinung auch eine gute Charakterisierung von Modellen guter Praxis, um eine Richtung angeben zu können, wohin die Entwicklung gehen soll.
- Gibt es die Möglichkeit der Erarbeitung einer "Positiv Liste" für kommunale Frauengesundheitsprojekte, die wir nicht nur national, sondern transnational verwenden können?

- Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit gibt es im Bereich der kommunalen Arbeitsansätze im Bereich der Frauengesundheit?
- Welche Projekte, Regionen oder Fragestellungen sind zu identifizieren?
- Welche Formen der Zusammenarbeit gibt es? Vielleicht kommen wir zu Vorschlägen für weitere Workshops oder Treffen zu unserem Arbeitsthema. Welche Formen des länderübergreifenden Erfahrungsaustausches sind denkbar? (Welche können organisiert werden?)

Wir brauchen nicht alle Fragen zu beantworten. Aber wir haben Expertinnen aus den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen hier. Vielleicht können diese aus ihrer Arbeit und aus ihrem Erfahrungshintergrund heraus für die Beantwortung eines Teils der Fragen Anregungen geben.

6. **Mainstreaming - Strategien im Kontext von Frauengesundheit**

Sabine Overkämping

I. Einleitung

II. Mainstreaming

III. Mainstreaming in der Gesundheitspolitik

IV. Schlußfolgerungen

I. Einleitung

Zunächst werde ich allgemein den "Mainstreaming"-Ansatz auf europäischer Ebene beschreiben, um dann konkret die Umsetzung dieses Ansatzes im Bereich der Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene darzustellen. Lassen Sie mich gleich zu Anfang darauf hinweisen, daß das Thema "Frauen und Gesundheit" kürzlich in New York im Rahmen der Vereinten Nationen in Umsetzung der Aktionsplattform von Beijing eine große Rolle gespielt hat.

II. Mainstreaming

Nicht nur zum Thema "Frauen und Gesundheit", sondern insbesondere auch zur Verankerung des sog. "Mainstreaming"-Ansatzes haben die Beschlüsse der 4. Weltfrauenkonferenz auf allen Ebenen beigetragen.

Was tut sich nun auf europäischer Ebene?

Die Deutschsprachigen unter Ihnen werden den Anglizismus "Gender Mainstreaming", der in diesem Zusammenhang gebraucht wird, nicht leiden können. Und Sie haben recht, wenn Sie darauf hinweisen, daß mit der Querschnittsaufgabe "Frauenpolitik" dieser Ansatz hinreichend abgedeckt sei. Aber wie so oft hat die europäische Ebene eine eigene Dynamik entwickelt, von der letztendlich auch die Versiertesten profitieren können.

Wenn ich auf "Mainstreaming" im folgenden zu sprechen komme, dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren, daß natürlich spezifische Frauenfördermaßnahmen, also die sogenannten positiven Aktionen, weiterhin notwendig sind, zumindest solange, wie die Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern, nicht nur auf europäischer Ebene, noch nicht gewährleistet ist. In Europa sprechen wir dabei vom notwendigen doppelten Ansatz, nämlich dem "Mainstreaming"-Ansatz und den komplementär dazu notwendigen speziellen Frauenfördermaßnahmen. Es besteht also kein Grund zur Beunruhigung. Es soll nichts ersetzt werden. Ganz im Gegenteil. Die bisherigen spezifischen Frauenfördermaßnahmen sind als nicht ausreichend anerkannt worden, weshalb es erforderlich geworden ist, neue Strategien komplementär zu den bereits bestehenden zu entwickeln. Und da die "Mainstreaming"-Strategie neu ist, sprechen wir natürlich öfter darüber. Die spezifischen Frauenfördermaßnahmen, auch in der Gesundheitspolitik, sind weiterhin notwendig und erforderlich.

Die Entwicklung der sogenannten "Mainstreaming"-Strategie gehört zu dem Aktuellsten, was sich auf europäischer Ebene im Chancengleichheitsbereich tut. Die Kommission hat sich diesem Ansatz verpflichtet und es als vorrangigen Grundsatz des mittelfristigen Aktionsprogrammes der Gemeinschaft für die Chancengleichheit zwischen Frauen und

Männern (1996-2000) herausgestellt, sowohl als politisches Ziel an sich als auch als Strategie zur Erzielung eines Wandels in allen übrigen anvisierten Politikbereichen.

Jetzt habe ich den Begriff "Mainstreaming" schon so oft benutzt, daß es dringend notwendig wird, diesen zu definieren. Was meint die europäische Ebene, wenn sie von "Mainstreaming" spricht?

Was verbirgt sich dahinter?

Es handelt sich hierbei um ein Schlüsselement der Kommissionspolitik im Bereich der Chancengleichheit.

Beim "Mainstreaming" geht es darum, von einer traditionellen Sichtweise wegzukommen, nach der Gleichstellungsfragen als etwas Getrenntes von allgemeinen Politikfragen behandelt wurden, seien es nun Wissenschaften, Transport, Finanzen oder andere Politikbereiche. Wirkungsvolles Mainstreaming einer geschlechtsspezifischen Perspektive führt zu der Verpflichtung, jeden Politikbereich auf seinen Einfluß auf Frauen zu untersuchen und die Gleichstellung als einen integralen Bestandteil eines jeden Politikbereichs zu begreifen. Mit anderen Worten, von der Planung über die Entscheidungsprozesse bis zur Umsetzung jeder Politik wird Chancengleichheit einbezogen, mitbedacht und angemessen berücksichtigt.

Was unternimmt die Kommission auf europäischer Ebene nun konkret, damit "Mainstreaming" in der Praxis funktioniert?

Einer der Schlüsselfaktoren hierfür ist der entsprechende politische Wille. Verpflichtung auf höchster Ebene ist erforderlich, damit das "Mainstreaming" in die Tat umgesetzt wird. Im Februar 1996 hat die Europäische Kommission eine Mitteilung³ angenommen mit dem Titel "Einbindung der Chancengleichheit in sämtliche politischen Konzepte und Maßnahmen der Gemeinschaft". Diese Mitteilung war das Ergebnis einer konzertierten Aktion von verschiedenen Dienststellen der Kommission, initiiert von der Gruppe der mit Gleichstellungsfragen befaßten Kommissionsmitglieder unter dem Vorsitz des Kommissionspräsidenten Santer. Im März 1998 hat die Kommission einen Fortsetzungsbericht⁴ angenommen, der die Fortschritte im Bereich des "Mainstreaming" in der Kommission aufgrund besagter Mitteilung darstellt; ein weiterer Bericht ist in Vorbereitung.

In organisatorischer Hinsicht ist das "Mainstreaming" dadurch fest verankert, daß 29 Dienststellen der Kommission Beamtinnen und Beamte mit einer speziellen Zuständigkeit für das "Mainstreaming" benannt haben. Ihre Aufgabe ist es, den "Mainstreaming"-Prozeß in ihrer Dienststelle fortzuentwickeln. Die einzelnen Generaldirektionen sind dafür verantwortlich, die Chancengleichheit in ihre Politikbereiche einzubinden, wobei sie von einer interdirektionalen Struktur von Beamtinnen und Beamten (inter-service-group) unterstützt werden. Diese Neustrukturierung hat den Zweck, die Dimension der Chancengleichheit systematisch in alle politischen Konzepte und Maßnahmen der Gemeinschaft zu integrieren.

In politischer Hinsicht sind insbesondere in den Bereichen Beschäftigungspolitik und Strukturfonds, Entwicklungszusammenarbeit und Außenbeziehungen, Informations- und Personalpolitik sowie allgemeine und berufliche Ausbildung und Jugend erhebliche Fortschritte erzielt worden. So gibt es beispielsweise bei der Novellierung der Strukturfondsregelungen eine starke Berücksichtigung dieses "Mainstreaming"-Ansatzes. In der Forschungspolitik hat es ebenfalls wichtige Impulse für eine verbesserte Mitwirkung von Frauen gegeben.

³ KOM (1996) 67 endg. vom 21. 02.1996.

⁴ KOM (1998) 122 endg. vom 04.03.1998.

Gleichzeitig benennt der 98er-Fortschrittsbericht aber auch Politikbereiche, in denen noch größere Anstrengungen unternommen werden müssen, um eine geschlechtsspezifische Sichtweise zu integrieren. Hierzu zählen die einheitliche Währung, der Beitritt weiterer Länder zur EU und die Informationsgesellschaft. Allgemein fortbestehende Schwierigkeiten werden ebenfalls identifiziert: Hier sind fehlendes Bewußtsein für geschlechtsspezifische Fragestellungen auf der Ebene der Entscheidungsfindung und fehlendes Fachwissen über geschlechtsrelevante Fragestellungen zu nennen. Eine Überwindung dieser Schwierigkeiten ist daher das Ziel für die kommenden Monate und Jahre, insbesondere die Festschreibung eines Verfahrens, daß die Bewertung der geschlechtsspezifischen Auswirkungen von Politiken zum Gegenstand hat. Mit der Festlegung eines förmlichen Verfahrens kommen die zuständigen Stellen nicht mehr umhin, sich mit Chancengleichheit zu befassen.

Das schon eingangs erwähnte mittelfristige Aktionsprogramm für die Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern wird hilfreich sein. Die "Mainstreaming"-Strategie der Kommission wird in der zweiten Halbzeit dieses Programms durch ein Ausbildungs- und Bewußtmachungsprogramm weiterentwickelt werden. In Einklang mit dem neuen Artikel 3 des Amsterdamer Vertrags werden die Verfahren und Vorschriften der Kommission sorgsam überprüft, um das Verhältnis zwischen Frauen und Männern in allen ihren Entscheidungs- und Beratungsstrukturen zu verbessern und um zu gewährleisten, daß alle Rechtsvorschlage oder anderen Maßnahmen der Kommission den Auftrag des Vertrags erfüllen, die Chancengleichheit von Frauen und Männern zu fördern.

Der Amsterdamer Vertrag ist als Garant für die Umsetzung der beschriebenen Zielvorstellungen von besonderer Wichtigkeit. Darin ist die Verpflichtung der Gemeinschaft zur Verwirklichung der Gleichstellungspolitik nachdrücklich untermauert worden. In Artikel 2 und 3 ist die Gleichstellung von Frauen und Männern unter den Gemeinschaftszielen und als Querschnittsaufgabe aufgeführt. Die Einbeziehung dieser Grundsätze in den Vertrag zeigt einerseits die Wirksamkeit des "Mainstreaming", andererseits die Verpflichtung aller im politischen und gesellschaftlichen Leben Verantwortlichen zur Verwirklichung der Chancengleichheit. Die im Vertrag ausdrücklich gegebene Zusage, die Chancengleichheit in allen Gemeinschaftspolitiken zu fördern, bildet eine solide Grundlage für Aktionen zur Einbindung der Dimension der Chancengleichheit auf europäischer Ebene.

III. Mainstreaming in der Gesundheitspolitik

Wie sieht es nun in der Gesundheitspolitik aus?

Zunächst muß festgestellt werden, daß die europäische Ebene in diesem Feld überhaupt tätig werden darf. Der EG-Vertrag regelt in Art. 152 Aktivitäten zum Thema "Gesundheitswesen" auf europäischer Ebene. In ihrer Mitteilung über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit⁵ hat die Kommission vorgeschlagen, in regelmäßigen Abständen einen Bericht über die gesundheitliche Lage in der EG vorzulegen. Ein erster Bericht⁶ mit einem Überblick über den Gesundheitszustand ist 1994 vorgelegt worden. Der zweite Gesundheitsbericht aus 1997 hat sich auf das Thema "Frauen und Gesundheit"⁷ konzentriert.

Auf diesen Frauengesundheitsbericht der Kommission möchte ich eingehen.

Dieser gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft und zeigt sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten in und zwischen den Mitgliedstaaten auf. Die Morbidität ist darin ein Thema, aber auch individuelle und soziale

⁵ KOM (1993) 559 endg. vom 24.11.1993.

⁶ KOM (1995) 357 endg.

⁷ KOM (1997) 224 endg. vom 22.05.1997.

Determinanten, die als Bestandteil demographischer und sozialer Entwicklungen Einfluß auf die Gesundheit von Frauen ausüben. Es werden Gesundheitsprobleme herausgearbeitet, von denen Frauen stärker betroffen sind, wie beispielsweise Eßstörungen, Brustkrebs, Osteoporose, sexueller Mißbrauch und die Folgen häuslicher Gewalt. Natürlich werden auch Gesundheitsprobleme thematisiert, die ausschließlich Frauen betreffen, wie beispielsweise das Fortpflanzungsverhalten, Gebärmutterhals- und Ovarialkrebs sowie die Menopause. Interessant sind insbesondere die Ausführungen zu Krankheiten wie kardiovaskuläre Krankheiten und HIV/Aids, die sich bei Frauen anders äußern als bei Männern.

Die Bestandsaufnahme bezieht sich auf die 191 Mio. Frauen (51,2 Prozent der Bevölkerung), die in der EG leben. Der Bericht basiert auf der Datenbank "Gesundheit für alle" der Weltgesundheitsorganisation, diversen Berichten und Daten des Statistischen Amtes der EG (Eurostat) sowie einer gemeinschaftsweiten Europabarometer-Umfrage, die Anfang 1996 mit Unterstützung der GD V durchgeführt wurde. Die vorhandenen Daten sind nicht umfassend, und es waren Einschränkungen vorzunehmen bei der Themenauswahl und den behandelten Altersgruppen. Ein zumindest erster Überblick der unterschiedlichen Dimensionen der weiblichen Gesundheit konnte dennoch gelingen.

Zwar überrascht es niemanden, daß Frauen durchaus guter Gesundheit sind, was nicht zuletzt ihre hohe Lebenserwartung, die derzeit 80 Jahre beträgt, beweist. Allerdings sind auch Problembereiche aufgedeckt worden. Fast jede vierte Frau in der EG leidet an gewissen funktionellen Einschränkungen aufgrund lang anhaltender Krankheiten. Auffallend ist auch die ungesunde Lebensweise von Frauen, wenn sie rauchen, trinken, sich wenig bewegen und sich ungesund ernähren. Offensichtlich machen sich Frauen eine falsche Vorstellung von ihrem Risiko einer Herzerkrankung und von der Art der wichtigsten Risikofaktoren. Bedenklich ist das Ergebnis der mangelhaften ärztlichen Betreuung, wenn beispielsweise übergewichtige Frauen über 40, für die ein erhöhtes Risiko für Typ-II-Diabetes besteht, nicht ausreichend auf diese Krankheit hin untersucht werden.

Ich habe die Darstellung des Frauengesundheitsberichtes bewußt allgemein gehalten und nicht einzelne Ergebnisse herausgegriffen und mit Daten unterlegt, da Sie diese im Zweifel besser kennen oder bereits analysiert haben.

Im Rahmen meines Vortrages geht es um die Anwendung des "Mainstreaming"-Ansatzes in der Gesundheitspolitik. Die Tatsache, daß es einen Frauengesundheitsbericht gibt, ist Ausfluß der Anwendung dieses Ansatzes. Die gesonderte Wahrnehmung der Lebensbedingungen von Frauen, die andere sind als die von Männern, werden gewürdigt.

Dies geschieht auf europäischer Ebene organisatorisch in der Generaldirektion V, in der auch die Abteilung "Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern, Kinder- und Familienfragen" angesiedelt ist, in einem Fachdirektorat, das wie die Kommission insgesamt dem "Mainstreaming"-Ansatz verpflichtet ist. Das Chancengleichheitsthema spielt dort eine Rolle. Im Sinne der "Mainstreaming"-Strategie wird die Geschlechterdimension einbezogen, dies gilt für alle Aktivitäten, wie etwa Programmentwürfe, aber auch für alle Berichte, wie z. B. über den Gesundheitsstatus.

Es geht bei der Anwendung des "Mainstreaming"-Ansatzes in der Gesundheitspolitik allerdings nicht darum, daß hier konkret die Gesundheit der Frauen stärker in den Vordergrund gerückt werden soll als diejenige der Männer. Es ist vielmehr wesentlich, daß gesundheitliche Probleme von Frauen aus biologischen, gesellschaftlichen und sonstigen Gründen anders sind als die der Männer.

Was passiert nun mit solchen Ergebnissen?

Die Erkenntnis, daß Frauen spezifische Gesundheitsprobleme haben, ist ein erster Schritt in Richtung auf eine Verbesserung ihrer Situation. Der Frauengesundheitsbericht hat deutlich Handlungsansätze für die Verbesserung einer Gesundheitspolitik, die für Frauen anders ausgestaltet werden muß als für Männer, herausgearbeitet. Jetzt können spezifische Frauenfördermaßnahmen greifen.

Im Frauengesundheitsbericht ist beispielsweise die zunehmende Inzidenz der Osteoporose als eines der größten Probleme älterer Frauen herausgearbeitet worden, die zum Teil einem mangelnden Bewußtsein für Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten zuzuschreiben ist. Mit diesem Thema hat sich die europäische Ebene weiter beschäftigt. Für Mitte 1999 bereitet die Kommission beispielsweise eine Empfehlung des Rates zur Osteoporose vor.

Die Ergebnisse des Frauengesundheitsberichtes finden auch Eingang in bestehende Programme, wenn auch keine einschlägigen Aktionsprogramme der Gemeinschaft zum Thema "Frauen und Gesundheit" vorgesehen sind. Ein Beispiel ist hier das Aids-Aktionsprogramm der Gemeinschaft (1996-2000). Es ist nunmehr bekannt, daß Frauen für HIV und Aids anfälliger sind als Männer, obgleich sie nach wie vor nur eine Minderheit der Aidsopfer ausmachen. Der Frauengesundheitsbericht stellt heraus, daß die Bemühungen um die Prävention dieser Krankheit sich auch auf Frauen konzentrieren soll. Darauf antwortet das Aids-Aktionsprogramm der Gemeinschaft, in dessen Rahmen 1998 ein Aidspräventionsnetzwerk für Frauen aus den Mittelmeeranrainerstaaten initiiert worden ist.

Ich möchte abschließend auf eine Studie, die im Rahmen des mittelfristigen Aktionsprogrammes der Gemeinschaft für die Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern finanziert wurde, hinweisen. Diese Studie "Geschlecht, Macht und Veränderung in Institutionen des Gesundheitswesens der Europäischen Union" konzentriert sich auf die Untersuchung der Beteiligung von Frauen und Männern in Entscheidungsprozessen des Gesundheitswesens. Diese Studie liefert wertvolle Daten, doch reichen diese nicht aus, um sinnvolle Vergleiche zwischen den EU-Mitgliedstaaten zu ziehen. Allerdings sind einige allgemeine Schlußfolgerungen möglich. Interessant ist beispielsweise, daß auf Regierungsebene wesentlich mehr Ministerinnen für das Thema Gesundheit zuständig sind als beispielsweise im Justiz- und Finanzsektor. Auch in den Parlamentsausschüssen der EU-Mitgliedstaaten für Gesundheitsfragen ist die Repräsentation von Frauen größer als in anderen Parlamentsausschüssen. Die Daten zeigen aber gleichfalls, daß der Anteil der Frauen in administrativen Führungspositionen niedriger ist als in den korrespondierenden politischen Gremien.

Obwohl die Ergebnisse der Studie nur bedingt aussagekräftig sind, möchte ich die wesentlichen Ergebnisse vorstellen:

- Trotz eines hohen Frauenanteils in allen medizinischen Berufen wird in der Studie herausgearbeitet, daß der Weg zu einem gleichberechtigten Zugang zu den Entscheidungspositionen in den meisten europäischen Ländern noch ein weiter ist. Spitzenpositionen in Krankenhäusern, Krankenkassen, in Planungs- und Beratungsgremien, in medizinischen Verbänden und Gewerkschaften sind männlich dominiert. Auch ein Nord/Südgefälle ist benannt worden.
- Die der Studie zugrundegelegte Repräsentativumfrage und die durchgeführten Interviews zeigen deutlich, daß es wesentlich mehr Ärzte als Ärztinnen gibt. Spiegelbildlich dazu gibt es eine überwiegende Mehrheit an Krankenschwestern und Hebammen, die zwar wesentlich direkter mit der medizinischen Wirklichkeit zu tun haben, aber nicht über Entscheidungskompetenz verfügen.

- Besondere Aufmerksamkeit verdient das Ergebnis der Untersuchung, daß abgesehen von der innovativen Arbeitsmethode und dem innovativen Führungsstil, Frauen auf die Tagesordnung der Gesundheitspolitik andere Prioritäten setzen als Männer. Vorsorge, Gesundheitsförderung, Versorgung ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger sind beispielsweise ihre Themen. Die Interviews haben zudem ergeben, daß Frauen offensichtlich den Problemen, die mit Mutterschaft und Säuglingspflege in Zusammenhang stehen, mehr Aufmerksamkeit widmen. Männer verschreiben eher Medikamente, Frauen hingegen scheinen eine weitere Sicht zu haben, langfristige Ziele anzustreben, wobei sie auch Bereichen mit geringerem Prestige Bedeutung zumessen.
- Der schon erwähnte innovative Beitrag von Frauen im Entscheidungsprozeß des Gesundheitswesens zur Arbeitsmethode und zum Führungsstil sowie zu den gesundheitspolitischen Entscheidungen hat zu einer Änderung des Verhaltens bei den Männern geführt. Dies ist insbesondere von den befragten Schwedinnen betont worden.
- Insgesamt kommt die beschriebene Studie zu dem Ergebnis, daß neben notwendigen geschlechtsspezifischen Datenerhebungen der ausgewogenen Beteiligung von Frauen am Entscheidungsprozeß im Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zukommt.

Hier tragen die Anstrengungen der europäischen Ebene, die ausgewogene Beteiligung von Frauen und Männern am Entscheidungsprozeß voranzubringen, sowie die Weiterverfolgung des "Mainstreaming"-Ansatzes in der Gesundheitspolitik dann hoffentlich bald Früchte.

IV. Schlußfolgerungen

Unser heutiges Thema - "(Gender) Mainstreaming" kann nicht ohne Erwähnung der Aktivitäten der Vereinten Nationen abgeschlossen werden. Die verstärkten Aktivitäten der europäischen Ebene in diesem Bereich lassen sich darauf zurückführen, dies gilt insbesondere für das Thema "Frauen und Gesundheit". Die Aktionsplattform von Beijing, 1995, hat sich dem Thema der Frauengesundheit ausführlich gewidmet. In Umsetzung der Beschlüsse der 4. Weltfrauenkonferenz ist das Thema "Frauen und Gesundheit" jüngst in der Märzungsperiode des Ausschusses der Vereinten Nationen der Stellung von Frauen eingehend behandelt worden, um die Fortschritte und das weitere Vorgehen in diesem Bereich zu diskutieren. Dies wiederum bedeutet einen Anstoß für weitere Aktivitäten, auch auf europäischer Ebene.

Insgesamt ist festzuhalten, daß die Europäische Kommission in Umsetzung der Aktionsplattform der 4. Weltfrauenkonferenz beachtliche institutionelle Mechanismen entwickelt hat, um die Gleichstellung von Frauen und Männern voranzubringen. Eine kommissionsweite "Mainstreaming"-Strategie der Einbindung der Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern in alle Gemeinschaftspolitiken und -aktivitäten ist beschlossen worden. Spezifische Frauenfördermaßnahmen sind verstärkt worden, sei es in den Strukturen oder durch Zusammenarbeit. Die Wichtigkeit des geschlechtsspezifischen Ansatzes ist anerkannt und wird in einer immer größer werdenden Anzahl von Gemeinschaftspolitiken und -aktivitäten berücksichtigt. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik.

Ich bin sehr gespannt auf die Vorträge und Diskussionen. Ich weiß um die Schwierigkeit der Verbindung der europäischen Ebene mit der kommunalen Ebene und hoffe darauf, daß wir eine Verbindung schaffen werden, die es ermöglicht, uns gegenseitig zu bereichern. Projekte, die im Rahmen des mittelfristigen Aktionsprogrammes für Frauen und Männer gefördert werden, müssen einen sog. europäischen Mehrwert aufzeigen. Ich kann also sicher sein, daß die Verbindung gelingen wird.

7. National, transnational - wo und wie berühren sich Strategien?

Zur Diskussion

In der Diskussion wurden folgende Fragen behandelt:

- Wie lassen sich die Kenntnisse aus der praktischen Arbeit der Frauengesundheitsorganisationen mit den Bemühungen des Mainstreamings besser verbinden? Dabei zeigten die momentanen Aktivitäten, die von der Europäischen Kommission zur Frauengesundheit vorliegen, einen ganz spezifischen Zugang zu Frauengesundheit:

Der in der Diskussion von Frau Overkämping vorgestellte Frauengesundheitsbericht, beinhaltet vor allem die eher traditionell medizinischen Indikatoren. Diese Indikatoren beziehen sich im wesentlichen auf Fragen der Morbidität und Mortalität in ausgewählten Bereichen. Gesundheit, wie sie im Rahmen der Begrifflichkeit der WHO definiert wird, und vor allem Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung eine Rolle spielt, wird nicht repräsentiert. In der Regel arbeiten Frauengesundheitsprojekte mit einem erweiterten sozialen Begriff von Frauengesundheit, der die Ursachen für gesundheitsschädigende Lebensverhältnisse, die Gesundheitskompetenzen und Eigenverantwortung von Frauen stärken will und frauenspezifische gesundheitliche Vernetzung durchsetzen will.

- Eine der wichtigen Fragen in der Diskussion war deshalb wie das kritische Wissen der Projekte in der Frauengesundheitsbewegung im Rahmen einer europäischen Politik des Mainstreamings Ausdruck finden kann. Dazu gehört die Frage: wie die Gruppen im Frauengesundheitsbereich, z.B. aus Frauengesundheitszentren, am Prozeß der Themengestaltung im Rahmen der EU beteiligt werden können. Die Zusammenarbeit und das Einbringen von Interessen läuft traditionell über die Einbeziehung von Interessensgruppen bei der Implementation der Politik der Kommission. Nach der Festlegung von politischen Zielen sind alle Mitgliedsländer an diese Zielsetzung gebunden, allerdings obliegt ihnen die Umsetzung.

In diesem Kontext gilt es, die Forderungen nach einem lebensweltlich bezogenen Ansatz von Frauengesundheit und letztendlich, die Kenntnisse der Frauengesundheitsbewegung zu verankern, vermittelt werden sollten.

Kenntnisse über die Notwendigkeit alternativer Versorgungsformen, Kenntnisse die Fehlversorgung im medizinischen System aufdecken und die die Notwendigkeit und den Bedarf spezifischer Frauengruppen (Mädchen, ältere Frauen, Emigrantinnen) beschreiben.

In diesem Zusammenhang wird klar, daß FrauengesundheitsexpertInnen nicht auf der EU-Ebene präsent sind. Hier schließen sich folgende Fragen an:

- Wie kann in diesem Bereich Lobbyarbeit organisiert werden?
- Wie werden Interessen und Kompetenzen, der an der Basis arbeitenden Frauengesundheitsorganisationen verbunden mit den Organisationen die in dem Gesundheitsbereich Lobbyarbeit machen?
- Wie können politische Wege gestaltet werden, die die Lobbyarbeit auf eine breite Basis stellen?
- Wie kann im Rahmen der Lobbyarbeit für die bestehenden heterogenen Organisationen im Frauengesundheitsbereich eine effektive Arbeit geleistet werden?
- Wie können auch die kritischen Stimmen, vor allem der Basisorganisationen Eingang in die Diskussion finden?

In diesem Bereich ist relevant, daß eine öffentlichkeitswirksame Darstellung und Bewertung der Arbeit gelingt. Denn die Erfahrungen der Projekte im Frauengesundheitsbereich zeigen, daß oft nur bestimmte Themen öffentlichkeitswirksam zu transportieren sind. Für eine politische Durchsetzung von Interessen aus der Frauengesundheitsbewegung sind gemeinsame Standards und Forderungen unerlässlich. Hier fehlt es aber zur Zeit an Strukturen für eine solide Zusammenarbeit.

Ein weiteres Dilemma besteht darin, daß gerade auf der Ebene europäischer Politik aber auch der nationalen Politiken, die Diskussion strittiger Themen, wie z.B. der gesundheitlichen Situation von Lesben oder die Frage nationaler Ressourcen im Frauengesundheitsbereich wie z.B. bei bevorstehenden Schließungen nicht politikgängig sind. Auf dieser Ebene scheint man mit Darstellungen guter Praxis und von Erfolgen eher Gehör zu finden.

Um eine stärkere frauenpolitische Lobby aufzubauen, wäre es notwendig,

- eine kritische Auseinandersetzung der Organisationen, die im Frauengesundheitsbereich an unterschiedlichen Themen arbeiten über ihre Ziele zu erreichen,
- über Wege der Zusammenarbeit, über die Frage der Kooperationen mit anderen Organisationen des Gesundheitswesens Einvernehmen zu erzielen und
- sich über die Frage politischer Kooperationen Klarheit zu verschaffen.

8. Was macht die niederländische Organisation Aletta⁸ vorbildlich?

Lea den Broeder

I. Einleitung

II. Die Entwicklung des niederländischen Zentrums für Frauengesundheit - Aletta

III. Welche Faktoren haben zu Aletta's Erfolg beigetragen?

IV. Mit welchen Problemen hatte Aletta zu kämpfen!

V. Fazit

VI. Das Spektrum der Projekte von Aletta

I. Einleitung

Zentrales Thema dieses Workshops sind kommunale Strategien für Frauengesundheit. Als ein Beispiel möchte ich die Gründung, Entwicklung und Schließung von Aletta (das Niederländische Zentrum für Frauengesundheitsfürsorge) darstellen.

Aletta war während ihrer 20jährigen Existenz erfolgreich. Was waren die Grundlagen dieses Erfolgs? Wie war es möglich, daß es trotz dieses Erfolges liquidiert wurde? Wie können andere Organisationen im Frauengesundheitsbereich von Aletta's Beispiel profitieren und aus ihren Erfahrungen lernen?

II. Die Entwicklung des niederländischen Zentrums für Frauengesundheit - Aletta

Ich möchte euch auf eine Reise in die Vergangenheit nehmen. Es ist das Jahr 1980. Eine Gruppe von Frauen in der Gemeinde Utrecht, in den Niederlanden, gründete eine Frauengesundheitsgruppe. Diese Gruppe kam zustande, weil die Frauen merkten, daß die herkömmliche Gesundheitsversorgung nicht ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprach. Die Frauen kritisierten die autoritative Weise, in der sie von Ärzten und anderen Fachleuten behandelt wurden, die Medikalisierung von Frauenleben und die Tatsache, daß ihre Erfahrungen nicht von den Fachleuten im Gesundheitswesen ernstgenommen wurden.

Zwei Aufgaben waren für die "junge" Organisation Aletta von zentraler Bedeutung:

- Umsetzung/Einführung frauengesundheitlicher Dienstleistungen, die dem Bedürfnis der Frauen nach Empowerment und Wissen entsprachen; Austausch der Erfahrungen.
- Ausarbeitung eines kritischen Blicks auf die gesundheitliche Versorgung im allgemeinen und die Ausarbeitung einer feministischen Perspektive.

In dieser Anfangsphase wurde vor allem mit dem Selbsthilfeansatz gearbeitet. Frauengruppen haben Brust- und vaginale Selbstuntersuchungen durchgeführt. Auf diese Weise haben sie nicht nur Wissen erworben, sondern auch Selbstvertrauen und die Möglichkeit, ihre eigene Meinung zu sagen, entwickelt. Als eine der sogenannten grass rout (an der Basis arbeitenden)-Organisationen wurde Aletta von ehrenamtlichen Kräften geleitet.

⁸ Das Frauengesundheitszentrum wurde nach Aletta Jacobs (1854 - 1929) benannt. Sie war die erste Frau als Ärztin in den Niederlanden. 1880 eröffnete sie ihre Praxis als Ärztin in der Innenstadt von Amsterdam und behandelte vornehmlich Frauen und Kinder. Sie trat für Verhütung ein und war in der Frauenstimmrechtsbewegung aktiv.

Aletta wuchs als Initiative schnell. Weitere Frauengruppen entstanden und mehr Informationen in Bezug auf Gesundheit wurden zur Verfügung gestellt. Während dieser Phase wurde deutlich, daß die bloße Kritik an den medizinischen Institutionen nicht ausreichte. Die durch Aletta entwickelten Modelle guter Praxis sind differenzierter und anspruchsvoller geworden, die Kriterien für frauenfreundliche Gesundheitsversorgung wurden formuliert und dem medizinischen Bereich übermittelt.

Im Jahre 1984 gründete Aletta ihre eigene allgemeinärztliche Praxis. Dieser Schritt verlangte viel Mut. Es ist für die niederländische Situation nicht üblich, daß allgemeinärztliche Praxen ohne Einwilligung von den schon existierenden gegründet werden. Immerhin war die Entrüstung der anderen allgemeinärztlichen Praxen in Utrecht kurzlebig und Aletta's allgemeinärztliche Praxis wurde rasch integriert, sie nahm teil an allen ärztlichen Aktivitäten, betreute Wochenend- und Nachtruft-Dienste.

Man könnte sagen, daß diese ersten Aktivitäten von Aletta keine im strengen Sinne des Wortes kommunalpolitische Einbindung oder Zielsetzung hatte. Kommunalpolitische Strukturen wurden bei der Gründung und Entwicklung von Aletta nicht mit einbezogen. Allerdings war die Verbindung zur Frauengesundheitsbewegung immer vorhanden. Der Ausgangspunkt der Aktivitäten und bereitgestellten Dienstleistungen waren vor allem Fragen, Probleme und Bedürfnisse von Frauen. Gleichzeitig wurden die Erfahrungen, die mit den Frauen in den Beratungen bei Aletta gemacht wurden, auf eine politische Ebene transformiert.

Aletta's Arbeitsweise kann verdeutlicht werden, wenn wir den Aufbau der Stockwerke des Hauses von Aletta zur Darstellung verwenden. Im Erdgeschoß sehen wir die Basis der Arbeit, die allgemeinärztliche Praxis, die Gruppenräume und die individuelle Informations- und Beratungsstelle. Hier befindet sich auch die Bibliothek, die Basis des Wissens, das für Aletta's Arbeit unabdingbar war. Im ersten Stock waren Leitung und Verwaltung angesiedelt, im zweiten Stock waren die Projekte und Aktivitäten angesiedelt, die die Entwicklung von innovativen Sichtweisen und Methoden erarbeiteten. Hier war auch der Ort, wo Aletta's Broschüren und Materialien zur Information und Beratung im Frauengesundheitsbereich entwickelt wurden. Alle Arbeitsbereiche waren in ständigem Kontakt. Natürlich gab es institutionalisierte Arbeits- und Zuständigkeitsgruppen und übergreifende Dienstgespräche, wobei die informellen Wege des Austausches immer eine große Rolle spielten. Alle Frauen, die bei Aletta arbeiteten, trafen sich in den Pausen in der Küche und diskutierten in dieser freundlichen Atmosphäre ihre Erfahrungen, Fragen und "heißen Themen". So gesehen war die Küche von Aletta ein Symbol des gegenseitigen Austausches zwischen den unterschiedlichen Ebenen.

Viele Organisationen im Frauengesundheitsbereich entwickelten sich im Lauf ihrer Geschichte weg von der reinen Dienstleistungsorganisation hin zur Politikberatung. Diese Entwicklung geschah auch im Falle von Aletta. Die erfolgreichen Informationsveranstaltungen und Gruppentreffen für Frauen wurden allmählich seltener angeboten und schließlich endgültig eingestellt. Zur gleichen Zeit wurde die Funktion von Aletta als Stelle, die die Verletzung der Intimsphäre von Frauen und sexuelle Belästigung innerhalb des Gesundheitssystems aufnahm und übermittelte, von der kommunalen Gesundheitsfürsorge übernommen. Teile der Dienstleitungen wurden allerdings beibehalten. Die Allgemein ärztliche Praxis wurde aus strategischen und prinzipiellen Gründen fortgesetzt:

- sie diente als wichtiges Beispiel guter Praxis,
- sie gewährleistete, daß Aletta einen Status innerhalb des herkömmlichen medizinischen Bereichs behielt,
- notwendiges medizinisches Wissen wurde durch die Ärztinnen von Aletta bereitgestellt,

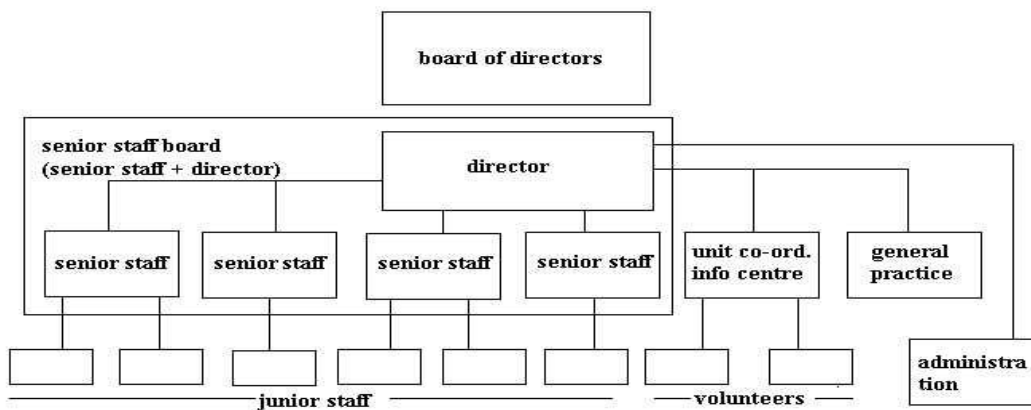
- der Kontakt mit den gesundheitlichen Problemen und Bedürfnissen von Frauen wurde erhalten.

Auch andere praktische Gründe sprachen für die Erhaltung des Servicebereiches. Als Beispiel kann die Bereitstellung des Selbstinseminationssets dienen (Spermabehälter, zervikal "cup" und Instruktion). Da viele Frauen aus vielen Regionen kamen, um diese Möglichkeit wahrzunehmen, wollten wir dieses Angebot nicht abschaffen. Ein anderes Beispiel war der Telefondienst für Frauen mit Gesundheitsfragen, auch dieser wurde fortlaufend betrieben.

Die Entwicklung in Richtung stärkerer Politikbeeinflussung spiegelte sich auch im Namenswechsel von Aletta wider. Während sie sich anfänglich Frauengesundheitszentrum nannte, wurde sie später zum Niederländischen Zentrum für Frauengesundheit umbenannt.

Ein Großteil von Aletta's Arbeit wurde neu ausgerichtet auf Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung. Es wurden erfolgreiche Projekte zur Ausbildung von Allgemeinärzten und Frauenärzten durchgeführt. Es wurden Projektentwürfe entwickelt, die auf die Integration genderspezifischer Gesundheitsversorgung im Bereich der Krankenpflege zielten. Aletta's Appell, genderspezifische Gesundheitsversorgung in alle medizinischen Ausbildungsprogramme einzubeziehen, wurde durch Fachleute, Ausbildungseinrichtungen und die Regierung begrüßt und übernommen. Im weiteren Verlauf war Aletta immer stärkeren Belastungen ausgesetzt, da die Regierung, die Aletta finanzierte, ihre Unterstützung (allmählich) zurücknahm. Man erwartete von Aletta, daß sie in einer dem Markt angepaßten Form arbeitete. Schließlich wurden der Druck, und die finanziellen Probleme zu groß für die Organisation. Aletta's Vorstand entschied sich, das Zentrum zu schließen.

Organisationsstruktur von Aletta Aletta's organisational Structure



III. Welche Faktoren haben zu Aletta's Erfolg beigetragen?

- Ein ausgesprochen wichtiger Faktor war die Professionalität des Personals. Aletta's Personal war multidisziplinär qualifiziert und stammte aus den Pflege- und den anderen medizinischen Berufen,
- vor allem die Tatsache, daß sich unter dem Personal von Aletta Ärztinnen befanden, ermöglichte und erleichterte den Zugang zum herkömmlichen medizinischen System.
- Die Multidisziplinarität sicherte ebenfalls einen breiten Aktionsbereich und ein entsprechend groß angelegtes Netzwerk.
- Die Kommunikation mit dem herkömmlichen Gesundheitsbereich verlief zufriedenstellend, weil das Streben auf Zusammenarbeit gerichtet war und sich nicht mit der bloßen Kritik und Konfrontation zufriedengab. Zum Beispiel bei der Entwicklung von Kriterien für die gendersensitive gynäkologische Versorgung waren GynäkologInnen, Krankenschwestern und SozialarbeiterInnen aus den Krankenhäusern mit einbezogen. Natürlich war es bei allen Kooperationen wichtig, die kritische Distanz nicht zu verlieren. Das war auch ein Grund dafür, daß Aletta sich als unabhängige Organisation verstand und auch geblieben ist.

IV. Mit welchen Problemen hatte Aletta zu kämpfen!

Beispiele von Problemen, mit denen Aletta sich auseinandersetzen mußte, und die teilweise an ihrem Erfolg gebunden waren:

- Die Entscheidung der Regierung, daß Aletta sich selbst finanzieren sollte, war daraus begründet, daß Aletta als eine erfolgreiche und hochgeschätzte Organisation galt. Die Tatsache, daß das Angebot Aletta's so "populär" war, kostenlos oder relativ billig war, wurde lange Zeit ignoriert.
- Eine gute Integration mancher der frauenpolitischen Sichtweisen und Methoden in die herkömmliche Gesundheitsvorsorge hat das Gefühl geweckt, daß die Frauengesundheitsorganisationen mit ihrer Funktion der Kritik des Gesundheitswesens, der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsforschung nicht mehr notwendig waren.
- Die Professionalisierung der Organisation verlangte die Entwicklung neuer organisatorischer Strukturen. Für die Umsetzung dieser Anforderung gab es wenige finanzielle und zeitliche Möglichkeiten.

Andere Schwierigkeiten traten unabhängig von Aletta's Leistungen auf:

- finanzielle Unsicherheit verhinderte oft die Planung und laufende Entwicklung,
- finanzieller Druck schränkte auch die Vernetzungsmöglichkeiten mit anderen Frauengesundheitsorganisationen ein,
- es kann schwierig sein, ein Honorar von Organisationen zu verlangen, die im Gesundheitswesen Gesundheitsdienstleistungen anbieten, und in denen frauenspezifische Sichtweisen teilweise als merkwürdig oder innerhalb ihrer Arbeit als nicht anwendbar begriffen werden.

V. Fazit

Jetzt wende ich mich meiner letzten Frage zu: Was können die anderen Organisationen von Aletta lernen? Die wichtigsten Themen wie Interdisziplinarität, Netzwerkaktivitäten als Kommunikationsstrategien, interne Kommunikation (formelle Wege aber auch das "Küchen" Modell), von der Dienstleistungs- zur politischen Ebene und umgekehrt wurde bereits angesprochen. Das Wichtigste ist, daß die Organisationen sich insbesondere die Nachteile des Erfolgs bewußtmachen sollten.

Erfolgreich zu sein bedeutet, daß es höchste Zeit ist, nach neuen Strategien, Kommunikations- und vielleicht organisatorischen Strukturen zu suchen. Man könnte sagen, daß es in der Natur der Sache liegt, daß Frauenorganisationen "lernende Organisationen" sind. Dies hat sich auch im Fall von Aletta erwiesen. Der Druck von außen allerdings erzielte für die laufenden Entwicklungen eine Bremswirkung. Viele Frauengesundheitsorganisationen kämpfen heutzutage ums Überleben. Viele sind finanziell von der Regierung abhängig. Das Streben nach finanzieller Unabhängigkeit könnte helfen, das Weiterführen der "guten Praxis" aufrechtzuerhalten.

VI. Das Spektrum der Projekte von Aletta

Das Frauengesundheitszentrum hat folgende Projekte durchgeführt:

- Die Entwicklung im Bereich des Gesundheitswesens wurde auf unterschiedlichem Wege beobachtet und kommentiert:
durch Veröffentlichungen, Debatten, durch die Teilnahme an Komitees und Netzwerken. Ein gutes Beispiel für diese kritische Beobachtung der Entwicklungen war die Mitarbeit in der niederländischen Gesellschaft für Medical Technology Assessment. Die Mitarbeiterinnen von Aletta wurden regelmäßig zu einer Stellungnahme zu Themen im Bereich Frauengesundheit eingeladen.
- Gesundheitsinformationen und Beratungen wurden für einzelne Frauen und für Gruppen vorgehalten. Das Gesundheitszentrum erarbeitete Informationsmaterialien über Frauengesundheitsthemen für Patientinnen und Konsumentinnen.
- Innovative Projekte wurden durchgeführt, wie z.B. die Entwicklung einer Kriterienliste und von Merkmalen zur Prüfung gendersensitiver Gesundheitsversorgung. Dazu wurde ein Projekt durchgeführt mit dem Ziel der Integration genderspezifischer Sichtweisen in die Gesundheitsausbildung. Forschungsarbeiten wurden durchgeführt, interdisziplinäre Expertentreffen und Runde Tische wurden organisiert, Bücher wurden verfaßt, um die Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten in der Gesundheitsausbildung und in Gesundheitsdiensten zu verankern.
- Die Ausbildung von Berufsgruppen wie Ärzten, Physiotherapeuten, Krankenschwestern, Pflegediensten u.a. war wesentlicher Teil der Arbeit des Zentrums. Gerade den Ausbildungsaktivitäten wurde große Bedeutung beigemessen. Dazu gehörte z.B. ein Projekt, das sich mit der Integration geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung in ein Curriculum für Gynäkologen befaßte. Es wurden für die Ausbildung verpflichtende Module zu Psychosomatik, genderspezifische Gesundheitsversorgung und Sexualkunde erarbeitet.
- Projekte, die bestimmte Zielgruppen betrafen, wie Migrantinnen oder ältere Frauen wurden entwickelt. In diesem Bereich erwies es sich als erfolgreich mit den in diesem Bereich vorhandenen Organisationen zusammenzuarbeiten. Ein erfolgreiches Projekt war die Erstellung eines Gesundheitskurses für ältere Frauen, das "50+Frauen nehmen ihre Gesundheit selbst in die Hand" genannt wurde.
- Aletta funktionierte als ein Expertinnen- und Wissens-Pool zur Frauengesundheit, der für ein breites Spektrum an Themen Informationen sammelte, Wissen und Kenntnisse bereitstellte. Nur um einige der Themen zu nennen: Eßstörungen, Schwangerschaft, lesbische Mutterschaft, Erkrankungen der Vagina, Menopause, Osteoporose, koronare Herzkrankheiten und Public Health Themen wie Brustkrebsscreenings und HIV Prävention.
- Viele Veröffentlichungsaktivitäten in Form von Artikeln, Broschüren, Büchern und Interviews wurden durchgeführt. Die Mitarbeiterinnen von Aletta gaben Präsentationen, Workshops, Kurse sowohl für Professionelle im Gesundheitswesen, als auch für PatientInnen und KonsumentInnen.
- Das Zentrum nahm ebenfalls teil an nationalen und internationalen Netzwerken zur Frauengesundheit.

9. Gute Praxis, notwendige Strategien, wo liegen Überlebenschancen?

Zur Diskussion

Mit der niederländischen Organisation Aletta⁹ gibt es ein Beispiel für eine langjährige Entwicklungsarbeit im Frauengesundheitsbereich, die in sehr vielen ihrer Arbeitsbereiche beispielhaft ist. Trotz hervorragender Arbeitsergebnisse wurde Aletta Ende 1998 aufgelöst. Damit stellen sich die Fragen der politischen Absicherung von Frauengesundheitsprojekten und deren Organisationen neu.

Aletta war an einem Punkt angelangt, an dem ein fundamentaler organisatorischer Umbau gefordert wurde. Entwicklungsziel war die Eigenfinanzierung über den "Markt" für 2/3 der Gelder. Die damit verbundenen Management- und Umorganisationsprobleme waren verhältnismäßig unlösbar. Wichtige Rollen unter anderen spielten dabei die Herkunft der Gruppe aus der Frauenbewegung, einem egalitären Anspruch innerhalb der Gruppe und einer gemeinsamen Geschichte der Entwicklung "ihres" Projektes (Wer sollte nun aus ökonomischen Gründen gehen? Wie werden effizientere Entscheidungswege gestaltet? Was bleibt noch an gemeinsamer Motivation?) Das Beispiel Aletta zeigt, daß Professionalisierung auch Veränderung der Arbeit, der Zusammenarbeit, der Organisationsstruktur und der Strategien fordern kann.

Je stärker die Arbeit in Richtung Politikberatung geht und auf gender sensitive Versorgungsformen der traditionellen Gesundheitsanbieter ausgerichtet ist, desto stärker ist eine "neue" Legitimation der Arbeit gefragt. Die Konkurrenz zu den politischen Leitstellen und den Anbietern im Gesundheitswesen wird groß.

Das Problem der internen Qualitätssicherung wurde ebenfalls angeschnitten. Viele Projekte im Frauengesundheitsbereich müssen sich politisch legitimieren, dabei sind interne Qualitätszirkel oder externe Evaluation meist nicht vorhanden. Qualitätsmanagement und Politikentwicklung benötigen in vielen Fällen Beratungseinheiten von außen. Es besteht aber weder eine Projektöffentlichkeit, in der diese Fragen gestellt oder angegangen werden können, noch gibt es Beratungs- oder Unterstützungsstrukturen für die Projekte. Allerdings scheinen die zukünftigen Anforderungen Lösungsstrategien zu verlangen. Für die Frauengesundheitszentren fehlen sowohl nationale als auch transnationale Strategien im Umgang mit Fragen der Qualitätsentwicklung, der Qualitätskontrolle und der Behauptung in einem sich immer stärker professionalisierenden Arbeitsfeld. Das Thema Zusammenarbeit, Konkurrenz, gemeinsame Arbeitsbereiche und gegenseitige - auch transnationale - Unterstützung ist dabei noch wenig angedacht. Zwar wurden verschiedene Formen in der Diskussion genannt, z.B. Qualitäts- und Organisationsentwicklung mit Unterstützung eines Beirats, aber die Erfahrungen in diesem Bereich stehen noch aus.

⁹ Weiteres Informationsmaterial zu Aletta siehe homepage <http://www.ifg-frauenforschung.de> im niederländischen Länderbericht.

10. Wie wird in der Bundesrepublik Deutschland das Thema Frauengesundheit kommunal bearbeitet? Hintergründe, Erfahrungen, Probleme und Perspektiven

Brigitte Stumm, Vera Lasch

- I. [Einleitung](#)
- II. [Die Kommune als politische Ebene für Themen der Frauengesundheit in der BRD](#)
- III. [Ein kurzer historischer Abriß der Entwicklung des Themas Frauengesundheit seit Anfang der 70er Jahre](#)
- IV. [Die Vielfalt entstandener Frauengesundheitsprojekte - Ein Versuch der Typisierung](#)
- V. [Akteurskonstellationen und Aushandlungsprozesse auf kommunaler Ebene](#)
- VI. [Kommunale Settings als Ort für Erfolg oder Mißerfolg von Frauengesundheitspolitik und Frauengesundheitsprojekten](#)
- VII. [Probleme und Perspektiven für die kommunale Arbeit am Thema Frauengesundheit in der BRD](#)
- VIII. [Literatur](#)

I. Einleitung

Eine Beschreibung der Vielfalt kommunaler Frauengesundheitsprojekte für die Bundesrepublik ist nicht einfach. Die Anforderung an eine kommunale Gesundheitspolitik entstand in der BRD im Zuge der Gesunde-Städte-Bewegung. Hier sind erstmals die globalen Anforderungen formuliert, die lokal zum Tragen kommen sollen. Die Differenziertheit der vorhandenen Projektansätze hängt eng damit zusammen, daß diese Anforderungen an eine kommunale Gesundheitspolitik sowohl auf historisch gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen, auf ein unterschiedliches Verständnis von Handlungskompetenzen einzelner auch politischer Institutionen als auch auf gänzlich verschiedene Möglichkeiten einer Verankerung dieser Anforderungen trifft. Zudem finden sich kommunalpolitische Rahmenbedingungen mit mehr oder weniger Finanzkraft und institutionellen Möglichkeiten. Der Beitrag versucht, diese Vielfalt zu beschreiben, Hintergründe der Entwicklung zu verdeutlichen und Herangehensweisen bzw. Handlungsebenen für frauengesundheitspolitische Strategien zu charakterisieren.

II. Die Kommune als politische Ebene für Themen der Frauengesundheit in der BRD

Wird die Kommune¹⁰ als Ort für Frauengesundheitspolitik benannt, so denkt man in der BRD zuerst an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)¹¹ bzw. die kommunalen Gesundheitsämter.¹² Die Kommune ist der Ort, an dem die medizinischen und gesundheitsbezogenen sozialen Dienstleistungen der Sozialversicherung erbracht werden; die

¹⁰ Der Begriff Kommune umfaßt Gebietskörperschaften, d. h. Gemeinden, Städte, kreisfreie Städte und Kreise.

¹¹ Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein Teil des bundesdeutschen Gesundheitswesens (umfassender Begriff). Ihm obliegt die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens einschl. der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeit. (Zitat nach Beske, F., u.a., S. 46). Er erfüllt Aufgaben der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsfürsorge.

¹² "Als untere Gesundheitsbehörde sind in allen Landkreisen und kreisfreien Städten zur einheitlichen Durchführung des öffentlichen Gesundheitsdienstes Gesundheitsämter zur Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens errichtet worden." (Zitat nach Beske, F., u. a., a.a.O., S. 53) Hinweis: Es gibt ca. 520 Gesundheitsämter in der BRD (Beske, S. 54).

Kommune ist auch Träger dieser Dienstleistungen. Die Kommunen sind aufgrund von Bundes- und Ländergesetzen verpflichtet, gesundheitspolitisch relevante Aktivitäten auszuführen. Daneben haben Kommunen durch ihre kommunale Selbstverwaltung nun die Möglichkeit, Träger einer eigenständigen kommunalen Gesundheitspolitik zu sein.

Eine kommunal orientierte Frauengesundheitspolitik trifft auf eine gewachsene Ansammlung sozial- und gesundheitspolitischer Strukturen und Leitbilder. Um den Entwicklungshintergrund kommunaler Frauengesundheitsprojekte in der Bundesrepublik zu verstehen, ist es wichtig, bestimmte historische Entwicklungen zu kennen:

Für die BRD kann man grob von drei Säulen des Gesundheitswesens ausgehen. Neben der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung wird der Öffentliche Gesundheitsdienst häufig als "dritte Säule" der gesundheitlichen Versorgung bezeichnet. Staatliche Zielsetzungen beeinflussen das Gesundheitswesen über die Gesetzgebungskompetenzen des Bundes, wie z.B. im Falle der Kostendämpfung oder der Neufassung der Sozialgesetzgebung.

Historisch betrachtet bearbeitete der ÖGD vor allem die im sozialen Feld liegenden Aufgaben in den großen Städten. Zu den gesetzlichen Aufgaben der damaligen Stadtärzte oder Kreisphysikuse gehörten fürsorgerische, gesundheitspolitische und hygienische Aufgaben. Während des Faschismus wurde diese Entwicklung gestoppt. Seither hat sich der ÖGD in den alten Bundesländern als Stiefkind der kommunalen Gesundheitspolitik entwickelt.¹³

Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt heute öffentlich-rechtliche Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens einschließlich der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeiten wahr. Sein Aufgabenspektrum ist immer noch durch das historisch gewachsene Aufgabenverständnis geprägt.

Zudem muß man den ÖGD nach Bundes-, Landes- und Kreis- sowie Gemeindeebene unterscheiden. Ebenso verschieden ist die ÖGD-Gesetzgebung in den einzelnen Bundesländern.¹⁴

Entsprechend ist der ÖGD als Institution in den Kommunen unterschiedlich vertreten. Entweder als eigenständiges Gesundheitsamt, z.B. in manchen großen Städten, oder als kommunale Verwaltungsabteilung mit differierender personeller Ausstattung. Die klassischen Aufgaben, die in weiten Bereichen heute noch das Selbstverständnis des ÖGD prägen, bestehen aus der

- Aufsicht und Überwachung der in den Gesundheitsberufen tätigen Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten,
- Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Arzneien und Giften,
- Gesundheitsselbsthilfe (Eheberatung, Schulgesundheitspflege, Mütter- und Kinderberatung, Fürsorge für Tuberkulosekranke, Geschlechtskranke, Behinderte, Pflegebedürftige, Süchtige),
- Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung,
- Förderung von Körperpflege und Sport,
- amts-, gerichts- und vertrauensärztliche Gutachtertätigkeit.¹⁵

¹³ In der DDR hatte der ÖGD einen anderen Stellenwert.

¹⁴ Bundesländer mit ÖGD-Gesetz: Baden-Württemberg (1994), Bayern (1986), Berlin (1994), Brandenburg (1994), Bremen (1995), Mecklenburg-Vorpommern (1994), Nordrhein-Westfalen (1997), Rheinland-Pfalz (1995), Sachsen (1991), Sachsen-Anhalt (1997), Schleswig-Holstein (1979), Bundesländer ohne ÖGD-Gesetz: Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Thüringen.

Eine starke gesetzliche Festlegung des Handlungsspielraumes des ÖGD ist eine Ursache für den geringen Spielraum für eine weiterreichende Gestaltung kommunaler Gesundheitspolitik. Kommunen und Städte hatten im ÖGD keinen Partner für umfassende Ansätze gesundheitspolitischer Gestaltung ihres engsten Lebensumfeldes.

Ende der 80er Jahre fand eine Umorientierung in den gesundheitspolitischen Leitvorstellungen statt. International wurden mit der Ottawa Charta (1986) die kommunalen Lebensbedingungen als Grundlage für die Gesundheit der Bevölkerung hervorgehoben. Mit der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik tritt besonders die Kommune neu in das Blickfeld gesundheitspolitischer Anstrengungen. Die Kommune als Setting wird als zuständige Aktionsebene für die Herstellung gesunder Lebens- und Umweltbedingungen deklariert. Verkehr, Wohnen, Arbeitsbedingungen, Ausbildung, energiepolitische Entscheidungen, Luftreinhaltung etc. werden im Sinne der Herstellung gesunder Lebensbedingungen als neues politisches Aufgabenspektrum in der Kommune gesehen. Diese neuen Aufgaben werden im politischen System der BRD nun hauptsächlich einem mehr oder weniger unvorbereiteten ÖGD zugeschrieben.

Lt. Ottawa Charta (1986) erfordert aktives, gesundheitsförderliches Handeln

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (d. h. das Thema Gesundheit muß in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden, PolitikerInnen müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen verdeutlicht werden)
- Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Arbeits- und Freizeitbedingungen, Verkehr, Wohnen, Ausbildung, energiepolitische Entscheidungen, etc. werden beeinflusst von kommunalen Entscheidungen)
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen (Gesundheitsförderung soll realisiert werden im Rahmen konkreter Aktivitäten von BürgerInnen in ihrer Gemeinde, Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange sollen gestärkt werden)
- Persönliche Kompetenzen entwickeln (z.B. Weitergabe von Informationen, Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten)
- Gesundheitsdienste neu orientieren (hier ist die Beteiligung des ÖGD, aber auch anderer im Gesundheitswesen tätiger Personen und Gruppen gefordert).¹⁶

Diese Normsetzung erfordert ein Denken in globalen Zusammenhängen, ein breites Spektrum an Akteuren ist aufgerufen, sich zu beteiligen. Damit sind bei der kommunalen Gesundheitsförderung neben den traditionellen Akteuren, der hauptsächlich medizinisch orientierten Gesundheitsversorgung und Gesundheitssicherung durch Ärzte und Krankenkassen und dem ÖGD neue Akteure aus dem kommunalen Bereich (wie z. B. Bürgerinnen und Bürger oder auch Organisationen aus dem Frauengesundheitsbereich) gefragt. Vor allem bezieht sich die Rolle des ÖGD auf ein verbreitertes Spektrum an Aufgaben.

Zu diesem neuen Aufgabenspektrum gehören (ohne Anspruch auf Vollständigkeit), die Beschreibung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung einer Kommune/Stadt in Form von Gesundheitsberichten als Instrument der Steuerung, Organisation von BürgerInnenbeteiligung oder von außerbehördlichen "Akteuren", aber auch die Entwicklung neuer Formen der Kooperation in den Verwaltungen (Intersektoralität), um ein solch

¹⁵ Beske, F., Brecht, J. G., Reinkemeier, A. M., 1995: Das Gesundheitswesen in Deutschland - Struktur-Leistung - Weiterentwicklung, 2. Auflage, Köln, S. 54.

¹⁶ WHO, Die Ottawa-Charta (vereinzelte Auszüge), in: Trojan, A., Stumm, B., Gesundheit fördern statt kontrollieren - Eine Absage an den Mustermenschen, Frankfurt, 1992, S. 84 - 91.

ambitioniertes Programm zu entwickeln. Das Problem dieses Aufgabenzuwachses für den ÖGD, aber auch für die anderen beteiligten AkteurInnen ist es, daß in den Verwaltungen dieses Arbeitsfeld noch nicht ausreichend vorbereitet ist. Das Ziel der Politikentwicklung für eine Umsetzung dieser Aufgaben ist noch nicht erreicht. Es fehlt noch an Konzepten der Umsetzung!

III. Ein kurzer historischer Abriß der Entwicklung des Themas Frauengesundheit seit Anfang der 70er Jahre

In den 70er Jahren entwickelte sich im Rahmen der neuen Frauengewegung eine Sensibilität für Frauengesundheitsthemen: Einerseits im Zuge der Frauengesundheitsbewegung mit Themen wie § 218, Selbstuntersuchung, Selbsthilfegruppen, neue Formen der Geburtsversorgung und der körperlichen Selbstbestimmung und andererseits durch die Frauenhausbewegung mit den Themen Gewalt gegen Frauen, Frauenhäuser. Im Bereich der Frauengesundheitsforschung wurde neben der Untersuchung geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhaltens und von Erkrankungsmustern der Weg für die Forderung nach geschlechtsspezifischen Datengrundlagen (Berichterstattung) für gesundheitliche Planung bereitet.

Seit Anfang der 70er Jahre entstanden in der BRD eine Vielfalt einzelner lokal oder überregional arbeitender Initiativen und Projekte, die Frauengesundheit als Arbeits- und Aktionsthema begriffen haben.¹⁷

In den letzten Jahren haben sich einzelne bundesweit arbeitende Zusammenschlüsse zum Thema Frauengesundheit gebildet (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), Dachverband der Frauengesundheitszentren (FGZBV), Frauenhäuserzusammenschluß; in Berufsverbänden haben sich Frauensektionen herausgebildet: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGTV), DGS und PPP). Daneben sind regional arbeitende Zusammenschlüsse entstanden (Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit in Niedersachsen, Forum Frauengesundheit Bremen, vernetzte Arbeitsgruppen z.B. in einzelnen Städten wie Berlin, Bremen, Frankfurt, Hamburg, Frauengesundheitszentren mit regionaler politischer Flächenwirkung, Geburtshäuser-Bewegung mit Dachverband).

Im Rahmen des bundesdeutschen "Gesunde-Städte" -Projektes der WHO beteiligen sich seit 1988 gesundheitspolitisch interessierte Frauen, Frauengruppen bzw. -projekte an der Diskussion um neue kommunale Vorgehensweisen und Strukturen im Frauengesundheitsbereich. Die in diesem Rahmen entstandenen Projekte sind ein weiteres Element der Projektlandschaft in der BRD. Der WHO-Rahmen war hier der Anlaß, Frauengesundheitsanliegen unter neuen Vorzeichen auf die Tagesordnung der kommunalen Politik zu setzen.

Der Frauengesundheitsbewegung ist es gelungen, sich in dieser Zeit zu konsolidieren. Gleichzeitig ist ein differenziertes Spektrum an Arbeitsansätzen und Organisationen entstanden. Ein Teil der Organisation hat es geschafft, sich überregional zu gründen; an einigen Orten sind renommierte Projekte entstanden und haben sich mit ihrer Arbeit einen Namen gemacht.¹⁸ In Regionen mit etablierter Frauenpolitik (Gleichstellungsstellen, Frauenbüros, besonders aber in Großstädten oder Universitätsstandorten) gibt es gute

¹⁷ Beispiele sind die Frauengesundheitszentren, die sich relativ früh gründeten, später kamen einzelne Selbsthilfegruppen mit Themen wie Bulimie oder Aids dazu.

¹⁸ Wobei sich trotz dieser Etablierung einzelner Arbeitsansätze bei einigen Organisationen die finanzielle Situation oder die personelle Ausstattung als weiterhin problematisch darstellt.

Voraussetzungen für die öffentliche Diskussion und damit auch für die kommunal-politische Thematisierung der Gesundheit von Frauen. Anderenorts fällt Frauengesundheit als kommunal-politisches Thema erst einmal unter den Tisch.

IV. Die Vielfalt entstandener Frauengesundheitsprojekte - Ein Versuch der Typisierung

Frauengesundheitsprojekte decken ein breites Themenspektrum ab, die Arbeitsansätze sind unterschiedlich, die Akteurinnen vielfältig.:

- Einen Strang bilden Projekte mit "sozialem" Charakter, sie versuchen sozialarbeitsnahe die soziale und ökonomische Situation von Frauen zu verbessern. Dazu gehören Frauenhäuser, Suchtprojekte, Projekte für alleinerziehende Frauen und Frauen-Erwerbslosen-Projekte.
- Ein anderer Strang von Projekten setzt an der Kritik der gesundheitlichen Versorgung an. Dazu gehören Geburtshäuser, Veränderungen in der Krankenhausorganisation durch Rooming-in, Projekte mit dem Ziel der Professionalisierung der Pflegeberufe und neue Formen der Laienversorgung.
- Ein Teil der Projekte arbeitet am Frauenbild in der Medizin. Grundtenor ist Selbstbestimmung, Frauen nicht als defizitäre Wesen zu begreifen. Klassisches Beispiel sind die frühen Projekte zur Selbstuntersuchung. Ein neues Beispiel ist das Internationale Zentrum für Frauengesundheit (IZFG), das im Bereich Kur und Krankheitsnachsorge neue Formen entwickelt. In bezug auf frauenfreundliche Behandlungsmethoden wurden für einige Krankheitsbilder in einzelnen klinischen Einrichtungen Behandlungskonzepte entwickelt, die von einem sozialen Modell bzw. frauenspezifischen Bedürfnissen ausgehen. Zudem sind hier fach- und berufs-übergreifende Interessenorganisationen mit dem Ziel der Diskussion und Präsentation frauenfreundlicher Gesundheitsversorgung (Beispiel mit der AKF e.V.) entstanden.
- Einen weiteren Strang bilden die Projekte im Bereich der gesundheitspolitischen Planung auf kommunaler Ebene. Der Mangel an entsprechenden Daten führte zu dem Versuch, die gesundheitliche Situation von Frauen überhaupt erst einmal zu beschreiben und abzubilden. Dazu gehören vereinzelt entstandene Gesundheitsberichte oder themenspezifisch arbeitende Gruppen auf kommunaler Ebene (Beispiel Berlin-Hohenschönhausen, dazu gehört auch die Art der Erstellung von Gesundheitsberichten z.B. organisiert aus Verwaltungen heraus in Arbeitsgruppen, wie z.B. zum Thema Müttergesundheit in Hamburg).

Für die Mehrzahl hat sich damit im Frauengesundheitsbereich ein Spektrum an Arbeitsansätzen entwickelt, das im wesentlichen themenzentriert und lokal oder regional arbeitet und keinen explizit kommunal-politischen Bezug hat.

So gut wie nie geht es in den Projekten um den direkten kommunal-politischen Bezug zur Verbesserung lokaler (regionaler) Bedingungen im Frauengesundheitsbereich. Ein breiter gefaßter Begriff von Gesundheit, der auch soziale Aspekte mit einschließt, ist eher die Ausnahme. Eine Vernetzung unterschiedlichster Projekte (wie z.B. beim Netzwerk Frauen und Mädchen in Niedersachsen) ist eher selten. Eine nicht geringe Anzahl von Projekten fühlt sich als autonom, eigenständig oder feministisch orientiert und nicht einer allgemeineren Frauen-(Gesundheits)- Bewegung zugehörig. Ihre Interessen an einer gemeinsamen Lobbyarbeit im Frauengesundheitsbereich dürften eher gering sein. Nur ein Teil der Projekte agiert mit kommunal-politischer Zielsetzung, die über eine Sicherstellung der eigenen Finanzierung in der Kommune hinausgeht.

Wir haben aus dem vielfältigen Spektrum an Projekten drei herausgegriffen, um die eher auf kommunal-politischer Basis arbeitenden Ansätze und deren Spektrum beschreiben zu können:

Projekte	Beschreibung
<p>Stadtteilprojekt Gesundheitsförderung für Frauen in einem Sanierungsgebiet: Osterholz Tenever in Bremen, als ein Projekt, das soziale und gesundheitliche Belange von Frauen punktuell kombiniert. seit 1989, laufend</p>	<p>Ziel des Projektes ist es, die baulichen, sozialen und gesundheitlichen Bedingungen in einer Hochhaussiedlung (Sanierungsgebiet) in Bremen für Frauen zu verbessern. Bewohnerinnen, Sozialarbeiterinnen, die Wohnungsbaugesellschaft sowie die Stadt, aber auch die Senatorin für Gesundheit waren in verschiedenen Realisierungsphasen die AkteurInnen für dieses Projekt.</p> <p>Folgende Gesundheitsaspekte umfaßt das Projekt: die gesundheitliche Situation in Wohnung und Wohnumfeld, Gesundheitsberatung, (z.B. Ernährung und Schwangerschaft), Kinderbetreuung, -erziehung in Selbstorganisation zu verbessern. Nach einer längeren Anlaufphase in der Hochhaussiedlung entwickelten die BewohnerInnen vermehrt eigene Interessenschwerpunkte und Engagement für ihr unmittelbares Wohnumfeld.</p>
<p>Geburtshaus als Projekt der Frauengesundheitsbewegung im Hamburger Bezirk Altona seit 1992, laufend</p>	<p>Ziel der Geburtshäuser ist es, rund um die Geburt eine andere Versorgung und ein anderes Erleben der Geburt zu ermöglichen.</p> <p>Akteurinnen sind freiberuflich arbeitende Hebammen, die sich in einem eingetragenen Verein zusammengeschlossen haben.</p> <p>Folgende Gesundheitsaspekte werden mit diesem Projekt verfolgt: Eine ganzheitliche Versorgung vor und nach der Geburt, Öffentlichkeitsarbeit (zum Leben mit Kindern), sowie Kurangebote für Eltern. Auf diese Weise verändert sich nicht nur das Geburtserleben, die geburtliche Versorgung (alles an einem Ort), sondern auch die Hebammenarbeit.</p>
<p>Frauengesundheitsbericht der Plan- und Leitstelle Gesundheit des Berliner Bezirks Hohenschönhausen als Projekt der kommunalen gesundheitspolitischen Planung 1998, laufend</p>	<p>Ziel des Projektes der Plan- und Leitstelle Gesundheit in Hohenschönhausen ist es, die gesundheitliche und soziale Lage von Frauen durch die Erstellung eines frauenspezifischen Gesundheitsberichts zu thematisieren und Vorschläge für die gesundheitsförderliche Gestaltung des Bezirks zusammenzustellen.</p> <p>Akteure sind BürgerInnen, Expertinnen, MitarbeiterInnen von Vereinen sowie des Bezirksamts. Folgende gesundheitliche Aspekte für Frauen werden berücksichtigt: Arbeit/Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Frauen und Sucht, Stadtplanung und Frauen. Zusammen mit der Hohenschönhausener Gesundheitsförderungskonferenz konnten wesentliche Teile der gestellten Forderungen bereits umgesetzt werden.</p>

Allein die hier aufgezählten Projekte weisen auf die Vielfalt und Breite kommunaler frauenspezifischer Arbeitsansätze und somit auch der unterschiedlichsten Finanzierungsmöglichkeiten und einzubeziehenden Akteurskonstellationen im kommunal-politischen Zusammenhang hin. Interessant ist ebenfalls, daß einige der kommunal-politischen Projekte in ihrer Zielsetzung keinen expliziten Gesundheitsbezug aufweisen, sondern eher mit einem impliziten Gesundheitsbezug arbeiten, d. h. der jeweilige politische Gegenstand ist nicht Gesundheit, aber der angestrebte Handlungsbereich hat gesundheitliche Auswirkungen (z. B. Arbeitsmarktpolitik, Bildung und Verkehr), die vor allem für die Lebensverhältnisse von Frauen dann als relevant erkannt werden.

V. Akteurskonstellationen¹⁹ und Aushandlungsprozesse²⁰ auf kommunaler Ebene

Will man in der Bundesrepublik Deutschland gesundheitspolitische Themen für Frauen auf die kommunale Tagesordnung setzen, so bewegt man sich im kommunal-politischen Raum in folgenden bisher wenig vernetzten Akteurskonstellationen. In einer Befragung norddeutscher Gesundheitsämter und Gleichstellungsstellen wurden z. B. folgende Akteurskonstellationen in den Kommunen benannt²¹:

- Selbsthilfeeinrichtungen (Vereine, Selbsthilfegruppen, Pro Familia, Mütterzentren, Frauengesundheitsgruppen)
- Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (ÄrztInnen, psychosoziale Versorgungseinrichtungen)
- Politische Institutionen (d. h. Parteien wie SPD, GRÜNE, CDU, FDP)
- Administrative Institutionen (Gesundheitsverwaltung, ÖGD, Frauengleichstellungsstellen)
- Bildungseinrichtungen (Volkshochschulen, Universitäten)
- Wohlfahrtsverbände
- kirchliche Einrichtungen (Caritas, Diakonie).

Dieses Spektrum verweist auf die verschiedensten Akteure mit unterschiedlichen institutionellen Einbindungen. Bisher besteht unter diesen Akteuren noch wenig Vernetzung und wenig politische Erfahrung in der Zusammenarbeit. Zudem zeigen die Antworten kommunaler Gesundheitsämter auf die Frage, welche Akteure sie kennen, daß vor allem traditionelle Akteure der kommunalen Kooperation bekannt sind wie z.B. Volkshochschulen. Akteure, die Frauengesundheit ebenfalls traditionell bearbeiten, wie Frauengesundheitszentren, werden selten und erst spät benannt. Diese Ergebnisse zeigen im Umkehrschluß wiederum, wie wenig die Projekte im Frauengesundheitsbereich sich kommunalpolitisch verstehen und agieren. Ihre politischen Strategien sind, wenn überhaupt vorhanden, nicht auf die Einbindung in ein kommunal-politisches Umfeld ausgerichtet (wahrscheinlich ist für manche Projekte die Anforderung einer kommunal-politischen Einbindung nicht einmal verständlich. Orientierung

¹⁹ Akteurskonstellationen bezeichnen eine Anzahl von Akteuren, die mit gleichen oder ähnlichen Handlungsorientierungen und Interessen für ein politisches Problem Lösungsstrategien entwickeln, vgl. auch Lenhardt, U., Rosenbrock, R., Elkeles, T., 1996: Bedingungs- und Akteurskonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb, WZB, Arbeitsgruppe Public Health.

²⁰ Aushandlungsprozesse umfassen Verständigungs- und Konfliktverläufe zwischen Akteuren im kommunal-politischen Raum. Sie finden auf den unterschiedlichsten Ebenen statt (Kneipentische können wichtig sein für Entscheidungen) und können zwischen fluktuierenden Akteursbesetzungen ausgetragen werden.

²¹ Die Antworten wurden aus einer Befragung kommunaler Gesundheitsämter und Gleichstellungsstellen in Norddeutschland im Frühjahr 1998 gewonnen. Lt. Angabe der befragten Gesundheitsämter sind im Frauengesundheitsbereich folgende Akteure aktiv: Volkshochschulen, Initiativen, Selbsthilfe-Gruppen, Einzelpersonen, Frauenbeauftragte, Verwaltung, Pro Familia, Mütterzentren, kommunale Einrichtungen psychosozialer Versorgung, Frauenzentren, Frauengesundheitsgruppen, private und öffentliche Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Bildungseinrichtungen, Universitäten, Wohlfahrtsverbände, kirchliche Einrichtungen, politische Institutionen.

kann dabei das Glasgower Projekt der frauenfreundlichen "gesunden" Stadt schaffen. (Material siehe <http://www.ifg-frauenforschung.de> Länderbericht).

Erfolgreiches Arbeiten auf der kommunalen Ebene für den Bereich Frauengesundheit hängt, wertet man die bestehenden Projekte mit kommunal-politischem Bezug aus, gerade in der Bundesrepublik Deutschland in hohem Maße von gelingenden "Akteurskonstellationen" ab. Für fast alle Projekte ist es ratsam, zu Beginn oder während der laufenden Arbeit eine Analyse²² der Akteurskonstellationen vor Ort zu betreiben.

Man kann ein klassisches Spektrum an Akteuren für die Bundesrepublik Deutschland benennen, deren konkrete Interessen oder Beteiligungsmöglichkeiten lokal zu recherchieren sind. Eine weitere gute Strategie, um mögliche Akteurskonstellationen zu erkennen, kann durch die Befragung von bestehenden Projekten nach ihren Erfahrungen mit bestimmten Akteuren erfolgen:

- unter Finanzierungsaspekten empfiehlt sich der Kontakt zu Krankenkassen, zu Ärzteorganisationen oder anderen Trägern öffentlicher Belange,
- die politische Unterstützung sollte über Gespräche mit Politikern, Frauenbeauftragten und über Öffentlichkeitsarbeit in der lokalen Presse gesucht werden,
- einzelne Institutionen des Gesundheitswesens sollten informiert werden,
- die Vernetzung mit anderen Organisationen im Frauengesundheitsbereich können unterstützend wirken.

Je nach Projektziel und Umsetzungsform müssen die kommunalen Akteursnetze lokal hergestellt und geschickt gewebt werden. Es empfiehlt sich ein Austausch mit bereits erfahrenen Projekten (wobei Konkurrenz zwischen den bestehenden Projekten disfunktional wirken kann).

Zugleich ist dabei zu beachten, daß Frauengesundheitsthemen, kurz zusammengefaßt, der Konkurrenz der klassischen gesundheitspolitischen Themen wie Kostendämpfung, Krankenhausbetten oder der Konkurrenz anderer Zielgruppen z.B. Kinder, ältere Mitbürger, Suchtabhängige, Behinderte etc. unterliegen. Frauenthemen²³ gelangen deshalb nicht leicht auf die kommunal-politische Agenda. Zum Agendasetting für kommunale Frauengesundheitspolitik bedarf es einer genauen Kenntnis der politischen Bedingungen und Einflußsphären vor Ort.

VI. Kommunale Settings als Ort für Erfolg oder Mißerfolg von Frauengesundheitspolitik und Frauengesundheitsprojekten

Für das hier skizzierte Setting der Kommune als Ort für die Thematisierung der Frauengesundheit, ist es nicht einfach, Kriterien für den Erfolg oder das Scheitern solcher Ansätze zu formulieren oder zu verallgemeinern. Zumal es noch wenige Beispiele gibt, bei denen bereits Erfahrungen der Zusammenarbeit in der Kommune zum Thema Frauengesundheit vorhanden sind. Grundsätzlich kann man unterscheiden zwischen

- dem Ziel der Etablierung konkreter Projekte
- dem Ziel der Vernetzung von Akteuren, um das Thema Frauengesundheit auf die kommunal-politische Agenda zu bringen und

²² Eine mögliche Methode für eine solche Analyse kann die Durchsicht lokaler Zeitungen nach agierenden Akteuren sein. So kann das Feld der Akteure erschlossen werden, evtl. können Experten-Gespräche mit relevanten AkteurInnen dazukommen (z.B. Ärzte, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen, beteiligte AkteurInnen in der Kommunalverwaltung).

²³ Wie z.B. das Thema Gewalt gegen Frauen, Förderung frauenspezifischer Angebote zur Selbsthilfe etc.

- dem Ziel der Implementation spezifischer Frauengesundheitsanliegen in die politische Planung.

Bei der Etablierung konkreter Projekte im Frauengesundheitsbereich stehen Finanzierung, die Errichtung von Arbeitsstrukturen, Stellenpläne und die Organisation der dafür nötigen Unterstützung im Vordergrund.

Die Vernetzung von AkteurInnen der Frauengesundheit hat das Ziel, die kommunal-politisch wichtigen Strukturen und Bedingungskonstellationen, in denen für das Thema Frauengesundheit Entscheidungen getroffen werden, einzubeziehen und zu beeinflussen.

Bei der Implementation von Frauengesundheitsthemen in die politische Planung ist die Aktions-ebene stärker an die kommunal-politischen Abläufe und Akteure, z. B. an die administrativen Akteure in den Gesundheitsverwaltungen, gebunden.

Zwei Beispiele, die sich als Mischform von Vernetzungszielen und dem Ziel der Implementation von Themen der Frauengesundheit auf der Ebene der politischen Agenda beschreiben lassen:

Das Netzwerk Mädchen/Frauen und Gesundheit in Niedersachsen: Es handelt sich um landesweite Vernetzungsstrukturen verschiedener Akteurinnen der Frauengesundheit: Frauenbeauftragte aus kommunalen Gleichstellungsstellen, dem Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und verschiedensten Frauenorganisationen. Die Basis der Zusammenarbeit ist thematisch breit angelegt. Hierzu gibt es eine gemeinsame Themenfindung und Themenfestlegung auf der Mitgliederversammlung. Die Vorbereitung der themenspezifischen Veranstaltungen übernehmen Arbeitsgruppen. Aus diesen Arbeitsgruppen, aber auch unter den teilnehmenden AkteurInnen entstehen stabilere Arbeitsstrukturen. Themenspektren: Migrantinnen, Mädchen, Seniorinnen. Die Zielgruppen sind Multiplikatorinnen und Frauengleichstellungsstellen. Das Netzwerk zielt auf den Austausch von Erfahrungen und Information, die Entwicklung von Politikstrategien für soziale und gesundheitspolitische Perspektiven. Inhaltlich soll die Diskriminierung von Frauen sichtbar gemacht werden. Es gilt, Solidarität, Kooperation und gemeinsames Handeln zu fördern. Das Netzwerk ist eine Servicestelle für Frauengesundheitsprojekte sowie Schwungrad für Ideen und ihre Umsetzung. In Ansätzen wird die Aus- und Fortbildung von Multiplikatorinnen erreicht, es werden relevante Aktionen gestartet, die Beachtung finden und es entsteht eine Aufarbeitung bzw. Sammlung von Know-how. Ein weiterer Bestandteil der Arbeit ist die Informationspolitik (Zeitschrift Impulse).

Ein solches Netzwerk kann als eine Basis bewertet werden, von der aus ein positiver Einfluß für Frauenthemen auf das politische Klima ausgeht, gleichzeitig werden die fachlichen Kompetenzen der Region gebündelt.

Die Entwicklung einer kommunalen Gesundheitsförderungspolitik durch die Erstellung eines kommunalen Gesundheitsberichts (Beispiel Hamburg, Bezirk Eimsbüttel): Die Stadt Hamburg ist eines von 16 Bundesländern und verfügt über eine breit entwickelte Gesundheitsberichterstattung. Im Hamburger Bezirk Eimsbüttel wird zur Zeit eine kommunale Gesundheitsberichterstattung vom kommunalen Gesundheitsamt (ÖGD) entwickelt. Einerseits konnte aufgrund der bezirklichen Aufbereitung von Landesdaten festgestellt werden, daß besondere Mängel in der Versorgung von Schlaganfallpatienten bestehen. Andererseits zeigte sich, daß im Bezirk Eimsbüttel besonders häufig Brustkrebserkrankungen von Frauen auftreten. Die Datenauswertung konnte aber keine ursächlichen Zusammenhänge für diesen Fund aufzeigen. In der politisch-administrativen

Diskussion dieser Ergebnisse und der Aushandlung von abzuleitenden Strategien ging es um die Entscheidung, entweder ein Brustkrebsprojekt von Seiten der Verwaltung zu entwickeln oder ein Schlaganfallprojekt zu unterstützen. Während beim Schlaganfallprojekt eine umfangreiche Akteurskonstellation (Ärzte, Universitätsprojekte, medizinischer Bereich) vorhanden war, die sich mit diesem Thema befaßte, konnte für das Brustkrebsthema keine solche Unterstützung gefunden werden. Man entschied sich für das Schlaganfallprojekt und stellte das Brustkrebsthema erst einmal zurück.

Aufgrund der kommunalen Besonderheiten sind politische Entscheidungen in den Verwaltungen häufig das Ergebnis von Aushandlungsprozessen und politischen Konstellationen. Will man Frauengesundheit auf dieser Ebene verankern, ist die Kenntnis der Beschaffenheit und der Interventionsmöglichkeiten in kommunale Strukturen unerlässlich. Die vor Ort existierenden Spielräume müssen bekannt sein, um sie nutzbar machen zu können.

VII. Probleme und Perspektiven für die kommunale Arbeit am Thema Frauengesundheit in der BRD

Themen der Frauengesundheit stehen auf der gesundheitspolitischen Ebene der Kommune erst einmal in der Konkurrenz zu allen anderen Themen der kommunalen Gesundheitsförderung. Es gibt immer "gute Gründe", sich gegen das Thema Frauengesundheit zu entscheiden, nicht zuletzt können auch die Modernisierungsanstrengungen (vor allem der Stellenabbau) im Verwaltungsbereich als Hintergrund für mangelnde Anstrengungen gelten.

Unter welchen Bedingungen hat das Thema Frauengesundheit Chancen, auf die kommunale Tagesordnung zu gelangen?

Wertet man die vorhandenen Erfahrungen aus, ergeben sich folgende Möglichkeiten, wenn:

- die Akteurskonstellationen, die innerhalb und außerhalb der Verwaltung bestehen, zugkräftig und stabil sowie auf Langfristigkeit angelegt sind,
- bereits bestehende Vernetzungsstrukturen angeboten werden können, die bisher lose zusammenarbeitenden Akteure (Selbsthilfegruppen bis Kirchen) zusammenzubringen und wenn wenig Konkurrenz zwischen den Akteuren (zum Beispiel um finanzielle Förderung) besteht,
- das Thema Frauengesundheit im "richtigen" Rahmen seine Platzierung erfährt (dazu gehört es, daß Themen anerkannt sind, alte Themen mit neuen verbunden werden usw.). Notwendig ist das Gespür für das richtige Thema am richtigen Platz, es bedarf einer "Gängigkeit" und politischen Transportfähigkeit des Themas,
- Argumente stichhaltig sind, wissenschaftliche Belegbarkeit hat dabei an Bedeutung gewonnen (Beispiel: Wie ist die Brustkrebshäufigkeit zu erklären?),
- die Akteure Informations- und Öffentlichkeitsarbeit betreiben und sich für ihre Ziele über die Aushandlungsprozesse (Bargaining) für ihre Anliegen im kommunalen Raum bewußt werden,
- die Kommune als Raum begriffen wird, in dem Akteurskonstellationen handeln und damit die Möglichkeiten für das Frauengesundheitsthema eröffnen oder verschließen,
- die Sensibilität und das Erlernen politischer Strategien und die Aushandlungskapazitäten der kommunalen Akteure in solchen Prozessen verbessert wird,
- Qualitätskriterien und Evaluationsschemata für die frauenspezifische Arbeit in Gesundheitsprojekten angewandt und weiterentwickelt werden,²⁴

²⁴ In diesem hochambivalenten Feld ist es ratsam, sich neben der heutzutage geforderten Projekt-evaluation um eine gemeinsame Wirkungskontrolle zu bemühen. Dazu gehören Kriterien für die Wirksamkeit von Frauengesundheitsprojekten, eine Möglichkeit der Auseinandersetzung um die Arbeitsbedingungen, Aus- und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und die Managementstrukturen (hierarchischer, egalitärer oder amtlich, ehrenamtlicher Konstellationen) in den Projekten. Hierzu siehe: Berg, G.; Werth, I., 1997: Qualitätskriterien und

- die gemeinsame Lobbyarbeit von Frauen auf dem Feld der Frauengesundheitspolitik selbstverständlich geworden ist und somit auch Konkurrenz und Zusammenarbeit neu zu bestimmen sind.

VIII. Literatur

Berg, G., Werth, I., 1997: Qualitätskriterien und Evaluationsschema frauenspezifischer Arbeit in Gesundheitsprojekten - Abschlußbericht der AG Qualitätskriterien für Frauengesundheitsprojekte, (Parität)

Beske, F., Brecht, J. G., Reinkemeier, A. M., 1995: Das Gesundheitswesen in Deutschland - Struktur-Leistung - Weiterentwicklung, 2. Auflage, Köln

Lenhardt, U., Rosenbrock, R., Elkeles, T., 1996: Bedingungs- und Akteurskonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb, WZB, Arbeitsgruppe Public Health

WHO - Die Ottawa-Charta (vereinzelte Auszüge). In: Trojan, A., Stumm, B., 1992
Gesundheit fördern statt kontrollieren - Eine Absage an den Mustermenschen, Frankfurt. S. 84 - 91

11. Umsetzungsstrategien für eine Gesundheitspolitik für Frauen: Strategien, Konzepte und Erfahrungen am Beispiel Bremer ForumFrauengesundheit

Ulrike Hauffe, Ilse Scheinhardt

- I. [Vorwort](#)
- II. [Eine Landesbehörde mit dem Auftrag zur Gleichberechtigung beizutragen](#)
- III. [Begründungen für eine frauenspezifische Gesundheitspolitik](#)
- IV. [Das FORUM FRAUENGESUNDHEIT als Vernetzungsbeispiel](#)
- V. [Ziele einer frauengerechten Gesundheitspolitik](#)
- VI. [Resümee](#)
- VII. [Literatur](#)

I. Vorwort

Das hier vorgestellte Beispiel der Implementation von Frauengesundheitsinteressen (Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau) und einer städtischen Frauengesundheitspolitik besteht schon seit 1981 in Bremen. Beispielhaft ist die Bereitstellung von Ressourcen der Landespolitik und die Vernetzungsarbeit auf gesamtstädtischer Ebene.

II. Eine Landesbehörde mit dem Auftrag zur Gleichberechtigung beizutragen

Die Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) wurde 1981 per Landesgesetz als Landesbehörde eingerichtet. Die Zentralstelle hat die Aufgabe, im Lande Bremen darüber zu wachen und darauf hinzuwirken, daß das verfassungsrechtliche Gebot der Gleichberechtigung der Frau in Arbeitswelt, Bildung und Gesellschaft erfüllt wird. Die Leiterin hat den Titel Landesbeauftragte für Frauen

Die ZGF hat also das Recht und die Aufgabe

- Frauen einzeln oder als gesellschaftliche Gruppe bei Diskriminierung zu beraten
- benachteiligte Frauen individuell bei der Durchsetzung ihrer Interessen unterstützen
- Gesetzes- und Beschlußvorlagen auf Landes- und Bundesebene zu kontrollieren um Benachteiligungen von Frauen entgegenzuwirken
- Maßnahmen und Gesetzesentwürfe zur Förderung von Frauen vorzuschlagen
- durch eigenständige Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit die Gleichberechtigung der Frau zu fördern

Die von Fachreferentinnen bearbeiteten Themenschwerpunkte sind:

- Die Grundsatzangelegenheiten der Frauenpolitik
- Rechtsangelegenheiten
- Fragen zu Frauen und Arbeit
- Frauenförderung im öffentlichen Dienst Mädchenarbeit
- Bildung und Wissenschaft
- Gewalt gegen Frauen
- Frauen und Gesundheit

Frauengerechte Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung - ein traditionelles Anliegen der Emanzipationsbewegung von Anfang an - ist eine Voraussetzung gleichberechtigter und selbstbestimmter Lebensgestaltung. Gesundheit ist eines der Grundrechte jedes Menschen (Weltgesundheitsorganisation WHO 1981. Die Arbeit der ZGF stimmt mit dieser Definition der WHO überein.

Die Arbeit der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau stimmt für den Bereich Frauen und Gesundheit mit der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) überein: Gesundheit ist "... eines der Grundrechte jedes Menschen" (1981).

Gesundheit "... ist Wohlbefinden in körperlicher, seelischer, sozialer, ökologischer und spiritueller Hinsicht. Wohlbefinden und Unwohlsein bis hin zu Gesundheit und Krankheit sind eng verflochten mit der Lebenswelt, in der wir uns bewegen. Ist diese Lebenswelt gekennzeichnet von vielen Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung, zur Partizipation und zur Verfügung über die eigenen Lebensumstände, so sind dies gesundheitsfördernde Faktoren." (3. Internationale Konferenz für gesundheitsförderliche Lebenswelten der WHO, 1991, Sundsvall / Schweden, Abschlußdokument).

Gesundheit - so wird in dieser Formulierung festgestellt - erhält und bildet sich im Zusammenhang der Selbstbestimmung eines Menschen über seine Lebenswelten. "Gesundheitsförderung ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung." (WHO, 1981)

Mit ihrer Definition reduziert die WHO Gesundheit nicht auf die Versorgung von Krankheiten durch medizinische Disziplinen, sondern verweist auf gesunderhaltende oder krankmachende Orte und Rahmenbedingungen individueller und gesellschaftlicher Lebens- und Handlungsfelder. Gesundheitsförderung ist die Organisation und die Erhaltung von gesundheitsfördernden Lebensräumen des Alltags.

Gesundheitsförderung ist damit ein politischer Begriff und Gesundheitspolitik für Frauen ist also auch Aufgabe von Frauenpolitik.

III. Begründungen für eine frauenspezifische Gesundheitspolitik

Warum ist die ausdrückliche Forderung nach einer frauengerechteren Medizin überhaupt nötig?

Weltweite Untersuchungen haben nachgewiesen, daß Ursachen, Ausgestaltung, Ausprägung, Symptomatik und Empfindung von Gesundheit und Krankheit bei Frauen und Männern unterschiedlich sind. Krankheitsbezogene Studien zu Ursachen, Diagnosestellung, Therapie und Behandlungserfolg orientieren sich allerdings vor allem an der männlichen Biologie, an männlichen Lebenssituationen und seiner Stellung im gesellschaftlichen Leben.

Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung belegen, daß Frauen sensibler und früher auf körperliche und psychische Symptome reagieren, durch die sich ein gesundheitliches Ungleichgewicht, eine Krankheit ankündigen kann. Frauen nutzen selbstverantwortlicher und in größerem Maße als Männer Untersuchungen zur Früherkennung, Schulungen zur Gesunderhaltung und auch Rehabilitationsangebote, um ihre Gesundheit zu fördern oder aktiv wieder herzustellen.

Frauen sind anders gesund und anders krank als Männer. Ein Frauenleben verläuft zeitweise in verschiedenen Rhythmen. Es besteht aus biologisch definierten körperlichen und seelischen Phasen, wie Pubertät, Schwangerschaft und den Wechseljahren. Alle Übergänge und Lebenszeiten sind mit körperlichen und seelischen Veränderungen verbunden, die über Gefühle der Verunsicherung und Erfahrungen des Beendens und Neuanfangens spürbar werden.

Diese weiblichen Übergangsphasen hat in den letzten 3 Jahrzehnten die Gynäkologie als riskante Ereignisse interpretiert und "behandelt". Dazu schreibt Eva Schindele: "Die heutige Gynäkologie normiert und pathologisiert weibliche Geschlechtlichkeit, (...) macht den weiblichen (Körper) zu einer Sache, die unter Kontrolle gehalten werden muß. Alles, was von der Norm abweicht, gilt als behandlungsbedürftig."²⁵

Beispiele dafür sind bekannt:

- In Teenagersprechstunden bieten FrauenärztInnen Mädchengynäkologische Routineuntersuchungen zur Überprüfung "normaler Entwicklung" oder zur Feststellung von "Normabweichungen" an. In dieser Atmosphäre unterstellter Pathologie wird gleichzeitig über Sexualität aufgeklärt und werden Hormone zur Zyklusregelung oder Schwangerschaftsverhütung verschrieben.
- Schwangerschaft und Geburt werden durch Ultraschall, Laboruntersuchungen und Pränatale Diagnostik - vorgeschrieben in den Mutterschaftsrichtlinien und dokumentiert im Mutterpaß - als hoch risikoreiche, pathologische Vorgänge definiert, die durch Medikalisierung und Technisierung kontrolliert werden sollen. Die Frau gilt als "fötales Umfeld" und wird zum Risiko für das Kind erklärt.
- Für die Wechseljahre werden Hormonersatztherapien als Steuerung von außen gegen angebliche innere "Mangelscheinungen" verschrieben.

Am Beispiel Wechseljahre wird deutlich, wie sich gesellschaftliche Vorstellungen - durch alle beteiligten AkteurInnen: Frauen, ÄrztInnen - und auch vermittelt durch die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens, auf den Umgang mit diesem Lebenszeitraum weiblichen Lebens auswirken:

Hormonumstellungen in den Wechseljahren treten bei allen Frauen auf, aber nicht alle Frauen leiden darunter:

- ein Drittel aller Frauen haben keine/ wenig Beschwerden in den Wechseljahren
- ein Drittel aller Frauen äußert mäßige Beschwerden
- ein Drittel aller Frauen leidet unter starken Beschwerden.
- Eine kürzlich in England vorgestellte Studie schreibt, daß sogar 75 Prozent aller Frauen (im englischsprachigen Ländern) keine unangenehmen Symptome haben.²⁶

Sozio-kulturelle Untersuchungen weisen nach, daß psychologische, soziale und kulturelle Rahmenbedingungen Einfluß darauf haben, wann etwas als Symptom wahrgenommen wird oder wann etwas als Krankheit gefühlt wird. Zum Beispiel werden Hitzewallungen besonders bei Europäerinnen und US-Amerikanerinnen als unangenehmes Symptom genannt. Japanerinnen leiden vor allem unter steifen Schultern, Kopfschmerz und Schwindel.

²⁵ Schindele, 1993: Pfuscher an der Frau, Hamburg

²⁶ Barrett-Connor, 1998

Nordamerikanische Wissenschaftlerinnen fanden kürzlich heraus, daß sich Knochendichte und Hormonspiegel mexikanisch-indianischer und nordamerikanischer Frauen gleichen, die indianischen Frauen trotzdem kaum an Wechseljahrsbeschwerden und nicht an Knochenbrüchen leiden. Das legt den Schluß nahe, daß weniger die fehlenden Hormone für die Befindlichkeit verantwortlich sind, als vielmehr eine körperlich aktive Lebensart, gekoppelt mit zunehmender gesellschaftlicher Wertschätzung. Mexikanisch-indianische Frauen werden nach ihrer reproduktiven Phase gesellschaftlich aufgewertet und erhalten definierten Kompetenz- und Machtzuwachs.²⁷

Vom medizinisch-biologischen Standpunkt aus sind die Wechseljahre von Frauen in unserem Kulturkreis ein unnatürlicher, pathologischer Zustand mit hohem Gefährdungspotential für Gesundheit und Wohlbefinden. Definiert als Mangelkrankheit mit beängstigenden Folgen (u.a. Osteoporose und Herz-Kreislauf-Erkrankungen), gebietet die Fürsorge zum Wohle der Frau - als logische Konsequenz - eine dauerhafte Hormonersatztherapie.

Die eigene Geschlechtlichkeit als kontrollbedürftig, die eigenen Geschlechtsorgane als potentiell krankheitsanfällig zu werten, nicht den eigenen Körpersignalen zu vertrauen und sich deshalb in die Hand von ExpertInnen abzugeben, das sind keine angemessenen Zuschreibungen und Verhaltensweisen, um die eigenen Lebensumstände möglichst selbstbewußt, unabhängig und gesundheitsförderlich zu gestalten.

Eine Gesundheitspolitik, die sich vor allem mit Krankheiten in Statistiken beschäftigt und mit der Organisation von Krankheitsversorgung, laboriert an Symptomen und bessert nicht die Ursachen. Eine Gesundheitspolitik, die der Gesunderhaltung von Frauen dient, muß deren geschlechtsspezifische Interessen und Lebensbedingungen berücksichtigen. Zum Beispiel den Wunsch vieler Frauen, im eigenen Handeln unterstützt und nicht behandelt zu werden. Frauen wollen als ganze Person verstanden werden - nicht unter den Teilaspekten bestimmter Symptome. Frauen haben - mehr als Männer - das Bedürfnis nach hörender und sprechender Medizin - also nach high touch und low tech - statt umgekehrt.

Immer weniger Frauen sind davon überzeugt, daß Gesundheit nur noch durch mehr und immer weitergehende Medizintechniken und Medikationen gewährleistet ist. Frauen haben erkannt, daß Wohlbefinden nur unter solchen psychosozialen Lebensbedingungen gedeiht, die ihnen ihren Entfaltungsrahmen für körperliche, seelische und soziale Erfahrungsvielfalt läßt: Wohlverhalten und Anpassung sind keine Garanten für Gesundheit, wohl aber soziale Absicherung, Selbstbestimmung, Kreativität, Selbstwert, Mut und Widerständigkeit.

Für Frauen wie für Männer gehören zur Gesunderhaltung/ Gesundheitsförderung Orte und Zeiten für einen grundlegenden Informations- und Erfahrungsaustausch zur Bildung eigener Standpunkte. Männer haben sich schon lange - und mit Erfolg - Bündnisse zur Meinungsbildung und zur Vernetzung ihrer Interessen organisiert: zur gegenseitigen Unterstützung und mit dem Ziel politischer Einflußnahme. Auch Frauen nutzen mehr und mehr ihre Verbindungen zur Durchsetzung von Fraueninteressen in der Gesundheitsversorgung.

²⁷ Love, , 1997, Schindele, 1998

IV. Das FORUM FRAUENGESUNDHEIT als Vernetzungsbeispiel

Ein Beispiel für eine regionale Handlungsbühne für die Vernetzung von Fachfrauen aus dem Gesundheitswesen in Bremen für eine *frauengerechtere Gesundheitspolitik vor Ort* - ist das FORUM FRAUENGESUNDHEIT, das 1994 von der *Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau* initiiert wurde und sich alle 3 Monate trifft.

Das FORUM ist ein Plenum für fachübergreifende Diskussionen zu Frauengesundheitsfragen mit Vertreterinnen aus Frauenprojekten, Beratungstellen, Bildungseinrichtungen, Hebammenpraxen, Kliniken, Betrieben, Arbeitnehmerkammern und Behörden - alle aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Wissenschaft und Forschung. Am FORUM nehmen Fachfrauen teil, als Professionelle ihres jeweiligen Arbeitszusammenhangs, aber auch als persönlich Betroffene, Konsumierende, Behandelte, als "Zielgruppe".

In diesem Fachgremium werden *interdisziplinär* Aspekte der Frauengesundheit diskutiert und frauengemäße Alternativen als Handlungs- und Entscheidungsanleitungen - sowohl für die Praxis gesundheitlicher Versorgung, aber auch als Beratung für PolitikerInnen - entwickelt und weitergegeben. Die berufliche Interdisziplinarität der Teilnehmerinnen hat sich als neue Qualität bei der Diskussion komplexer Problemzusammenhänge bewährt.

Im FORUM FRAUENGESUNDHEIT werden *aus Sicht von Frauen* Themen aufgegriffen, die bislang in der gesundheitspolitischen Diskussion kaum Beachtung fanden, aber für die Gesundheitsversorgung von Frauen von grundsätzlicher Bedeutung sind.

Einige Beispiele:

- ambulantes Operieren unter den Aspekten psycho-sozialer Vor- und Nachteile für Frauen
- Entwicklung von frauenspezifischen Standards für Qualitätssicherung im Rahmen des sog. Qualitätsmanagements
- Auswirkungen der Gesundheitsreform auf Frauen, am Beispiel § 20 SGB V
- Frauen und Sucht: Erklärungsmodelle, Therapievergleiche und Bedarfsanalysen
- "Intersexualität" und Kritik an traditionellen Behandlungsmethoden
- Theorie und Praxis geschlechtsspezifischer Pflege, Einsatz männlicher Pfleger auf gynäkologischen Stationen
- Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung.

Die Ergebnisse der Diskussionen im FORUM FRAUENGESUNDHEIT werden zum Beispiel als schriftliche Stellungnahmen an die Medien weitergegeben, in öffentlichen Veranstaltungen einem größeren Publikum vorgetragen oder als Anträge an politische Entscheidungsebenen geleitet.

Das Plenum FORUM FRAUENGESUNDHEIT beauftragt aus seinem Kreis Fachfrauen, im FORUM entwickelte Fragestellungen in weitergehenden Arbeitskreisen zu vertiefen oder auch umfangreiche Veranstaltungen zu vorgegebenen Themen zu organisieren:

- Im Arbeitskreis **Behandlung von Frauen und Mädchen mit (sexueller) Gewalterfahrung** wurde eine vierteilige Fortbildungsreihe für GynäkologInnen im Herbst 1996 konzipiert und in Kooperation mit dem Berufsverband der Frauenärzte, Landesverband Bremen, durchgeführt. Mit dieser Fortbildung sollen Fachärztinnen/Fachärzte für das Thema (sexuelle) Gewalterfahrungen und ihre Folgen für die seelische und körperliche Gesundheit ihrer Patientinnen sensibilisiert werden. Angestrebt wird - in Verhandlung mit der Ärztekammer

Bremen - die Institutionalisierung dieser Thematik in der Weiterbildungsordnung für alle Fachärztinnen und Fachärzte.²⁸

- Der Arbeitskreis **Frauen und Sucht** ist ein Plenum von Mitarbeiterinnen ambulanter und stationärer Einrichtungen des legalen und illegalen Suchtbereichs, in denen akut drogenabhängige, substituierte und cleane Frauen betreut werden. Der Arbeitskreis bewährt sich als Forum für Informationsaustausch, Vernetzung und kollegiale Weiterbildung. Es werden Bedarfsanalysen erstellt und Konzepte zur verbesserten Versorgung süchtiger Frauen entwickelt.
- Vom Arbeitskreis **Unter anderen Umständen - Mutter werden in dieser Gesellschaft** wurde im September 1996 eine überregional anerkannte Fachtagung durchgeführt: In Leitvorträgen, Seminargruppen und Workshops trugen Expertinnen aus der Frauenheilkunde, aus Soziologie und Sozialwissenschaften, Psychologie und Kulturwissenschaften Erkenntnisse vor
 - zur historischen Herleitung und kulturvergleichenden Analyse des gesellschaftlichen Umgangs mit Fruchtbarkeit
 - zur Pränataldiagnostik als vorgeburtlichem Selektionsmechanismus
 - zur Stigmatisierung schwangerer Frauen als risikoreiches und kontrollbedürftiges "fötales Umfeld" und
 - zur Geburtshilfe im europäischen Vergleich.

Die besondere Bedeutung dieser Tagung lag in der Analyse der Zusammenhänge von gesellschaftlicher Meinungsbildung, familien- und gesundheitspolitischen Schwerpunktsetzungen, entsprechender medizinischer Verfahrenspraxis und deren Einfluß auf weibliches Erleben, Erfahren und Lernen. Die an den Beispielen Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft entwickelten alternativen sozial-medizinischen Einstellungen und Umgangsformen, etwa die strukturelle Umwidmung der Schwangerenvorsorge in das Tätigkeitsfeld von Hebammen, liegen als Dokumentationsband vor.²⁹

Plenen wie das FORUM FRAUENGESUNDHEIT sind Orte der Erkenntnisse. Hier werden über Informationen und Erfahrungsaustausch Wirklichkeiten unterschiedlicher Lebens- und Arbeitswelten miteinander verknüpft und daraus Forderungen nach frauengerechter Gesundheitspolitik entwickelt. Frauenforen sind "Weisheitspools", in denen Fachfrauen arbeiten mit der Absicht politischer Einflußnahme und mit Widerstandspotential.

²⁸ Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, 1999

²⁹ Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, 1999

Zum Begriff des *Widerstands* eine kurze Umschreibung, die sowohl aus medizinischer als auch politischer Sicht Sinn macht.

Es ist eine Aussage von Beate Blätter vom Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsen e.V. Hier die gekürzte Wiedergabe: Wenn es so ist, daß die sozialen Lebensbedingungen Frauen krank machen, dann ist Widerstand gegen diese Lebensbedingungen ein ganz zentrales Element von Frauengesundheitspolitik. Widerstand und Widerständigkeit sind sowohl zentrale emanzipatorisch politische Begriffe. Sie sind aber auch ein Begriff der Medizin, wenn er die Fähigkeit des Körpers beschreibt, krankmachenden Bedingungen und Einflüssen zu widerstehen. Diese Widerstandskraft kann geschwächt sein durch zu viele Anforderungen von außen - oder durch Störungen des eigenen Immunsystems. Sie kann so ihre Schutzfunktion verlieren, zu intensiv werden oder gegen sich selber gerichtet sein und zur Selbstzerstörung führen. Ursachen solcher Erkrankungen sind immer vielfältig. Wir wissen aber auch, daß durch Vorstellungsübungen, wie die Entwicklung von alternativen Perspektiven, diese Widerstandskraft positiv beeinflußt und gestärkt werden kann.³⁰

Mit dieser Umschreibung des Begriffs *Widerstand* wird deutlich, wie gesund Widerständigkeit ist.

Die Forderungen, die Frauen an eine frauengerechtere Gesundheitspolitik haben, gehen über individuelle Ansprüche an gelungene Operationen, kostengünstige Verordnungen von Medikamenten mit guter Wirkung ohne Nebenwirkungen hinaus. Frauengesundheitsforderungen zielen auf den Erhalt von Gesundheit und auf Krankheitsverhütung, u.a. durch Prävention und Rehabilitation.

V. Ziele einer frauengerechten Gesundheitspolitik

Um Gesetze - hier im Gesundheitsbereich - unter frauengerechten Aspekten zu beeinflussen und zu verändern, sollten Frauen sich die politischen Bühnen erobern, auf denen Gesetze entwickelt und entschieden werden. Wir brauchen Vernetzungen/Netzwerke als Handlungsbühnen, auf denen sich die Kompetenzen von Frauen zu zielgerichteter, konkreter Einflußnahme bündeln.

Unterschiedliche Verbände und "freie" Initiativgruppen haben seit Jahren erfolgreich in regionalen und überregionalen Netzwerken gearbeitet

Einige Beispiele

- Frauengesundheits- und Frauentherapiezentren, Gesundheitsläden, Gesundheitsinitiativen, Pro Familia
- Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.(AKF)
- Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
- Berufsverbände, wie
 - Deutscher Ärztinnenbund (DÄB)
 - Bund freiberufl. Hebammen Deutschlands (BfHD) und Bund deutscher Hebammen (BDH)
 - Gesellschaft für Geburtsvorbereitung (GFG)
 - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie (DGPGG)
- Wohlfahrtsverbände und auch
- Verbraucherschutzverbände

³⁰ Blätter, 1993

Diese vorhandenen Initiativen, Berufsverbände und Interessengruppen können aus ihren Erkenntnissen - mittels Informationsaustausch, fachlicher Zusammenarbeit und der Formulierung frauengerechter Ansprüche - gemeinsam Handlungsfelder politischer Einflußnahme im Gesundheitswesen besetzen.

Dazu einige Beispiele sowohl auf kommunaler als auch auf Landes- und Bundesebene:

auf kommunaler Ebene

- mit Gesundheitsreferaten und Gesundheitsdezernaten
- mit Fachabteilungen zur "Frauengesundheit"
- mit Gleichstellungsstellen / Mädchen und Frauenbeauftragten
- durch institutionelle Vernetzung der Öffentlichen Gesundheitsdienste
- durch politische Arbeit in Fachgremien und in den Selbstverwaltungen kommunaler Krankenkassen
- in Frauengesundheitsforen, in Gesundheitsläden, Frauengesundheits- und Frauentherapiezentren
- im Rahmen der Agenda 21.

auf Landes- und Bundesebene

- durch politische Arbeit in den Selbstverwaltungen der Krankenkassen
- sowie durch Einflußnahme auf die Schulgesetzgebung zur Entwicklung einer "Gesundheitsbildung"
- durch Anträge an die Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
- durch Anträge an die Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren (GFMK) der Länder
- durch kritische Stellungnahmen zum Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) und zu Ausbildungsordnungen für Gesundheitsberufe
- durch Stellungnahmen und Expertisen zur Gesundheitsreform, zur Familien- und Sozialgesetzgebung
- durch Eingaben an das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technik (BMBWF), an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- durch Meinungsaustausch und Beschlüsse beim Deutschen Städtetag (etwa im Ausschuß für Frauen- und Gleichstellungsangelegenheiten) und durch Informationen auf Verbraucherebene, z.B. im Rahmen der Stiftung Warentest.

Die Zielgruppe für Kritik, Forderungen und Verbesserungsvorschläge aus der Sicht von Frauen sind politische VertreterInnen der Kommunen und PolitikerInnen auf Landes- und Bundesebene, Repräsentanten von berufsständischen Verbänden und Interessengruppen, Krankenkassen, Trägervereine für die Vergabe von Forschungsgeldern, Universitäten, Ärztekammern, Verbände und Lobbygruppen - also alle, die im Gesundheitswesen Gesetze verabschieden, Forschungsgelder bewilligen, Ausbildungsordnungen und Schulgesetze (zur Gesundheitsbildung) erlassen, Mutterschutzrichtlinien bestimmen oder grundsätzlich zur öffentlichen Meinungsbildung beitragen.

- Auf der 11. Sitzung (am 06.02.1998) des Ausschusses "Frauen- und Gleichstellungsangelegenheiten" des Deutschen Städtetags und auf der 115. Sitzung (am 18.06.1998) des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetags faßten die Mitglieder den Beschluß, auf kommunaler Ebene Foren und Runde Tische zu Frauen und Gesundheit als Politikberatung einzurichten.

- Im Land Bremen hat die - durch die Gesundheitssenatorin eingesetzte - Beratende Kommission Humangenetik, mit TeilnehmerInnen aus der evangelischen Kirche, den Kliniken, der Humangenetik, politischen Parteien, dem Gesundheitsamt, der Humangenetischen Beratungsstelle CARA e.V. Bremen, sowie einer Journalistin als Repräsentantin der Frauen, eine Stellungnahme zur Verbesserung der Beratungssituation vor pränataldiagnostischer Untersuchungen erarbeitet.

VI. Resümee

Frauen wollen - als Behandelte und Behandelnde - gesellschaftliche Entscheidungsprozesse zugunsten frauengerechterer Gesetze beeinflussen. Frauen suchen nach neuen Organisationsformen, um mehr Macht zu erhalten. Frauen wollen solche gesellschaftlichen Lebensweisen mitentwickeln, die ihnen eine größere Rollenvielfalt, mehr Entfaltungsmöglichkeiten, Kompetenzen und Verantwortlichkeit in allen gesellschaftlichen Entscheidungsbereichen zugestehen. Deshalb schließen Frauen sich zusammen, gründen regionale/ überregionale Netzwerke.

Neue Wege zu gehen ist interessanter, macht mehr Spaß, ist informativer, produktiver, zielgerichteter und ermutigender im Zusammenschluß mit anderen Frauen. Jede Frau hat aufgrund anderer beruflicher und privater Erfahrungen ein anderes Verständnis, andere Logiken, Erklärungsmuster und auch andere sinnliche und emotionale Zugänge zu gesellschaftlichen Vorgängen. Unsere unterschiedlichen Reaktionsmuster, aber auch unsere individuellen Grenzen und Widerstände können wir nutzen, denn in der Vielfalt an Meinungsäußerungen liegt auch die Ermutigung zu eigenen Stärken. Das gilt für einzelne Frauen wie für kleine und größere Gruppen.

Es gibt viele Wege der Emanzipation.

Diese Wege zu gehen bedeutet, sich Macht anzueignen: durch Wissenserweiterung, Erlernen und Einüben gesundheitsbezogener Kritikfähigkeit und zielgerichtete Einflußnahme.

Damit erreichen wir zweierlei, denn ein gesteigertes Selbstwertgefühl, Zielgerichtetheit, Gesundheits- und Zukunftsorientiertheit sowie Zugang zu sozialen Netzwerken, Freude an sozialen Kontakten, Wissensdurst und Lernfähigkeit, gelten auch als die gesunderhaltenden und gesundmachenden Elemente.

Und Zugewinn an intellektueller Klarheit und Standfestigkeit ergibt letztendlich auch einen erheblichen Lustgewinn - der Motor sein kann für weitergehende Kompetenz, mehr Widerständigkeit, Kreativität und Eroberungswillen von neuen Aktionsfeldern.

VII. Literatur

Schindele, E., 1993: Pfusch an der Frau. Hamburg

Barrett-Connor, E.: Hormone Replacement Therapy. In: British Medical Journal (317), S. 457-461

Love, S., 1997: Das Hormonbuch. Was Frauen wissen sollten. Frankfurt/M.

Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, 1999: Sexuelle Gewalt, Ursache für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen. Bremen

Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, 1996: Unter anderen Umständen, Mutter werden in dieser Gesellschaft. Bremen

Blätter, B., 1997: Aus dem Protokoll der Tagung "Weibliche Lebenswelten - weibliche Gesundheit" Niedersächsisches Frauenministerium, Hannover

12. Handlungsfelder - politische Strategien in der Kommune. Erfahrungen und Erfolge im Rahmen des Healthy-City-Projektes in Glasgow

Ann Hamilton

- I. [Einleitung](#)
- II. [Ausgangssituation](#)
- III. [Das Modell Glasgow - die Grundsätze und die Arbeitsweise](#)
- IV. [Unsere Stärken](#)
- V. [Unsere Schwächen](#)
- VI. [Gefahren](#)
- VII. [Perspektiven und Möglichkeiten](#)

I. Einleitung

In meinem Beitrag werde ich Sie in die Frauengesundheitsarbeit der Stadt Glasgow einführen. In einem ersten Schritt möchte ich auf den generellen Kontext und auf den historischen Hintergrund eingehen, danach die Grundzüge des Glasgower Modells umreißen - was tun wir konkret und warum?

Ich werde den Entwicklungsprozeß des Modells beschreiben, die Stärken, Schwächen, Probleme sowie weitere Wege und Chancen unseres Projektes aufzeigen.

II. Ausgangssituation

Die kommunale Selbstverwaltung in Glasgow ist das "Glasgow City Council", der Stadtrat. In Schottland und allgemein in Großbritannien ist diese lokale Instanz für Ausbildung, soziale Dienstleistungen, Wohnungssituation, Umweltschutzfragen, Freizeitgestaltung, Kultur, Raumplanung, Verkehrssystem, Wasserversorgung u.a. verantwortlich. Sie wird demokratisch gewählt. Gesundheitsdienste werden durch Gesundheitsbehörden und Kuratorien bereitgestellt und gesichert. Medizinische Versorgung, einschließlich der Gesundheitsvorsorge sind überwiegend kostenlos. Manche Gesundheitsdienstleistungen wie z.B. Verschreibungen oder zahnärztliche Behandlung sind kostenpflichtig, ein Teil davon bleibt trotzdem gebührenfrei.

Es ist wichtig zu erwähnen, aus welcher Perspektive wir den Begriff Gesundheit betrachten und definieren. Wir arbeiten mit einem sozialen Modell von Gesundheit. Nach unserem Verständnis wird Gesundheit nicht nur von Krankheit oder von deren Abwesenheit bestimmt. Gesundheit bedeutet mehr, als nicht krank zu sein, sondern ist ein allgemeiner Zustand des Wohlbefindens. Gesundheit ist, etwas Positives, etwas Gutes zu besitzen, und nicht, von etwas Schlechtem verschont zu sein.

Die Bevölkerung Schottlands beläuft sich inzwischen auf über 5 Mio Menschen, davon leben allein 600 000 in Glasgow, somit einer ziemlich großen Stadt. Glasgow ist der Industrieschwerpunkt in Schottland mit einer hohen Armutsrate; 80 Prozent aller Armutsgegenden in Schottland befinden sich in Glasgow. Probleme mit Arbeitslosigkeit, schlechten Wohnverhältnissen, fehlendem Zugang zu Versorgungsleistungen sind weit verbreitet.

Es gibt zahlreiche Faktoren, die Gesundheit beeinflussen: Alter, Geschlecht, häusliche Verhältnisse, ethnische Zugehörigkeit, Behinderung, Sexualität, sozialer und ökonomischer Status, Wohnort und Umgebung. Diese Faktoren üben einen enormen Einfluß auf die Gesundheit der Menschen, insbesondere der Frauen, aus. Ein Großteil der Arbeit in Bezug auf die Gesundheitsförderung ist bereits geleistet worden. Es ist vor allem dadurch gelungen, die Menschen direkt zu erreichen und sie zu überzeugen, gesundheitsbewußter zu sein, ihre Lebensweise zu ändern, weniger zu rauchen, zu trinken, mehr Sport zu treiben. Wir haben versucht, von jener traditionellen Sichtweise überzugehen zu einer Sichtweise, die sich zu allererst mit den sozialen Ungleichheiten und sozialen Determinanten des Gesundheitszustandes auseinandersetzt. Als eine Person, die in den Dienst der Kommunalbehörde eingebunden ist, ist dies eine der Zielsetzungen, an denen ich ein starkes Interesse habe. Wir richten unser Augenmerk auf Ursache und Wirkung, wir schauen auf die Bedürfnisse der Menschen, versuchen aber auch, Erfahrungen und Auswirkungen von Armut oder schlechter Wohnungssituation zu vermindern. Unserer Meinung nach haben gesundheitliche Probleme und Ungleichheit ihren Ursprung direkt im niedrigen rechtlichen, sozialen und ökonomischen Status, das zeigt sich z.B. darin, daß Frauen Gewalt erleiden, daß sie weniger verdienen als Männer, daß sie als Teilzeitkräfte beschäftigt sind, daß sie für die Versorgung der Kinder verantwortlich sind und daß sie in vielerlei Hinsicht als reine Betreuungspersonen und nicht als vollwertige Menschen gesehen werden - und alle diese Faktoren haben Einfluß auf ihre Gesundheit.

Unsere Arbeit im Bereich Frauengesundheit basiert auf der Prämisse, möglichst alle sozialen Determinanten zu berücksichtigen, und auf der Sicht der Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Herangehensweise. Es ist eine Vorgehensweise, die herausarbeitet, was die Bedarfe von Frauen sind und versucht, den Frauen das, was sie brauchen, bei der Planung und Bereitstellung von Dienstleistungen zu sichern. Dieses Vorgehen hat zum Ziel, die Auswirkungen dieser Dienstleistungen auf die Frauen zu betrachten und zu beurteilen, inwieweit es nötig ist, sie frauengerecht weiterzuentwickeln. Damit geht es hier um eine "positive action", sowohl um frauenspezifische Dienstleistungen als auch um das Herausarbeiten anderer spezieller Dienste.

Unsere Frauengesundheitsarbeit in Glasgow begann im Jahre 1982. Die WHO erklärte dieses Jahr zum Jahr der Frauengesundheit und hielt in Schottland eine Konferenz ab, an der alle Fachleute teilnahmen. Frauen und Frauenorganisationen jedoch wurden im wesentlichen ausgeschlossen, und da begannen wir darüber nachzudenken, warum Gesundheit nicht eigentlich ein Thema ist, mit dem wir zu tun haben sollten. Dann, im Jahre 1983, fand in Glasgow eine größere Frauengesundheitsmesse statt, die von Hunderten von Frauen besucht wurde. Dies war für alle überraschend, denn Frauengesundheit war kein Thema, über das man etwas wußte oder in dem man sich auskannte. Ab diesem Zeitpunkt kamen alle möglichen Dinge in Bewegung. Überall in Glasgow fanden Messen zur Frauengesundheit statt; ich arbeitete damals in einer kleinen, schlecht ausgestatteten Abteilung, und auch wir hielten eine lokale Frauengesundheitsmesse ab, aber ganz allgemein gab es viele andere Frauen, die das Gleiche taten: sie nahmen Kontakt zu den Frauen auf und sprachen mit ihnen über Gesundheit. Es änderte sich auch vieles innerhalb der Organisationen selbst. Innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens wurde zum ersten Mal eine Beraterin für Frauengesundheit ernannt. Das war von großer Bedeutung, da wir auf diese Weise innerhalb des Gesundheitsdienstes von einer Frau vertreten wurden, die dafür sorgte, daß das Thema Frauengesundheit ernst genommen wurde und sich nicht nur auf die Gebiete wie Gynäkologie und Geburtshilfe erstreckte. Auch führte man innerhalb der Kommunalverwaltung eine Abteilung Frauen ein. Diese beschäftigte sich anfangs mit dem Thema Gleichstellung der Frau, nicht nur exakt mit

Frauengesundheit, sondern allgemein und auf breiter Ebene, um Frauenfragen den Weg in die Kommunalpolitik zu öffnen.

Das nächste Ereignis, das damals eine Schlüsselrolle spielte, war das WHO Projekt "Gesunde Stadt". Dieses Projekt begann in Glasgow im Jahre 1990. Glasgow wurde die "Gesunde Stadt". Die Leute, die in diesem Projekt engagiert waren, suchten nach Themenstellungen, die sie verfolgen konnten. Einige von uns, die sich damals mit Frauengesundheit beschäftigten, schätzten das Projekt als ein für ihr Thema gutes Vehikel mit einem ziemlich guten Profil ein. Deshalb etablierten wir die "women's health working group" (Arbeitsgruppe Frauengesundheit) als Teil dieses Projektes. Dieser Schritt erwies sich als wirklich bedeutsam, da er uns auch auf eine höher angesiedelte Ebene brachte und Chancen für eine transnationale Zusammenarbeit schuf. Eine andere relevante Entwicklung kam mit der Person von Wir boten ihr an, den Vorsitz der "women's health working group!" zu übernehmen. Sie ist zwar nie bei unseren Versammlungen erschienen, wir nutzten jedoch ihren Namen, und das erwies sich als sehr wirkungsvoll. Plötzlich erhielten wir die Erlaubnis, unsere Treffen im Sitzungssaal der Stadt abzuhalten, und das war sehr wichtig für uns.

Im Jahre 1992 entwickelten wir in einem sehr dynamischen Prozeß den ersten Entwurf zur Frauengesundheitspolitik. Wir befragten Frauen und zogen sie mit hinzu. Das erste Konzept wurde Tausenden von Frauen zugeschickt und wir erhielten Hunderte von Stellungnahmen zurück. Wir versuchten, diese Kommentare in unsere Politik mit einzubringen. Das zweite Konzept wurde im Jahre 1996 entwickelt. Zum großen Teil war es eine Rückschau auf das, was sich als Konsequenz auf die Politik von 1992 ereignet hatte.

Gegen Ende 1998 feierten wir die 15 Jahre unserer Aktivitäten im Bereich Frauengesundheit. Es fanden viele Veranstaltungen statt, die von Frauen besucht wurden und an denen sie aktiv beteiligt waren.

III. Das Modell Glasgow - die Grundsätze und die Arbeitsweise

Es ist auch wichtig, den Blick darauf zu lenken, wer in unsere Arbeitsgruppen zur Gesundheit mit eingebunden war: Ratsmitglieder aller Abteilungen, das Wohnungsamt, pädagogische Einrichtungen, Gesundheitsbehörde, Frauenorganisationen, kommunale Projekte, lokale Frauenprojekte (z.B. altersspezifisch, ältere Frauen, Versorgungseinrichtungen) aus den Zielgruppen: farbige, homosexuelle, behinderte Frauen. Wir waren sehr bestrebt, sicherzustellen, das Spektrum der Frauenerfahrungen in seiner ganzen Breite abzudecken und zu erschließen.

Die Frauengesundheitsarbeit in Glasgow zielt darauf, die Investition in Frauengesundheit zu fördern und ein soziales Gesundheitsmodell zu propagieren, dessen Ansatz gekennzeichnet ist durch: Teilhabe, eine Vielzahl von Akteuren und Interdisziplinarität.

Was wir zu suchen begannen, war ein Gesundheitsmodell. Dabei ging es uns nicht nur um eine Politik oder um ein Forum (Frauengesundheitszentren existierten schon damals und das war nichts Außergewöhnliches); wir suchten ein Aktionsmodell, ein Erklärungsmodell.

Ich möchte einige der wichtigsten Bestandteile unserer Arbeit hervorheben, um Ihnen einen Eindruck über den allgemeinen Denkansatz zu geben, der hinter dem Glasgower Gesundheitsmodell steht und um das Modell selbst zu beschreiben. Die Gedanken wurden vor allem in Ausschnitten aus der Wiener Erklärung übernommen:

- Wenn wir Frauengesundheit als Priorität betrachten und in sie investieren, sollten wir ihre Bedeutung erkennen und Arbeit auf sie verwenden. Die Benachteiligungen, die Frauen erfahren, sollten aufgedeckt werden.
- Ein soziales Modell von Gesundheit ist erforderlich.

- Beratung und Anteilnahme. Wir hatten zahlreiche Netzwerktreffen, Seminare, Veranstaltungen und Publikationen, in denen Frauen um ihre Kommentare gebeten wurden. Dadurch haben wir unsere Frauengesundheitspolitik nicht allein zu Ende durchdacht, sondern die Frauen in die Entwicklung dieser Politik mit einbezogen.
- Interagency und Entwicklungsorganisation. Es war wichtig, daß alle Organisationen, die an der Arbeit der "Womens's health working group" beteiligt waren, sich auch mit Frauengesundheit beschäftigten und Frauengesundheit sowie das Problem der Ungleichheit von Frauen ernst nahmen. Von den Organisationen wurde erwartet, daß sie bestimmte interne Chancengleichheitsmechanismen und Erklärungsansätze entwickeln. Innerhalb des Stadtrates, in dem ich arbeite, gibt es z.B. ein Gleichstellungskomitee und, darunter angesiedelt, eine Frauenarbeitsgruppe. Auf diese Weise haben die Frauen Zugang zu Leistungen, die wir über den Stadtrat anbieten. Es ist somit ein interaktiver Prozeß, und der Stadtrat ist für Frauen und Frauenorganisationen verantwortlich gemacht worden.
- Schließlich wollten wir einen strategischen Rahmen, eine klare Standortbestimmung. Wir machten uns einige Elemente der Wiener Struktur zunutze, z.B. die Entwicklung des Frauenkomitees als Hilfe zur Artikulierung der Frauenbelange, das intersektorale Forum, das ich bereits beschrieben habe, die Entwicklung der Frauengesundheitspolitik, die organisatorischen Strukturen und Systeme, und zwar nicht nur innerhalb größerer Organisationen wie dem Stadtrat oder der Gesundheitsbehörde, sondern auch innerhalb der Frauenorganisationen.

Wir erwarteten von allen Beteiligten, Frauengesundheit und das Modellprojekt zu fördern. Das Modellprojekt Frauengesundheit und seine Grundidee standen dafür, Frauen Leistungen anzubieten, und das auch bei besonderen und noch unbekannteren Bedarfen, neue Methoden zu entwickeln und zu evaluieren. Wir wollten Leistungen vorhalten, die sich von den üblichen unterscheiden, oder auch solche, von denen man inzwischen wußte, daß sie nirgends sonst angeboten wurden; eine der Einrichtungen, die das Frauengesundheitszentrum beispielsweise auf den Weg brachte, war der Gesundheitsdienst für homosexuelle Frauen, die einzige Einrichtung dieser Art in Schottland. Sie entstand auf der Grundlage von Diskussionen mit Lesben und mit Anbietern von Gesundheitsdiensten sowie mit Experten, die sicherstellten, daß ein Dienst von hoher Qualität eingerichtet wurde, der auf die speziellen Bedürfnisse dieser Zielgruppe eingehen kann. Wir haben auch ein ähnliches Modell für behinderte Frauen entwickelt und sind nun dabei, ein Frauengesundheitsprojekt für farbige Frauen in Angriff zu nehmen. Einiges an Arbeit ist hier schon geleistet worden.

Unser Projekt liefert den Frauen auch Informationen. Es bietet Aus- und Weiterbildung, Unterstützung und Ressourcen für MitarbeiterInnen, die mit Frauen, oder zu Frauengesundheit arbeiten, oder an Themen, die sich als wichtig für Frauengesundheit herausgestellt haben. Dies war auch einer der Gründe, warum wir diese Broschüre "action for women's health" erstellt haben. Sie war dazu gedacht, Frauen und Männern, die zu Frauengesundheit arbeiten, Unterstützung, gewisse Leitlinien und Ressourcen anzubieten.

Der andere Schwerpunkt war es, Indikatoren für das Wohlbefinden von Frauen zu erforschen und zu entwickeln. Dies ist ein Thema, an dem wir immer noch arbeiten. Woher wissen wir, wann sich Frauen wohlfühlen? Was könnten die Indikatoren dafür sein? Wir müßten sie klar benennen können. Einige von uns haben schon gewisse Vorstellungen, wir bräuchten jedoch Indikatoren für Frauengesundheit, die auch auf europäischer Ebene relevant sind, ein Thema, das lohnt, weiterverfolgt zu werden.

Ein Teil unseres Interesses lag in der Entwicklung von Aktionen zu speziellen Aspekten, die für Frauen von Interesse waren. Eines der ersten dieser Themen, das wir in den Mittelpunkt unserer Arbeit stellten, war das der Gewalt gegen Frauen. Es gab eine Medienkampagne zur öffentlichen Bewußtseinsbildung über Gewalt gegen Frauen, die uns die Möglichkeit bot, dieses Thema als öffentliches Interesse zu definieren und zu vermitteln, daß dieses nicht nur ein Thema für Frauenorganisationen ist, sondern von allen Organisationen aufgegriffen werden müßte, die öffentliche Leistungen anbieten. Der Hauptgedanke der Öffentlichkeitskampagne war es, daß dieses Thema sowohl am Arbeitsplatz als auch in allen Öffentlichkeitsbereichen diskutiert wird. Die Einstellungsänderung, die wir erreichten, war unglaublich. Noch einige Jahre vorher fühlte sich in Schottland niemand für dieses Problem zuständig. Noch vor 6 - 7 Jahren wurde Gewalt gegen Frauen nur als "tätlicher Angriff" eingestuft und wie jede andere Art des "tätlichen Angriffes" behandelt. Lieferte man keine Beweise, wurde der Sache nicht nachgegangen. Heutzutage erklärt die Polizei, daß die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen eines ihrer Hauptanliegen ist und es wird versichert, daß alles daran gesetzt wird, die Männer zu verfolgen, die in häusliche Gewalttaten verwickelt sind.

Die "women's health working group" hat es uns ermöglicht, einen Überblick über die unterschiedlichen Einrichtungen zu gewinnen und die Möglichkeiten ihres Beitrags zu unseren Zielen auszuloten. Ein Beispiel dafür ist eine Kampagne, die zur Zeit läuft. Sie wendet sich an junge Leute. In den öffentlichen Toiletten, Kneipen, Treffpunkten u.a. sind Poster aufgehängt worden (Ein Kuß ist nur ein Kuß, Lippenstift heißt nicht Sex, Küssen heißt nicht Sex, habe Respekt, sichere Dir das Einverständnis). Der Leitgedanke dieser Kampagne ist die gegenseitige Achtung und der Respekt. Die Jungen sollten lernen, daß die Einwilligung des Mädchens Voraussetzung ist, die Mädchen lernen, daß sie das Recht haben, solche Einwilligung zu geben, wenn sie es wollen, oder sie zu verweigern.

Zum Anfang unserer Tätigkeit, im Jahre 1982, fanden wir, was Einsicht und Wissen über Frauengesundheitsbedarfe anbelangt, nur das Krankheitsmodell vor. Auch waren nur wenige Aktivitäten in Bezug auf Geschlechtergleichheit zu verzeichnen. Es gab zwar eine Frauengesundheitsbewegung in Glasgow, sie widmete sich aber fast ausschließlich Themen und Problemen wie z.B. der Einrichtung von Frauenhäusern. Einzelne Frauen jedoch wollten einen Wechsel, sie waren in zahlreichen Organisationen engagiert und setzten sich an einen Tisch, um zu überlegen, wie Änderungen initiiert werden könnten. Damals hat es eine starke Entwicklung der Gemeindeämter gegeben. Die Frauen aus der Wohnungsplanung diskutierten über Frauengesundheit und Gewalt gegen Frauen.

Ebenso fand während der 80er Jahre eine starke finanzielle Unterstützung seitens des Staates statt. Glasgow ist eine arme, unterprivilegierte Stadt, deshalb flossen ihr auch öffentliche Geldmittel zu, die zu investieren waren. So standen Gelder für Stadtprojekte zur Verfügung. Infolgedessen entwickelten Frauenorganisationen und einige der Kommunalbehörden frauenspezifische Projekte. Gleichzeitig stieg auch die Zahl der Frauen an, die in der Kommunalplanung tätig waren. Mitte der siebziger Jahre arbeiteten wenige Frauen als Sozialarbeiterinnen. In den späten 70er und frühen 80er Jahren fanden u.a. dank der Erwachsenenbildung immer mehr Frauen Zugang zu diesem Beruf. Sie achteten nun mehr auf Faktoren wie beispielsweise Armut.

IV. Unsere Stärken

Eine der Stärken der "women's health working group" und aller Aktivitäten im Bereich Frauengesundheit in Glasgow ist ihre Ansiedlung auf hoher Ebene. Wichtig ist auch, daß die Weltgesundheitsorganisation in diese Arbeit eingebunden ist, wichtig ist ebenso, daß wir es bei der Europäischen Kommission, bei der wir Mittel des Sozialfonds für "women's technology" bewilligt bekommen, mit einer großen internationalen Organisation zu tun haben. Unser Projekt ist wohldurchdacht und gut organisiert. Wir verwendeten viel Zeit für Gespräche und für die Überprüfung unseres Vorgehens. Das Projekt verfügt über eine Strategie und ist visionär, es arbeitet übergreifend mit den unterschiedlichsten Organisationen; es steht für verbindlichen Einsatz für Frauen auf hohem Niveau, für Beteiligung auf hohem Niveau, Nutzbarmachung eines breiten Spektrums von Fähigkeiten, Hintergrundwissen und Erfahrung, starkem Engagement nicht nur von Medizinerinnen und Krankenschwestern, sondern auch von Sozialarbeitern, Mitarbeitern aus dem pädagogischen, Gesundheits-, Wohnungsplanungsbereich. Wir entwickeln und fördern Netzwerkfertigkeiten, wie dies auch anderswo bei Frauen üblich ist, aber sicherlich ist dies in Glasgow angeregt und unterstützt worden. Eine andere Gruppe, der ich angehörte, ist die Frauenarbeitsgruppe des Komitees für Chancengleichheit. Die Frauenorganisationen wissen sehr wohl, daß sie, wenn sie mit dem Direktor des Erziehungswesens oder des Wohnungswesens sprechen wollen, über uns den Kontakt zu ihnen herstellen können.

V. Unsere Schwächen

Als Aktionsbereich wird Frauengesundheit im Vergleich zu den "realen Themen" immer noch als peripher angesehen, obwohl z.B. die Einsicht vorhanden ist, daß die Wohnungslage einen Einfluß auf Frauengesundheit hat, wird das Hauptaugenmerk eher auf die Wohnungsprobleme als auf die Frauengesundheit gelegt. Hier muß es Veränderungen geben.

Frauengesundheit wird hauptsächlich als Frauenangelegenheit betrachtet; wir haben versucht, diese Sichtweise zu ändern, und bemerkt, daß es so gut wie unmöglich ist. Vor ein paar Jahren z.B., fand eine Sitzung im Stadtrat statt. Wir wurden vom Stadtdirektor eingeladen. Es waren auch alle Abteilungsleiter anwesend, 26 Abteilungen waren aufgefordert worden, einen Vertreter zu senden, um sich über Frauengesundheit auseinanderzusetzen und nächste Schritte zu planen. Der Stadtdirektor war ein Mann, (nur sehr wenige Frauen werden in dieses Amt gewählt) und sehr überrascht, als er sich ausschließlich Frauen gegenüber sah. Ich sagte, daß es hier doch um das Thema Frauengesundheit ginge, ein Thema, das Frauen interessiert und für das sie sich verantwortlich fühlten und nicht darum, die "wichtigste Persönlichkeit" zu entsenden. Wir müßten jedoch darauf achten, die für uns zu gewinnen, die die Entscheidungen treffen und die Ressourcen verteilen.

Frauengesundheit wird immer noch nur als reine Meinungsangelegenheit betrachtet, als eine Art Geisteshaltung und ich vermute, daß es sich bezüglich Geschlechtergleichheit bzw. -ungleichheit genauso verhält. Demnach ist an Frauengesundheit zu glauben, aber nicht, die Notwendigkeit zu sehen, etwas darüber zu lernen. Dabei wissen wir alle, daß hier ein breiter Kenntnis- und Wissensstand vorhanden ist. Es liegt z.B. eine Expertise vor, die von den Wissenschaftlern nicht zur Kenntnis genommen wird.

Zu unserem Netzwerk gehören circa 70 Organisationen, an den Sitzungen nehmen jedoch normalerweise um die 35 Frauen teil. Es besteht die Tendenz, daß 6 oder 7 Frauen die Diskussion dominieren und die anderen sich zurücklehnen und nicht beteiligen. Dies ist ein Problem und wir überlegen, auf welche Weise die Frauen besser mit einbezogen werden können.

Auch der Verständnisgrad ist unterschiedlich. Ich würde es gerne sehen, daß alle, die in Glasgow zu Frauengesundheit arbeiten, über Frauenpolitik reden und das Frauengesundheitsmodell beschreiben können. Es ist mir aber bewußt, daß dies nicht der Fall ist, hieran müssen wir auf jeden Fall arbeiten.

Schließlich melden sich auch manche der Frauenorganisationen nicht bei uns, weil sie uns als eine Stelle sehen, wohin die Leute kommen, um Probleme zu besprechen und Geschichten zu erzählen, wo aber nicht immer Aktivitäten laufen.

VI. Gefahren

- zurückgehende Ressourcen, hinsichtlich der verfügbaren Zeitkontingente, der Finanzen und des Personals; wir müssen schon darauf achten, wann und wie wir Beratung anbieten können,
- konkurrierende Anforderungen, so hat es z. B. in London neulich nicht nur Übergriffe auf Schwarze, sondern auch auf ein Lokal für Homosexuelle gegeben, außerdem herrscht dort große Armut, so müssen wir uns mit vielen Themen gleichzeitig auseinandersetzen,
- es besteht ein großes Interesse an unserer Arbeit; das bedeutet, daß wir einen strukturierteren Ansatz entwickeln müssen, d.h. weniger Möglichkeit zur Flexibilität; wir sind in Systeme eingebunden worden, und das nimmt viel Zeit in Anspruch.

VII. Perspektiven und Möglichkeiten

Innerhalb der meisten Organisationen in Glasgow gibt es einen allgemeinen Konsens zum Thema Gender Mainstreaming. Dies ist ein wichtiger Tatbestand, der genutzt werden kann, und er wandelt die Agenda zu einer solchen, bei der es eher darum geht, daß Fragen über Versorgungsleistungen gestellt werden, als daß isoliert diskutiert wird.

Eine andere Chance ergibt sich, wenn man den Bürger in den Mittelpunkt des Interesses stellt. Das heißt, daß bei der Bereitstellung von kommunalen Dienstleistungen der Blick auf die Zielgruppe gerichtet wird. Dies hat erst einmal nichts mit Chancengleichheit zu tun. Es geht um Wertschöpfung, Verantwortlichkeit, um städtische Politik oder um Gesundheit etc. Ein solcher Ansatz wird für uns immer wichtiger, denn die Anbieter von Diensten müssen mit den Nutzern und auch mit den Nichtnutzern der Dienste sprechen und die Beurteilung der Dienste im Auge haben. Ich möchte Ihnen hierzu ein Beispiel vorstellen, das nichts mit Frauengesundheit zu tun hat, aber sehr interessant ist. Neulich haben wir eine Überprüfung der Busse durchgeführt, die eingesetzt werden, um Kinder und Jugendliche mit Lernschwierigkeiten oder Behinderungen zur Schule zu bringen. Diese Busse sind mit den Farben der Stadt, nämlich grün und blau, versehen. Als wir die Lehrer dazu befragten, waren sie sehr von dieser Idee angetan, bei der Befragung der jungen Leute jedoch erkannten wir, daß sie es haßten, mit diesen Bussen zur Schule zu fahren. "Jeder weiß, daß wir behindert sind, jeder weiß, daß wir Lernschwierigkeiten haben, wir werden angeschrien, die Busse haben schreckliche Namen." Das muß geändert werden.

Immer mehr Frauen engagieren sich in der Politik. Zur Zeit gibt es, zum ersten Mal seit 300 Jahren, Wahlen zum Schottischen Parlament, und dieses wird zu fast 50 Prozent aus Frauen bestehen. Das ist unglaublich gut. Es gibt natürlich Frauen, die sich nicht speziell für Frauenthemen interessieren, aber daran können wir arbeiten.

Auch gibt es immer mehr Frauen, die Führungspositionen bekleiden. Wir brauchen Frauen mit Entscheidungsbefugnissen, mit Zugang zu Ressourcen. Auch gibt es das neue europäische Projekt "Gesunde Städte", in dem Glasgow Partnerin ist. Eine weitere Möglichkeit bietet die Agenda der sozialen Beteiligung (des sozialen Einbezugs) in Großbritannien. In diesem Rahmen möchten wir sichern, daß jegliche Ungleichheit und Diskriminierung Berücksichtigung finden.

Wir haben also in Glasgow das Gefühl, zur Frauengesundheit etwas beigetragen zu haben, und auch über alle nötigen Veröffentlichungen zu verfügen. Es gibt auch eine rege Diskussion, wie man die Medien einbeziehen sollte, und sicherlich haben wir versucht sie zu nutzen. Da ist z.B. das ganz aufregende Projekt "World Women Project", das vor ungefähr drei Jahren in Schottland gestartet wurde. Wir hatten eine Zeitschrift mit dem Namen "Scotsman". Die Mitherausgeberin fragte an, warum wir eigentlich diese kommerzielle Gelegenheit nicht wahrnehmen und diese Zeitschrift "Scotswoman" nennen würden. Dieses Projekt war sehr bekannt und wurde gänzlich von Frauen geschrieben, entwickelt und durchgeführt. Die Analysen von Frauen zu wichtigen Themen wurden darin behandelt. Dieses ist seitdem nur einmal wiederholt worden, aber es gibt zur Zeit erneut Pläne und Ansätze einen "Newsletter" herauszugeben und damit Journalistinnen sowie Frauen aus unterschiedlichsten Bereichen zu ermutigen, über ihre Themen zu schreiben. Es wird auch eine fest gebundene Ausgabe zu beziehen sein. Ein solches Projekt wäre auch für EWHNET eine Möglichkeit, neue Kontakte zu Frauen zu knüpfen, die zum Thema Frauengesundheit und Chancengleichheit arbeiten.

13. Strategien, das notwendige Zubrot der Praxis

Zur Diskussion

Die Glasgower Erfahrungen haben die hier vertretenen Projekte nachhaltig beeindruckt. Die Frauengesundheitspolitik in Glasgow steht als Beispiel für eine lebensweltlich orientierte Politik, die die kommunalen Ressourcen durch die Beteiligung der verantwortlichen Institutionen, die Einbindung zuständiger Fachkreise und die Vernetzung in den Gesundheits- und Frauenbereich erschließt.

Trotz starker politischer Barrieren ist es gelungen, Frauengesundheit, Armut und Stadtentwicklung die Themen in Verbindung zueinander zu setzen. Ein beträchtlicher Teil der Erfahrungen in Glasgow basieren auf sogenannten "positiven Aktionen" (positive action plan). Ein eingängiges Beispiel wurde für Freizeit und Sport beschrieben: Durch positive Aktionen gelang in den Freizeitzentren und Sportvereinen die Einrichtung frauengerechter Sportangebote. In den Stadtteilen wurden diese Angebote von Frauen zunehmend genutzt. Das Bild der von Männern dominierten Vereine, Hallen und Sportveranstaltungen hat sich damit verändert. Die Budgets von Sportvereinen und Erholungseinrichtungen werden so auch für Frauenbelange ausgegeben. Positive Aktionen im Schulbereich, bei den Wohnungsbaugesellschaften, bei Verkehrsprojekten etc. sorgen dafür, daß in den zuständigen Budgets und Verantwortungsbereichen Frauengesundheitsbelange berücksichtigt werden.

Diese Politik des "mainstream" sorgt im Wesentlichen dafür, daß Frauenanliegen erkannt, die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen berücksichtigt und Ressourcen für Frauen bereitgestellt werden. Die Verbindung zwischen Gesundheit, schlechten Lebensbedingungen, Armut, Unterversorgung, Diskriminierung und den sozialen Kosten und gesundheitlichen Folgen sind Basis der Argumentation. Gleichzeitig werden ExpertInnen aus den kommunalen Verantwortungsbereichen mit der ehrenamtlich arbeitenden Ebene zusammengebracht.

Das Frauengesundheitszentrum in Glasgow und die Beratungsstelle für Frauengesundheitsfragen die Anlaufstellen für Frauen in Not.

Die Mitarbeiterinnen nehmen die Probleme Bedarfe und Interessen der Frauen auf und bringen sie auf die politische Verfahrensebene. Gleichzeitig werden Frauen ausgebildet, ihre Interessen zu vertreten und in die politische Arbeit miteinbezogen. Das Frauengesundheitszentrum ist in Glasgow der Ort, an dem Ziele formuliert, Bedarfe angemeldet und Strategien vorgeschlagen werden. Auf dieser Basis gelingt es dann Patientinneninformationen zu erstellen, Multiplikatorenarbeit zu leisten, Ressourcen bereitzustellen und Strategien zu kombinieren.

Eine zentrale Frage in der Diskussion war: Wie kann es gelingen, eine so erfolgreiche Frauengesundheitspolitik auf die Beine zu stellen? Offensichtlich gibt es darauf mehrere Antworten und vor allem länderspezifische Unterschiede und zwar entsprechend der "positiven Werte", an die Frauengesundheitspolitik anknüpfen kann. Teilweise sind solche Anknüpfungspunkte das soziale Bewußtsein und kollektive Standards (wie in Glasgow) teilweise sind sie eher geprägt durch das Vorherrschen von Individualisierungsprozessen und individuellen Bedürfnissen (wie in der Bundesrepublik). Im wesentlichen kommt es darauf an, eine Verbindung zu zentralen positiven Werten herzustellen und damit Frauengesundheitsthemen politisch zu begründen. Beispiele für positive thematische Verknüpfungen sind: Aktionen für Frauen als Mütter, Maßnahmen gegen die Diskriminierung von älteren Frauen oder Armut von Frauen, Förderung von Pflege und Gesundheit. In diesem Zusammenhang fehlen allerdings noch positive Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen. Morbidität, Mortalität und Krankheit geben keinen Beleg mehr für die Erfolge

dieser Arbeit, deshalb versucht ein Teil der Frauengesundheitsprojekte, neue Indikatoren zu erarbeiten. Vorschläge für einen neuen Indikatorensatz zur Messung des Erfolges der Frauengesundheitsprojekte waren Indikatoren für die Qualität sozialer Infrastruktur, für Respekt gegenüber Frauen, für Entwicklungsmöglichkeiten von Frauen. Ebenso gesucht sind Indikatoren, die die Erfahrungen der Frauen wiedergeben. Dies wurde als eine Aufgabe weiterer transnationaler Zusammenarbeit formuliert.

Die Zusammenarbeit zwischen den Frauengesundheitszentren, kommunalpolitischen Institutionen und Verantwortlichen im Gesundheitswesen ist für alle ein wichtiges Feld in dem gute Strategien benötigt werden. Wobei das Glasgower Beispiel in seiner kommunalen Umsetzung gerade für die Schulung von Führungskräften erprobte Broschüren und Materialien bereithält.

Um in einem komplexen Prozeß der Verankerung von Frauengesundheitsinteressen einfache Arbeitsstrukturen zu erhalten, wurden für Glasgow die bestehenden Arbeitsebenen getrennt. Politisches Management, die Netzwerkarbeit der kommunalen Institutionen und die themenbezogene Arbeit mit Frauen und im Frauengesundheitszentrum werden klar getrennt, die Vermittlungsprozesse möglichst einfach gestaltet, mit Seminaren und einem Newsletter Nachwuchskräfte ausgebildet und so ein gemeinsamer Informationsstand ermöglicht. Die Frauen setzen darauf, das politische Klima im wesentlichen über die Ausbildung von Führungskräften zu beeinflussen sowie über die breite öffentliche Information über Frauenbedürfnisse und Problemlagen.

Als wichtige Stufen der Politikentwicklung werden das Training von Führungskräften, die Ausbildung von MultiplikatorInnen, der Kontakt zu den Lernenden und die Evaluation der Maßnahmen und der Vernetzungsstrategien benannt.

14. Politische Strategien im Frauengesundheitsbereich. Wie treffen sich nationale und internationale Strategien?

Carol Hagemann-White

- I. [Problemstellung](#)
- II. [Rahmenbedingungen transnationaler Zusammenarbeit](#)
- III. [Welches Europa?](#)
- IV. [Grundlagen einer transnationalen Zusammenarbeit](#)
- V. [Welches Netzwerk?](#)
- VI. [Zusammenfassung](#)

I. Problemstellung

Während unseres Treffens haben wir über die Notwendigkeit gesprochen, ein Bewußtsein dafür zu schaffen, daß Frauengesundheit sehr viel mehr - und etwas anderes - bedeutet als eine "gleichberechtigte" Morbidität und Mortalität.

Wir sprachen über die Besorgnis, daß Gender-Mainstreaming im Gesundheitsbereich sogar zu einem Bumerang werden kann, wenn keine Verbindung geschaffen wird zu einem umfassenden Verständnis der Lebensverhältnisse und -bedingungen von Frauen, ihren spezifischen Risiken und den Ressourcen über die sie verfügen und die sie brauchen, um ihre Gesundheit in dem ganzheitlichen Sinne zu erhalten, wie sie durch die WHO definiert wurde.

Überdies waren wir uns darüber einig, daß Gesundheitsförderung mit Empowerment von Frauen untrennbar verknüpft sein muß, und daß sie Prozesse sozialen Wandels erfordert, damit Frauen genuine Wahlmöglichkeiten in allen Gebieten ihres Lebens haben.

Auf der anderen Seite haben wir festgestellt, daß die neue Begeisterung für Mainstreaming bei nationalen Regierungen, die im wesentlichen durch die politische Diskussion auf europäischer Ebene oder durch internationale Vereinbarungen geweckt wurde, manchmal zum Anlaß oder zur Ausrede genommen wird, um Frauengesundheitsprojekte zu schließen oder deren Förderung zu kürzen - auch dann, wenn diese Projekte anerkannt sind und für ihre exzellente Arbeit gelobt werden.

Wir haben auch gesehen, daß die scheinbar erfolgreiche Einführung einer gender Perspektive in die Gesundheitsförderung oder in die Datenerfassung (z.B. im Programm "Gesunde Städte", dem europäischen Frauengesundheitsbericht) dennoch in der Außenwahrnehmung rasch verloren geht, indem automatisch und fast reflexartig das vertraute medizinische Modell angewandt wird. Insbesondere wenn wir die Sphäre verlassen, in der die Aktivistinnen im Frauengesundheitsbereich kontinuierliche Aufklärung und Bewußtseinsbildung leisten, wenn wir den Bereich der internationalen Organisationen oder die von der Praxis entfernteren Regierungsebenen betrachten, scheint das soziale Modell der Frauengesundheit uns oft zu entgleiten, und die Gewohnheit, Mediziner als einzige und endgültige Autorität in Fragen der Gesundheit anzurufen, kehrt in alter Kraft wieder.

Diese Beobachtungen regen zum Nachdenken darüber an, wie wir die Strategien und Herangehensweisen, die wir lokal entwickelt und in nationalen Netzwerken abgestimmt haben, in die Sprache politischer Debatten auf europäischer Ebene "übersetzen" und vermitteln können. Wie können wir eine "Stimme" in den transnationalen Diskussionen schaffen, die imstande wäre, wirkungsvoll einzugreifen, die klären kann, wie nutzbare und informative Daten gesammelt werden sollen und die Standards dafür setzt, was den Namen Frauengesundheitsförderung verdient?

II. Rahmenbedingungen transnationaler Zusammenarbeit

Der transnationale Handlungsbedarf hat zwei Seiten. Die europäische Ebene bildet einerseits eine Gelegenheit: Es hat sich als erfolgreich erwiesen, Fragen der Gleichberechtigung länderübergreifend zu einem zwingenden politischen Gebot zu erheben (z.B. wenn Regierungen sich verpflichten, über ihren Fortschritt zu berichten, oder wenn Rechtsnormen festgelegt werden). Die europäische Integration kann aber auch eine Gefahr darstellen: Wenn wir diese Ebene der Politik nicht beachten, weil sie uns als entfernt erscheint, werden andere Gruppen definieren, was unter Gesundheitsförderung, sozialer Wohlfahrt und Mainstreaming zu verstehen ist, und das Ergebnis kann als vollendete Tatsache über uns hereinbrechen, wenn es zur Einmischung zu spät ist.

Es ist eine Herausforderung, unsere lokalen und nationalen Aktivitäten mit den europäischen politischen Strategien miteinander in Verbindung zu bringen. Vielleicht sollten wir damit anfangen, uns zu überlegen "welches Europa" die vielversprechende Arena für die Verfolgung strategischer Ziele wäre. Zu einem Überblick könnte uns folgende Tabelle verhelfen, die den Europarat und die Europäische Union gegenüberstellt. In der Regel wird betont, daß diese beiden Strukturen europäischer Zusammenarbeit gänzlich unterschiedlich sind und sich in ihren Aufgaben nicht überschneiden. In Wirklichkeit hat sich dies verändert; sowohl Gleichberechtigung als auch Gesundheit haben sich zu Politikfeldern entwickelt, auf denen der Europarat und die Europäische Union mit ähnlichen oder z.T. sogar identischen Anliegen und Handlungsansätzen aktiv sind.

III. Welches Europa?

Europarat	Europäische Union
40 Mitgliedsländer	15 Mitgliedsländer
die Schwerpunkte liegen auf Demokratie, Menschenrechten, Gerechtigkeit, sozialer Kohärenz	Kerninteressen sind Ökonomie und Arbeitsmarkt, soziale Themen bzw. Fragen sind nachrangig
Bewußtseinsbildung, hat die Möglichkeit, bindende Konventionen zu vereinbaren und zu beaufsichtigen	dynamischer Prozeß immer neuer Verträge → schafft Veränderungsdruck
die Politik steht im Vordergrund und hat ein höheres Profil als die Administration	übt ökonomische Macht aus, Politik wird mit den Mitteln der Verwaltung gemacht
war oft konzeptionell führend in Fragen der Gleichberechtigung	wachsende Macht des Parlaments → mehr Intervention
Gesundheit, Gleichberechtigung und Menschenrechte haben jeweils einen eigenständigen Status mit eigenen Ausschüssen etc.	traditionell hat Gesundheit einen geringeren Status, den Beschäftigungsfragen nach- und zugeordnet; dies kann sich (wie im Fall der Gewalt gegen Frauen) ändern
<i>externe Einflüsse auf die Politik:</i>	
NGO`s und ExpertInnen	Interessengruppen und ihre Lobby

Die unterschiedlichen Merkmale dieser zwei "Europas" bieten, je nach den Zielen, die wir uns für eine internationale Zusammenarbeit setzen, verschiedene Möglichkeiten an, wie Netzwerke für Frauengesundheit aktiv werden könnten. Streben wir danach, unmittelbar im verwirrenden Dschungel der Gesetze, Rechtsverordnungen und Verwaltungsverfahren uns einzumischen, weil wir wissen, daß dieses Regelwerk einen enormen und entscheidenden Einfluß darauf haben, was möglich und was unmöglich ist? Oder wäre uns wichtiger, politisches Bewußtsein zu schaffen, die Problem und Begrifflichkeiten im öffentlichen Raum zu definieren und so den Rahmen zu beeinflussen, in dem Themen verhandelt werden (z.B. geschlechtssensible Gesundheitsförderung als Menschenrechte für Frauen)?

IV. Grundlagen einer transnationalen Zusammenarbeit

Die zweite Frage, die auch realistisch durchdacht werden muß, betrifft die Art des Netzwerks, das wir aufbauen wollen oder können. Schon bei der ersten Betrachtung zeigt sich, daß die Wahl der politischen Arena und die Entscheidungen über die organisatorischen Netzwerkstrukturen sich in einer Wechselwirkung befinden oder sogar voneinander abhängig sind.

Die folgende Tabelle beschreibt wichtige Netzwerktypen mit einigen ihrer strukturellen Stärken und Schwächen. Sie sind mehr oder weniger in einer Linie der steigenden formellen organisatorischen Struktur angeordnet.

V. Welches Netzwerk?

Typ	Beispiel	Stärken	Schwächen
Einzelpersonen	neue Frauenbewegungen; Netzwerke von Forscherinnen	Flexibilität; stiftet persönliches Vertrauen; fördert Selbstentwicklung	oft kurzlebig; hängt sehr vom Zulauf ab; keine formelle Anerkennung
Basisorganisationen (grass-roots organisations)	Dachorganisation der Frauengesundheitszentren (FGZ), der Frauenhäuser (z.B. in Deutschland) WAVE (Women against violence Europe)	Arbeitsbelastung kann rotieren; ist mit Empowerment verknüpft; gewährleistet Austausch über lokale Praxis; wird durch Vielfalt gestärkt	wechselnde Personen (Delegierte); Einigkeit um Preis der Ausgrenzung; leidet unter Widerstreit der Prioritäten und Ressourcen
Netzwerk der Netzwerke	international interdisz. Congress on Women; Women's international studies Europe (WISE), WHNET während des ersten Jahres	ein breites Spektrum für Organisation und die Suche nach Finanzierung; verbindet Kontinuität mit Veränderung	Bestand hängt von guten Koordinatorinnen ab; nationale Probleme können Vorrang haben, braucht eine Infrastruktur
formeller Rat oder Vereinigung / Verband	European Women's Lobby (EWL)	etabliert; falls finanziert, kann längerfristig Lobbyarbeit leisten	hat keinen direkten Draht zu Basisorganisationen, kann durch Vielfalt beeinträchtigt sein

VI. Zusammenfassung

Es gibt drei grundlegende "Entscheidungen", die jedes Netzwerk treffen muß, um als eine "Stimme" auf der transnationalen Ebene zu existieren und hörbar zu werden: in bezug auf die Ziele, die mit Priorität zu verfolgen sind, in bezug auf die Aktionsfelder und in bezug auf den Typ der Organisation bzw. des Netzwerkes.

Bei der Prüfung dieser Fragen sollte bedacht werden, daß die Antworten oft voneinander abhängen. So kann z.B. ein Netzwerk von Einzelpersonen keine Lobby in Brüssel errichten, außer eine oder mehrere von ihnen sind sehr vermögend; daher wird ein Netzwerk der feministischen Expertinnen, wie z.B. ein Forschungsnetzwerk, eher den Europarat als passende Arena sehen. Der wichtigste Punkt für die Entwicklung realistischer Strategien ist zu prüfen und ggf. zu beschließen, inwiefern eine von diesen drei Entscheidungen schon feststeht oder die oberste Priorität hat, so daß die anderen, wenn nötig, dem angepaßt werden.

15. Wie kann ein europaweites Netzwerk Frauen und Gesundheit aufgebaut werden? Erfahrungen aus dem Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Ute Sonntag, Ingrid Helbrecht-Jordan

- [I. Einleitung](#)
- [II. Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen](#)
- [III. Allgemeine Bemerkungen zur Netzwerkarbeit](#)
- [IV. Wie kann ein europaweites Netzwerk aufgebaut werden?](#)
- [V. Literatur](#)

I. Einleitung

Dieser Beitrag beschreibt das Vorgehen, wie das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen aufgebaut wurde. Zum zweiten werden allgemeine Charakteristika von Netzwerken dargestellt. Drittens wird die Nutzbarkeit dieser Überlegungen für ein europaweites Netzwerk 'Frauengesundheit' geprüft.

II. Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Niedersachsen ist eines der nördlichen Bundesländer Deutschlands. Es ist flächenmäßig sehr groß und hauptsächlich ländlich strukturiert. Hauptstadt ist Hannover, wo im Jahre 2000 die Weltausstellung EXPO stattfinden wird.

Wie kann ein Netzwerk begonnen und entwickelt werden?

Die Idee eines Netzwerkes entstand während der täglichen Arbeit in der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, einer landesweit arbeitenden Nichtregierungsorganisation, die Gesundheitsförderung in Niedersachsen initiiert und koordiniert.

Die Zeitschrift *impulse*, ein Newsletter zur Gesundheitsförderung, wird quartalsweise von der Landesvereinigung herausgegeben. Die Ausgabe mit dem Schwerpunktthema "Frauen und Gesundheit" wurde an Multiplikatorinnen in ganz Niedersachsen verschickt. Verbunden damit war ein Angebot zur Zusammenarbeit. Die Resonanz auf diese Aktion war sehr groß und sehr positiv. Multiplikatorinnen im Feld Gesundheitsförderung für Frauen boten um Erfahrungsaustausch und um Beratung bei politischen Umsetzungsstrategien bezüglich der frauenspezifischen Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Als eine sehr wichtige Zielgruppe erwiesen sich dabei die Frauenbeauftragten, die sich in den lokalen Verwaltungen für Fraueninteressen einsetzen.

Auf der Grundlage dieser guten Resonanz hielt die Landesvereinigung Ausschau nach Institutionen, die diese Interessen mit unterstützen würden. Das damalige Niedersächsische Frauenministerium (heute Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales) und das Forschungsinstitut Frau und Gesellschaft schlossen sich mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen zusammen und entwickelten im Dialog mit einigen interessierten Frauen im Lande die Idee, den Bedarf durch ein Netzwerk zu bündeln.

Welchen Anforderungen müssen die unterstützenden Institutionen genügen, um solch ein Netzwerk zu unterstützen?

- Die institutionelle Ebene: Die Institutionen sollten für sich einen Nutzen erwarten. Das Netzwerk muß in das Profil der Institution passen. Die Inhalte müssen hohe Priorität in der Institution haben oder während des Unterstützungsprozesses bekommen. Zeichen dafür, daß eine Institution sich identifiziert, ist die Bereitschaft, Kosten zu übernehmen.
- Die personelle Ebene: verlässliche Personen sind in der Institution notwendig. Für diejenigen, die das Netzwerk unterstützen, muß das Thema Frauen und Gesundheit sehr wichtig sein, auch persönlich. Die Kontrollwünsche, die jede Institution bei einem Engagement entwickelt, müssen jeweils in der eigenen Institution konstruktiv verarbeitet werden. Vermittlungsarbeit zwischen dem Netzwerk und den internen Anforderungen der Institution sollten einen Hauptteil der Aufgaben der Kontaktperson darstellen.
- Die intermediäre Ebene: die verschiedenen Institutionen sollten ihr Profil behalten. Die Identität der Institution muß klar bleiben. Unsere Erfahrungen besagen, daß es ungünstig ist, wenn die Institutionen ähnliche Profile hätten. Dann würde eine gewisse Rivalität beginnen. In unserem Falle ergänzen sich die Profile gut. Das Ministerium setzt Prioritäten im Felde der Politik. Das Forschungsinstitut begreift sein Engagement als wissenschaftliche Unterstützung des Netzwerkes. Die Landesvereinigung betrachtet das Netzwerk als ein weiteres Arbeitsfeld in ihrer Funktion, zu koordinieren und eine Plattform für Gesundheitsförderung in Niedersachsen zu bilden.
- Ressourcenpotentiale: als ein Resultat dieser verschiedenen Profile stellen die Institutionen unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung. Geld und die Arbeitszeit der drei Kontaktpersonen geben alle ein. Daneben liefert die Landesvereinigung ihre Infrastruktur und stellt die Geschäftsstelle des Netzwerkes. Das Ministerium liefert seine politischen Kontakte. Das Forschungsinstitut trägt seine Übersicht über die Forschungsliteratur und die Kenntnisse und Arbeitskapazitäten zur Evaluation bei, die in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung durchgeführt wird.

Ein Netzwerk ist effizient, wenn strukturelle Elemente der Beteiligung geschaffen werden.

Das Netzwerk ist ein Zusammenschluß von aktiven Multiplikatorinnen, die in den Gemeinden Gesundheitsförderung für Frauen und Mädchen einbringen und verstetigen möchten. Die Ziele des Netzwerkes sind:

- die Kompetenzen der Multiplikatorinnen zu entwickeln,
- ihre Eigeninitiative zu stärken,
- Empowerment-Prozesse zu stärken und
- Gesundheitsförderungsinitiativen vor Ort zu initiieren.

Instrumente, um dies zu erreichen, sind Tagungen, ein regelmäßig erscheinender Rundbrief und das Angebot, in einer von vier Gruppen mitzuarbeiten. Zuerst wurde die Organisationsgruppe gegründet, in der die Kontaktpersonen der drei das Netzwerk tragenden Institutionen und Mitgliedsfrauen mitarbeiteten. Diese Gruppe war der erste Ort, an dem die Netzwerkmitgliedsfrauen ihre Kompetenzen und Ressourcen einbringen konnten. In der Zeit von 1995, der Gründung, und 1999 hat sich die Struktur ausdifferenziert. Heute existieren vier Gruppen:

- die Tagungsvorbereitungsgruppen, in denen die jeweils nächsten Veranstaltungen geplant werden;
- die Organisationsgruppe, die die anfallenden aktuellen Arbeiten bespricht, die weitergehenden Perspektiven der Netzwerkarbeit diskutiert und die Öffentlichkeitsarbeit vorbereitet;
- die Rundbrief-Redaktionsgruppe, die den sogenannten Rundbrief zweimal jährlich als Kommunikationsinstrument unter den Mitgliedsfrauen erstellt;

- die Evaluationsgruppe, die jährlich eine Prozeßevaluation durchführt.

Diese Teilhabestrukturen führen dazu, daß pro Jahr ca. 35-40 Frauen aus unterschiedlichen Bereichen aktiv in die Netzwerkarbeit eingebunden werden können und diese mitgestalten.

Bisher fanden neun Tagungen statt. Dabei können drei Themendimensionen unterschieden werden:

1. Einige Tagungen betrachteten die gesundheitsstrukturellen Rahmenbedingungen wie z.B. Pränataldiagnostik, Kommunikation und Selbstbestimmung von Frauen im Gesundheitswesen, Programme für die Zukunft, wo es um Konzepte, Programme und Strategien ging, vor Ort BündnispartnerInnen zu finden;
2. einige Tagungen betrachteten den Zusammenhang von Lebensbedingungen und Frauengesundheit, z.B. psychische Erkrankungen bei Frauen oder Migrantinnen und Gesundheitsförderung;
3. einige Tagungen betrachteten den Zusammenhang von Lebensphasen und Gesundheit, z.B. Frauen im Alter, Schwangerschaft sowie Mädchen und Gesundheitsförderung;

Die Strukturen der Tagungen sind wie folgt: In Vorträgen wird in das Thema eingeführt, in Arbeitsgruppen werden Aktivitäten und Projekte präsentiert, die Aktionsformen zum Nachmachen darstellen. Die Tagungen verfolgen das Ziel, die Multiplikatorinnen dazu zu ermutigen, eigene Aktivitäten zu starten und auf lokaler Ebene Allianzen für Frauen- und Mädchengesundheit aufzubauen. Am Ende der Tagungen trifft sich das Netzwerkplenum, um Fragen zu diskutieren, die das Netzwerk betreffen.

Zwischen den Konferenzen gibt die Landesvereinigung den Rundbrief heraus mit Informationen von und für Netzwerkmitgliedsfrauen, z.B. Termine, Stellenausschreibungen, Vorschläge für Aktionen. Neben den Tagungen ist der Rundbrief das zweite Kommunikationsinstrument im Netzwerk. Ein Beispiel für eine Aktion, die durch den Rundbrief propagiert wurde: Auf der Tagung "Gesundheitsförderung mit Migrantinnen" ist ein sehr guter Film über Genitalverstümmelungen bei Mädchen gezeigt worden, in englischer Sprache. Da der Film so gut war, haben wir im Rundbrief eine Aktion gestartet, indem wir alle Mitgliedsfrauen dazu aufgerufen haben, den deutschen Filmverleih nach diesem Film in deutscher Sprache zu fragen und den Verleih-Bedarf damit deutlich zu machen. Es müssen viele solcher Anfragen eingegangen sein, denn der Verleiher hat sich kurze Zeit später dazu entschlossen, den Film übersetzen zu lassen und in den Regelverleih aufzunehmen.

Evaluation ist sehr wichtig, um sicherzugehen, daß die Bedürfnisse der Nutzerinnen befriedigt werden

Das Netzwerk wurde Ende 1995 gegründet. Im folgenden werden einige Ergebnisse der Prozeßevaluationen dargestellt. 1996 und 1997 wurde eine Gesamterhebung per Fragebogen durchgeführt. Alle Mitgliedsfrauen und Besucherinnen der Tagungen wurden angeschrieben. 1997 waren dies insgesamt 240 Frauen. Der Rücklauf betrug 40,8 Prozent. 1998 wurde eine telefonische Befragung mit gewichteten Stichproben durchgeführt.

Wer ist aktuell am Netzwerk beteiligt?

Das Netzwerk hat sich als ein multisektoraler Kooperationszusammenhang etabliert. Ende 1998 waren 114 Frauen Mitglied. Sie arbeiten in Kommunen als Frauenbeauftragte (27 Prozent), sie arbeiten im Gesundheitswesen (21 Prozent), im Bildungsbereich (4 Prozent), im Politikbereich (4 Prozent) und der Wissenschaft (10 Prozent), in Initiativen und Projekten (11 Prozent) und in Verbänden (4 Prozent). 19 Prozent sind interessierte Einzelpersonen, wie z.B. Studentinnen. Wir können feststellen, daß das Netzwerk berufstätige Multiplikatorinnen aus einem weiten Spektrum praktischer Arbeit erreicht.

Ein charakteristisches Ziel des Netzwerkes ist es, regionale Bemühungen, Gesundheitsförderung in der Gemeinde zu realisieren, zu unterstützen. Zur regionalen Verteilung der Nutzerinnen des Netzwerkes ist auf Grundlage des Surveys 1997 zu sagen, daß die Hälfte der Nutzerinnen ländliche Gebiete oder Kleinstädte als Arbeitsgebiet angibt (ländliche Gebiete 30,4 Prozent; Kleinstädte 19,6 Prozent). 29,3 Prozent arbeiten in Großstädten, 20,7 Prozent niedersachsenweit.

Diese Verteilungen sind eine gute Voraussetzung dafür, die verschiedenen Lebensräume im Netzwerk präsent zu haben und in die unterschiedlichen Lebensräume und Arbeitsfelder hineinwirken zu können. Wir sind sehr stolz auf diese Ergebnisse, da es schwer war, zu den ländlichen Regionen Zugang zu bekommen. Im ersten Jahr der Evaluation waren die Großstädte überrepräsentiert. Daraufhin bemühten wir uns, die ländlichen Regionen mehr zu kontaktieren. Z.B. führten wir eine Tagung in einer ländlichen Region durch.

Das Netzwerk wird zudem von vielen Nichtmitgliedsfrauen genutzt, hat also einen sehr offenen Charakter. Insgesamt kamen durch Mitgliedschaft oder Tagungsteilnahme in den letzten beiden Jahren 240 bzw. 250 Frauen mit dem Netzwerk in Kontakt. Nicht mitgezählt sind dabei die Kontakte, in denen unterschiedlich intensiv einzelne Akteurinnen vor Ort hinsichtlich Umsetzungsstrategien zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit beraten wurden.

Was erwarten die Mitgliedsfrauen vom Netzwerk?

In den Telefoninterviews kristallisierten sich folgende Erwartungen heraus:

- in Sachen Frauengesundheitsförderung auf dem Laufenden zu bleiben;
- Impulse wie auch Unterstützung für die eigene praktische Arbeit vor Ort zu erhalten;
- die eigene Perspektive durch interdisziplinäre(n) Zusammenarbeit und Austausch zu erweitern.

Die Befragten geben an, daß ihre Erwartungen bislang im großen und ganzen auch eingelöst wurden.

Auf welchen Ebenen werden Anregungen gegeben?

Im ersten Jahr des Bestehens haben wir drei Tagungen direkt evaluiert. Auf die Frage: "Hat die Tagung Sie zu neuen Aktivitäten angeregt?" antworteten 45 Prozent bei der ersten Tagung mit ja, bei der zweiten Tagung 87 Prozent, bei der dritten 55 Prozent mit ja. Die Sichtung der qualitativen Angaben ergab stets zwei große Schwerpunkte: Zum einen bezogen sich die geplanten/realisierten Eigen-Aktivitäten darauf, das auf den Tagungen erworbene theoretische und praktische Wissen vor Ort umzusetzen. Zum anderen haben die Tagungen dazu angeregt, sich auch auf regionaler Ebene um ein vernetztes Vorgehen bei Frauen- und Mädchengesundheitsfragen zu kümmern.

Wie wird die Vernetzung allgemein bewertet?

In der vorletzten Befragung haben wir auch nach dem Nutzen von Netzwerkarbeit im allgemeinen gefragt. Das Item lautete: "Der Vernetzungsgedanke hat Konjunktur - auch im Frauenbereich. Über den Nutzen von Netzwerken gibt es aber verschiedene Meinungen. Wie bewerten Sie persönlich folgende Aussagen?". Vorgegeben waren sechs Statements, die sich auf folgende Aspekte bezogen:

- die Kosten von Vernetzung, d.h. den organisatorischen Aufwand und mögliche Reibungsverluste,
- auf den Nutzen, d.h. den Erwerb von Sach- und Handlungswissen und die wechselseitige Bestärkung,
- auf die Transferqualität von Vernetzung, d.h. auf die Frage, ob die Netzwerkarbeit nur einem Selbstzweck oder dem Aufbau frauenfreundlicher Strukturen dient.

Deutlich wurde, daß für die Befragten die "Chancen-Seite" deutlich größeres Gewicht hatte: Jeweils mehr als zwei Drittel betonen den potentiellen Qualifizierungsgewinn durch Vernetzung. Die Mehrheit hält diese Arbeitsweise nicht für eine bloße "Spielwiese" von Professionellen, sondern meint, daß sie zum Aufbau frauenfreundlicher Strukturen im Interesse der Mädchen und Frauen vor Ort beitragen kann. Diese Einschätzung wird durch handschriftliche Kommentare noch unterstrichen: "Politische Forderungen von Frauenbelangen gewinnen an höherem Gewicht." Oder: "Netzwerke ermöglichen es, die eigene Tätigkeit in einen größeren Zusammenhang einzuordnen." Dabei wirkt "die Aussicht, Gleichgesinnte zu treffen", besonders motivierend. Ein weiterer Kommentar lautete: "Nur über Netzwerke läßt sich 'öffentlicher Raum' einnehmen."

III. Allgemeine Bemerkungen zur Netzwerkarbeit

Allgemeine Charakteristika von Netzwerkarbeit

In der Gründungsphase sind folgende allgemeine Aspekte zu berücksichtigen:

1. Es muß ein Bedarf vorhanden sein. In unserem Beispiel wurde der Bedarf mittels der Zeitschrift *impulse* getestet.
2. Ein Netzwerk braucht eine Gelegenheit, sich zu konstituieren. Die Gründung muß vorbereitet und durchgeführt werden.
3. Ein Minimalkonsens muß hergestellt werden. Dazu ist in unserem Beispiel eine Programmatik entwickelt und auf der Gründungsveranstaltung verabschiedet worden.

Weitere Charakteristika sind:

4. Netzwerke benötigen eine aktive Beteiligung. Viele Personen mit möglicherweise unterschiedlichen Standpunkten sollten beteiligt sein. Dies ist erfolgreich, wenn es eine große Transparenz gibt hinsichtlich professioneller Identitäten, institutioneller Interessen, persönlicher Motive sowie der Kosten-Nutzen-Kalkulationen jeder Person.
5. Der Verzicht auf Dominanz ist sehr wichtig, wenn Empowermentprozesse gestärkt werden sollen.
6. Netzwerken heißt, Austauschprozesse zu initiieren. Alle Mitglieder geben und nehmen.
7. Netzwerke produzieren externe Effekte und geben Impulse zu Aktivitäten und zu Transfer in die eigenen Umgebungen. In unserem Beispiel holen sich andere Bundesländer Rat beim Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, um ähnliche Strukturen in ihrem eigenen Bundesland aufzubauen.

Die Geheimnisse des erfolgreichen Netzwerkens

1996 arbeitete das WHO-Netzwerk Gesunde Regionen, eines der neuesten WHO-Netzwerke, auf ihrer vierten Konferenz zum Vernetzen der Netzwerke und erarbeitete einige generelle Richtlinien über Netzwerke. Diese basieren auf den Erfahrungen der WHO-Netzwerke Gesunde Städte, Gesundheitsfördernde Krankenhäuser, Gesundheitsfördernde Schulen, Babyfreundliche Krankenhäuser und CINDI (countrywide integrated noncommunicable disease intervention programme). Generell stellte die Konferenz fest: "Effective networking requires first and foremost a basic knowledge of potential partners, their goals and objectives and methods of working." (p. 5)

In Arbeitsgruppen bearbeiteten die Teilnehmenden die Fragen: Wer sind die HauptakteurInnen und was macht sie effektiv? Was sind fördernde und hindernde Bedingungen beim Netzwerken? Was sind erfolgreiche Formen und Methoden des Netzwerkens? Einige Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Auf die Frage nach den HauptakteurInnen und deren Effektivität unterstrichen die Teilnehmenden auf der Konferenz u.a., daß alle relevanten Gruppen zu beteiligen seien, auch diejenigen, die nicht zu Beginn kooperierten. Weiterhin sei Beständigkeit wichtig, d.h. es werden Menschen gebraucht, die für Kontinuität in der Netzwerkarbeit sorgen. Weitere Gründe für Effektivität seien gemeinsame Interessen, Ausgewogenheit, d.h., jede Person hat mindestens soviel davon, wie sie eingibt. Ein weiterer wichtiger Punkt sei, Gleichwertigkeit in der Differenz zu akzeptieren. Das bedeutet, daß unterschiedliche Vorstellungen, Wahrnehmungen, Interessen und Beiträge anerkannt und akzeptiert werden. Kein Netzwerk kann erfolgreich sein ohne die Bereitschaft seiner Mitglieder zu aktiver Teilnahme. Die macht sich daran fest, ob alle gewillt sind, Zeit und Mühe einzugeben. Um Selbstvertrauen aufzubauen, müssen Werte und Zweck des Netzwerkes definiert und gemeinsam getragen werden.

Eine unterstützende Bedingung sei u.a. Solidarität zwischen den Netzwerkmitgliedern, Unabhängigkeit der Mitglieder nach innen auf allen Ebenen des Netzwerkes und eine flache Hierarchie, d.h. Dezentralisierung der Kontrolle, der Ressourcen und der Kommunikationsstrukturen.

Als Hindernis wurde u.a. eine Überzentralisierung der Ressourcen, der Kontrolle und der Politikebene benannt. Sehr wichtig ist ein weiterer Aspekt: unangemessene Nutzungsinteressen, d.h. Personen nehmen teil aus externen Gründen, die mit dem Netzwerk nichts zu tun haben und die dem Netzwerkprozess nicht förderlich sind.

IV. Wie kann ein europaweites Netzwerk aufgebaut werden?

Das Ziel eines europaweiten Netzwerkes soll sein, eine europäische Stimme für Frauen- und Mädchengesundheit zu installieren. Das bedeutet, eine politische Präsenz herzustellen, die EU-Staaten in einer bestimmten Struktur einzubinden und Kommunikationswege auf Dauer sicherzustellen.

Auf Grundlage des Gesagten sollen an dieser Stelle stichwortartig einige Punkte benannt werden, die für den Aufbau eines EU-weiten Netzwerkes relevant sein könnten:

- zentral zu Beginn eines Prozesses der Netzwerkgründung ist,
- die Nutzerinnen zu definieren;
- den Bedarf zu ermitteln;
- mögliche Kooperationspartnerinnen zu interessieren;

- ein Konsens über Gegenstand und Ziel muß hergestellt werden.
- In den einzelnen beteiligten Ländern müßten Kontaktinstitutionen gefunden werden, die jeweils wieder Kommunikationswege in ihren Ländern aufbauen oder vorhandene Kommunikationswege für das Netzwerk nutzen.
- Um die Akzeptanz zu erhöhen und den Zugang zu verschiedenen Zielgruppen zu erreichen, sollten mehrere Brücken-Institutionen gefunden werden, die eine kontinuierliche Arbeit und Finanzierung gewährleisten.
- Um die Praxisrelevanz der Arbeit zu sichern, ist der Aufbau partizipativer Strukturen notwendig.
- Evaluation ist besonders hinsichtlich der Effekte auf der politischen Ebene notwendig.

V. Literatur

Helbrecht-Jordan, Ingrid; Sonntag, Ute, 1997: Investition in die Gesundheit von Frauen. Der Beitrag des `Netzwerks Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen´ zu einer geschlechtsbewußten Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Frauenforschung 3/97, S. 22 - 34

World Health Organization: Networking for Health. Report of Fourth Annual Conference of the Regions for Health Network 1996, Kopenhagen, 1997w

16. Transnationale Zusammenarbeit - Chancen, Wege, Strategien, Notwendigkeiten

Zur Diskussion

Die bisherige Diskussion während des Workshops hat an vielen Stellen Bereiche für eine weitere Zusammenarbeit beschrieben. Dabei stellen die Anforderungen der praktischen Arbeit vor Ort einen wichtigen Anlaß für Kooperation dar. Als wichtig haben sich herausgestellt:

- Die Notwendigkeit einer gemeinsamen Plattform für eine Diskussion über die Entwicklung der Strategien im Frauengesundheitsbereich, vor allem innerhalb der bestehenden Projekte, und über die Weiterentwicklungsmöglichkeiten einzelner Projektansätze hinaus. Gute Beispiele gaben die kommunalen Strategien der österreichischen Frauengesundheitszentren.
- Der Austausch über erfolgreiche Aktionen und über verschiedene Ebenen der Frauengesundheitsarbeit wie z.B. die frauenstärkende Bildungsarbeit, Empowermentstrategien, Methoden der Gruppenarbeit oder Strategien der Öffentlichkeitsarbeit.

Ein Teil der angesprochenen Bedarfe für eine breitere Zusammenarbeit erwächst aus der Entwicklung politischer Normen der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation. Der Versuch der Europäischen Kommission, Chancengleichheit mit dem Gender-Mainstreaming-Ansatz zu erreichen, hat auch konkrete Auswirkungen auf Gesundheit und die Aktionen im Rahmen von Frauengesundheit. Bisher wurden dabei die Kompetenzen und Kenntnisse aus der Frauengesundheitsbewegung nicht ausreichend reflektiert. Diese grundlegende Nichtpräsenz der Wissensbestandteile der Frauengesundheitsbewegung in diesem Prozeß trifft auch auf andere transnationale Organisationen, wie z.B. die Weltgesundheitsorganisation zu. Die Verknüpfung von Fraueninteressen und dem sozialen Modell von Gesundheit in den internationalen Programmen ist nicht ausreichend erfolgt. Eine weitere Umsetzung des Modells ist notwendig. Das kritische Wissen aus der Frauengesundheitsbewegung ist in diesem Prozeß nicht aufgenommen. Aus dieser Analyse kann man weitere Anforderungen an eine Zusammenarbeit im Frauengesundheitsbereich ableiten. Dabei müssen erst die Voraussetzungen für eine internationale politische Präsenz der Frauengesundheitsbewegung in das Blickfeld genommen werden.

Was ist in diesem Bereich Thema einer transnationalen Zusammenarbeit?

- Will die Frauengesundheitsbewegung ihre Rolle als kritische Stimme im Interesse von Frauengesundheit sichern und mit dieser Funktion gehört werden, so ist ein Austausch über politische Strategien notwendig. Das Selbstverständnis, als kritische Stimme die Interessen von Frauen zu vertreten, schließt Strategien für die Mobilisierung von Frauen für ihre Interessen und die Mobilisierung von Frauengesundheitsprojekten für die Vertretung ihrer Interessen im Prozeß der Politikimplementation mit ein.
- Gleichzeitig geht es um den Erhalt und die Erschließung von Ressourcen für die Frauengesundheitsprojekte. Sie können nur dann kontinuierlich ihre Interessen vertreten, wenn sie Ressourcen für diese Aufgaben zur Verfügung haben.
- Für eine transnationale Präsenz von Frauengesundheitsinteressen aus der Frauengesundheitsbewegung heraus gibt es noch keine arbeitsfähigen Organisationsstrukturen. Zur Zeit bestehen im wesentlichen regional oder national arbeitende Netzwerke. An internationalen Netzwerken haben sich bisher ein Wissenschaftsnetzwerk WISE und ein Netzwerk im Bereich Gewalt gegen Frauen WAVE gebildet. Daneben bestehen internationale Netzwerke, die Chancengleichheit, Frauenbildung oder Lobbyarbeit für Frauen zum Ziel haben. Projekte, Organisationen und Netzwerke aus dem Bereich der

Frauengesundheitsbewegung sind nicht für eine Lobbyarbeit im eigenen Interesse transnational vernetzt.

Das Zusammentragen von kommunalen Frauengesundheitsstrategien aus verschiedenen europäischen Ländern (Niederlande, Bundesrepublik Deutschland, Österreich, Großbritannien) hat für eine transnationale Zusammenarbeit folgende Aufgaben erkennen lassen:

- Über Stand und länderspezifische Entwicklungen im Frauengesundheitsbereich als notwendige Grundbedingung für einen Austausch und die Weiterentwicklung von Strategien zu informieren.
- Einen länderübergreifenden Austausch für im Moment relevante Themenbereichen zu organisieren, wie z.B. in diesem Workshop für den Bereich kommunale Frauengesundheitsstrategien. Weitere Bereiche, die genannt wurden: Das Thema Pflege, die Indikatorenentwicklung für gesundheitliches Wohlbefinden in verschiedenen Bereichen der Frauengesundheitsarbeit, die Definition guter Praxis im Frauengesundheitsbereich aus der Sicht der Frauengesundheitsprojekte, die Ausarbeitung von Kriterien, die für eine Bewertung von Frauengesundheitsstrategien in Kommunen, in Frauengesundheitsprojekten und in Organisationen des Gesundheitswesens verwendet werden können und Qualität überprüfbar machen.
- Die Voraussetzungen und Qualifikation für eine Gesundheitspolitik mit und für Frauen zu beschreiben und sich in der transnationalen Diskussion um neue Wege und Strategien für Frauengesundheit einzusetzen.
- Ein soziales Modell von Frauengesundheit zu vertreten. Die Rolle von Frauengesundheit, eingebunden in Lebensweisen und soziale Umstände, bekannter zu machen und die Strategien der Gesundheitsförderung daran zu orientieren.
- Transnational neue Kooperationen zu initiieren, neue Kompetenzen einzubinden und in verschiedenen Bereichen der Frauengesundheit neue bedarfsgerechte und die Lebensweisen von Frauen berücksichtigende Modelle zu erarbeiten.
- Die Verbindung von Menschenrechten und Frauengesundheit herzustellen. Nimmt man die Sozialcharta ernst, haben Frauen ebenso das Recht auf bestmögliche gesundheitliche Versorgung wie Männer. Nicht adäquate gesundheitliche Versorgung bedeutet eine Herabsetzung der Lebensqualität und Würde von Frauen.
- Für die kommunalen Strategien gilt es, eine Verbindung zwischen dem multi-city-action-plan der WHO und den Frauengesundheitsinteressen herzustellen.
- Im Bereich des Mainstreamings der Europäischen Kommission muß die Kompetenz und Stimme der Frauengesundheitsorganisationen verdeutlicht werden, denn aus diesem Bereich werden andere Fragen gestellt, die neue Wege eröffnen können. Auch die Sichtweisen der Basisorganisationen aus dem Frauengesundheitsbereich müssen sichtbar werden.

Zu der ersten Aufgabe eines Europäischen Netzwerkes Frauengesundheit sollten gehören:

- den Politikansatz, wie er im Beispiel des Gesunde-Städte-Modells von Glasgow (siehe Beitrag Ann Hamilton) vertreten ist, zu verbreiten und für Nachahmung zu sorgen,
- das soziale Modell im Frauengesundheitsbereich zu verbreiten und bekanntzumachen,
- den Ansatz für Frauengesundheits-Rechte auszuformulieren und zu vertreten,
- positive Indikatoren für Frauengesundheit (Gesundheitsindikatoren) zu erarbeiten,
- Expertinnenwissen aus dem Frauengesundheitsbereich soll in Gender-Mainstreaming Prozeß eingespeist werden,
- die Projekte, die beispielhaft gute Praxis ausarbeiten und vertreten, europaweit zu sichern und ihre Ansätze zu verbreiten,

- für eine Möglichkeit zu sorgen, daß die Frauengesundheitsprojekte ihre Qualitäten entwickeln können und ihre Kompetenz beachtet wird,
- den Austausch über gute Praxis transnational ermöglichen und einen Transfer der Erkenntnisse zwischen den Projekten zu sichern,
- einen Rahmen für die Analyse und Evaluation guter Praxis errichten und die transnationale Vernetzung im Frauenforschungsbereich dafür nutzen,
- für die Professionalisierung der Projekte im Frauengesundheitsbereich Konzepte und Wege beschreiben. Das betrifft die Basisorganisationen, die Projekte mit Brücken- (Mediatoren) Funktion und die Projekte, die Politik bereits umsetzen,
- auf europäischer Ebene politische Unterstützung organisieren für die breite Palette von Herangehensweisen und Kompetenzen im Frauengesundheitsbereich. Dafür eine Art Frauengesundheitsaudit zu entwerfen,
- die politischen Wege für die Interessenvertretung im Frauengesundheitsbereich zu errichten und für politische Kooperationen (z.B. mit dem Gewerkschaftsbereich zu werben),
- europaweit ein Bewußtsein für wichtige Faktoren im Gesundheitsbereich zu schaffen,
- erste Schritte für eine notwendige Lobbyarbeit für die finanzielle Absicherung wichtiger Projekte zu gehen,
- für einen Informationsfluß zu sorgen, der die Sichtweisen der unterschiedlichen Organisationen im Frauengesundheitsbereich (auch der Basisorganisationen) auf die politischen Entscheidungsebenen transferiert, ebenfalls die politische Entwicklung an die verschiedenen Organisationen im Frauengesundheitsbereich vermittelt und eine horizontale Verbindung zwischen Organisationen aus unterschiedlichen Länder ermöglicht,
- eine neue Verbindung zwischen Frauengesundheitsforschung und Praxis-Projekten im Bereich der grass-roots und der Mediatorinnenprojekte herstellen, mit der es gelingen kann, neue Formen der Projektevaluation aufzubauen und die Qualitäten der Projekte zu entwickeln und zu belegen.

Was sollte für den Aufbau einer zukünftigen transnationalen Zusammenarbeit bedacht werden?

- Die Organisationen, die im Frauengesundheitsbereich entstanden sind und als kritische Stimme verstanden werden können, sind sehr heterogen in ihrer Struktur. Für eine transnationale Zusammenarbeit muß deshalb ein gemeinsames Grundverständnis als Basis für eine Zusammenarbeit gefunden werden,
- für eine stetige Zusammenarbeit gilt es, Entscheidungen zu Organisationsformen, Organisationsstrukturen und Beteiligungsstrukturen zu treffen,
- die Netzwerkarbeit scheint dabei der für den Anfang interessanteste Mainstreaming-Ansatz zu sein (trotz der Nachteile, wie im Beitrag von Hagemann-White vorgestellt). Dabei zeigt der Beitrag von Ute Sonntag, welche Grundregeln der Netzwerkarbeit zu beachten sind. Für den konkreten Aufbau eines Netzwerkes kann eine Arbeitsgruppe Vorarbeit leisten. Gerade bei der Netzwerk-Lösung sind der Informationsfluß, die Transparenz und der gegenseitige Nutzen zu beachten. Der Prozeß des Netzwerkaufbaus und die Einbeziehung von Mitgliedern und Kooperationspartnerinnen setzt sorgfältige Vorarbeit voraus.
- Eine gute Vorarbeit über die Standards und Ziele des Netzwerkes ist notwendig, um Zugehörigkeit und gemeinsame Werte zu klären.

17. Anhang

Liste der Teilnehmerinnen

Lea den Broeder
Netherlands School of Public Health
Willem-Alexanderdreef 6
3871 CK Hoevelaken
Niederlande
email: broeder@tip.nl

Prof. Dr. Carol Hagemann-White
Universität Osnabrück
Heger Tor Wall 9
49069 Osnabrück
Bundesrepublik Deutschland
email: chageman@rz.uni-osnabrueck.de

Eva Janes
Frauengesundheitszentrum Leibnitz,
Die Spinne und das Netz,
Fettingergasse 6,
8430 Leibnitz
Österreich
email: frauen.pflege@fgz.co.at

Dr. Vera Lasch
Institut Frau und Gesellschaft gGmbH
Lister Str. 11
30163 Hannover
Bundesrepublik Deutschland
email: vlasch@ifg-frauenforschung.de

Jutta Platzgummer
Frauengesundheitszentrum f.a.m.
Vorarlberg
Eisengasse 7
6850 Dornbirn
Österreich
email: aha@aha.or.at

Sylvia Groth M.A.
Frauengesundheitszentrum Graz
Brockmannngasse 48
8010 Graz
Österreich
email: Sylvia.Groth@FGZ.CO.AT

Ann Hamilton
Principal Policy Development Officer
Corporate Policy and Development
Chief Executive's Department
Glasgow City Council
City Chambers
George Square
Glasgow G2 1DU
Great Britain
email: ann.hamilton@ced.glasgow.gov.ok

Mag. Daniela Kern
Frauengesundheitszentrum F.E.M Süd
Kundratstraße 3
1100 Wien
Österreich
email: Daniela.Kern@aon.at

Sabine Overkämping
Europäische Kommission
Generaldirektion V
Rue de la Loi, 200
1049 Bruxelles
Belgien
email:
Sabine.overkamping@bxl.dg5.cec.be

Ilse Scheinhardt
Bremische Zentralstelle für die
Verwirklichung
der Gleichberechtigung der Frau
Knochenhauerstr. 20 - 25
28195 Bremen
email: office@zgf.bremen.de

Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Frenskeweg 2
30165 Hannover
email: Ute.Sonntag@t-online.de

Mag. Petra Schweiper
ISIS-Gesundheit und Therapie für Frauen
Wilibald Hauthalerstraße 12
5020 Salzburg
Österreich
email: isis@eunet.at

Brigitte Stumm
Universität Hamburg
Institut für medizinische Soziologie
Martinstr. 52
20246 Hamburg
Bundesrepublik Deutschland
Email: stumm@uke.uni-hamburg.de

Dipl. Päd. Ingrid Waibel
Frauengesundheitszentrum Kärnten
Völkendorferstraße 23,
9500 Villach
Österreich
email: fgz.sekretariat@carinthia.com

Adressen der österreichischen Frauengesundheitszentren

f.a.m. Vorarlberg,
Frau Jutta Platzgummer,
Eisengasse 7,
A-6859 Dornbirn
Tel.: 0043 55 72 5 39 99
Fax: 0043 55 72 5 39 98

Frauengesundheitszentrum Graz
Frau Sylvia Groth M.A.
Brockmannngasse 48
A-8010 Graz
Tel.: 0043 3 16 83 79 98
Fax: 0043 3 16 83 79 98-25
email: frauen.gesundheit@fgz.co.at
<http://www.fgz.co.at/fgz/>

Frauengesundheitszentrum F.E.M.
(Frauen Eltern Mädchen) an der
Sammelweis-Frauenklinik, WHO
Modell-projekt
Frau Mag. Marianne Hengstberger
Bastiengasse 36-38
A-1180 Wien
Tel. 0043 14 76 15-3 73
Fax 0043 14 76 15-3 07

Frauengesundheitszentrum Kärnten
Frau Dipl. Päd. Ingrid Waibel
Völkendorferstraße 23
A-9500 Villach
Tel.: 0043 42 42 5 30 55
Fax: 0043 42 42 5 30 55-15
email: fgz.sekretariat@carinthia.com
<http://www.fgz-kaernten.at>

Frauengesundheitszentrum F.E.M Süd
Frau Mag. Doris Gartner
Frau Mag. Hilde Wolf
Kundratstraße 3
A-1100 Wien
Tel. 0043 16 01 91 52 01
Fax 0043 16 01 91 5209

Frauengesundheitszentrum Leibnitz
Die Spinne und das Netz
Frau Eva Janes F.K.
Fettingergasse 6
A-8430 Leibnitz
Tel.: 0043 34 52 7 40 20
Fax: 0043 34 52 7 40 20-20
email: frauen.pflege@fgz.co.at
<http://www.fgz.co.at/fgz/>

Frauengesundheitszentrum Linz
Frau Doris Nemeth
Kaplanhofstraße 1
A-4020 Linz
Tel.: 0043 7 32 77 44 60
Fax: 0043 7 32 77 44 60-5 05
email: office@fgz-Linz.at
<http://www.fgz-Linz.at>
ISIS-Gesundheit und Therapie für Frauen
Frau Mag. Aline Hallhuber
Frau Mag. Petra Schweiger
ab Sept. 1999 Frau Mag. Hermie
Steininger
W. Hauthalerstraße 12
A-5020 Salzburg
Tel.: 0043 6 62 44 22 55
Fax: 0043 6 62 44 22 50
email: isis@eunet.at

Frauengesundheitszentrum Tirol
Frau Dr. Inge Mühlsteiger
Michael Gasmayr Straße 11
A-6020 Innsbruck
Tel./Fax: 0043 5 12 58 91 19