



RUNDBRIEF

Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Nr. 21

Aus dem Inhalt:

Gesundheitswissenschaften und Gender in der Lehre

Frauengesundheit und Frauenbewegung - eine
bewegungshistorische Perspektive

Frauengesundheit im Zeitalter des Cyberspace

April 2006

Editorial	5
Aktuelles.....	6
Frauen und Tabak	6
Gesundheitswissenschaften & Gender in der Lehre.....	6
Impressum.....	8
Programm zur Brustkrebsfrüherkennung in Niedersachsen ist angelaufen	9
Sexualisierte Gewalt gegen behinderte Frauen und Mädchen	10
Schließung der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW	11
Bewusst durch die Wechseljahre	12
Verhaltenstherapeutisches Gruppentraining bei Wechseljahresbeschwerden	12
Kampagnen zur Fußball-WM	13
Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit.....	14
Portrait der neuen Sozialministerin	14
Portrait der neuen Staatssekretärin	14
Schwächung der Gleichstellung.....	15
Mitgliederseite / Neues aus den Regionen	16
Der Landesfrauenrat Nds. e.V. stellt sich vor	16
Veranstaltungsberichte.....	18
Menstruation und Endometriose	18
AKF Jahrestagung 2005	20
Schwerpunkt: Tagung Frauengesundheit - zwischen Möglichkeit und Machbarkeit	21
Frauengesundheit und Frauenbewegung: eine bewegungshistorische Perspektive	21
Zum Begriff der Selbstbestimmung.....	25
Viel erreicht – und wie geht es weiter?	25
Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie... ..	32
Vernetzt und weltumspannend - Frauengesundheit im Zeitalter des Cyberspace	34
Frauengesundheit im Zeitalter des Cyberspace	36
Evaluation der Tagung: Beurteilung durch die Teilnehmerinnen.....	38
Mediothek	41
Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter.....	41
Gender issues in safety and health at work	41
Depressionen bei Frauen in transkultureller Perspektive	42
Diagnose: Häusliche Gewalt	42
Stalking.....	42
Frauen-Körper	43
Gesundheitsförderung zu Lebensbeginn	43
Gender in Organisationen	43
Termine im Überblick	44

Editorial

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,
nach Erscheinen des letzten Rundbriefes ist viel passiert: das Netzwerk hat am 23.11.2005 sein zehnjähriges Jubiläum mit einer Fachtagung begangen. In diesem Rundbrief wird die Tagung mit etlichen Statements dokumentiert.

Im September haben Bundestagswahlen stattgefunden. Das hatte zur Folge, dass Sozialministerin Ursula von der Leyen als Familienministerin nach Berlin gegangen ist. In diesem Rundbrief wird die neue Hausspitze in Niedersachsen, Frau Ministerin Mechthild Ross-Luttmann und ihre Staatssekretärin Dr. Christine Hawighorst, vorgestellt.

Die Novellierung der Gemeinde- und Landkreisordnung hatte gravierende Auswirkungen auf die Anzahl der Gleichstellungsbeauftragten. Auch darüber wird in der Rubrik „Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit“ berichtet.

Die Fußball-Weltmeisterschaft naht mit großen Schritten. Wir berichten über Kampagnen zu Frauenhandel und Zwangsprostitution anlässlich der WM.

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen plant die nächste Tagung. Die Tagung wird sich mit der gesundheitlichen Versorgung von alten Frauen und gesundheitsförderlichen Aspekten befassen. Aber auch die Arbeitsbedingungen der professionellen Pflegekräfte und deren Gesundheitshandeln sind im Blick. Die Tagung soll im

Winter 2006 (November ist angedacht) stattfinden.

Das Netzwerk führt gerne Tagungen auch in den Regionen durch. Im Februar 2005 veranstalteten wir z.B. eine Tagung in Oldenburg, in den vergangenen Jahren in Osnabrück, Göttingen, Norden und Braunschweig. Wir würden uns freuen, wenn sich Frauen aus den Regionen melden, die Interesse, Lust und Zeit haben, eine Netzwerktagung mit uns zusammen vor Ort zu organisieren.

Das Mammografie-Screening beginnt zur Zeit in Niedersachsen. Wir haben noch einmal die wichtigsten Informationen zur Einführung des Screenings und die zentralen Broschüren zusammengestellt.

Damit auch der nächste Rundbrief aktuell zu den Geschehnissen in Niedersachsen berichten kann, sind Sie herzlich aufgerufen, Beiträge einzusenden. Bitte schreiben Sie uns, wenn etwas Neues in Ihrer Region zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit geschehen ist oder Sie eine Veranstaltung planen oder oder..... Auch Vorschläge für Themen, die Sie gerne im Schwerpunkt behandelt wissen möchten, sind willkommen. Wir freuen uns über neue Mitarbeiterinnen in der Redaktionsgruppe.

Einsendeschluss ist **Ende Oktober 2006**. Wir wünschen Ihnen Zeit für die Lektüre des Rundbriefes.

Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



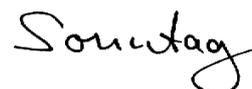
Ursula Jeß

Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit



i.A. Hildegard Müller

Pro Familia Landesverband
Niedersachsen



Ute Sonntag

Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen

Aktuelles

Frauen und Tabak

Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen und die dadurch entstehende Benachteiligung werden oft von Organisationen, die im Bereich Gesundheitsförderung für Frauen tätig sind, unterschätzt. In Deutschland rauchen 22 % der Frauen. Sogar 44 % der Raucherinnen sind zwischen 18 und 25 Jahren jung. Aber auch vom Passivrauchen sind Frauen sehr stark betroffen, und zwar im Haushalt und am Arbeitsplatz. Besonders beunruhigend ist die Situation für Menschen, die in der Gastronomie arbeiten. Und diese sind vornehmlich weiblich.

Tabakrauch, ob aktiv oder passiv, greift jedes Organ im Körper an und ist der höchste Risikofaktor für Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Reproduktivschäden und Asthma. Die Bürde durch Krankheit und vorzeitigem Tod wird vor allem von sozial schwachen Frauen getragen. Der Anteil der regelmäßigen Raucherinnen ist unter den allein erziehenden Müttern mit 45,8 % nahezu doppelt so hoch wie unter verheirateten Müttern (23,6 %). Auch die Schulbildung hat einen großen Einfluss darauf, ob jemand raucht.

Um diese Situation zu verändern, sind zwei neue Zusammenschlüsse entstanden. Am 7. Dezember 2005 wurde im Rahmen der 3. Deutschen Konferenz zur Tabakkontrolle in Heidelberg das Netzwerk Frauen und Rauchen gegründet. Am 23. März 2006 ist der Verein ‚Frauen aktiv contra Tabak‘ (FACT) e.V. in Köln gegründet worden.

Durch diese Zusammenschlüsse soll das Nichtrauchen und der Gesundheitsschutz vor Tabakrauch bei Mädchen und Frauen gefördert werden. Es geht darum, gendersensible Konzepte und Strategien zum Thema zu entwickeln und umzusetzen. Die Bereiche Tabakkontrolle, frauenspezifische Gesundheitsförderung, Bekämpfung sozialer Ungleichheit und Verbraucherschutz sollen in Kontakt kommen und kooperieren. So sollen Entwöhnungsprogramme, die auf die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen eingehen, sowie Unterstützungsmaßnahmen für sozial benachteiligte Raucherinnen gefördert werden.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Sibylle Fleitmann, E-Mail: s.fleitmann@gmx.de



Gesundheitswissenschaften & Gender in der Lehre

Alexandra Jahr

Mit der Ratifizierung des Amsterdamer Vertrags und dem darin verankerten Konzept des Gender Mainstreaming gibt es auf europäischer Ebene seit 1999 eine rechtlich verbindliche Verpflichtung zur Umsetzung einer effektiven Gleichstellungspolitik.

Auch in der Gesundheitsforschung ist die Frage nach der Bedeutung der Kategorie Geschlecht mittlerweile angekommen. Nach dem Madrid Statement der WHO stellt ‚Geschlecht‘ eine zentrale Gesundheitsdeterminante dar, die den Zugang zu und die Kontrolle über Gesundheitsressourcen – und somit gesundheitliche

Chancen und Risiken von Frauen und Männern – in hohem Maße beeinflusst. Gender Mainstreaming verfolgt dabei eine Doppelstrategie: den Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten zwischen den Geschlechtern einerseits und eine Verbesserung der Versorgungsqualität andererseits. Mit diesem Perspektivwechsel ist ein Sensibilisierungsprozess in der Gesundheitsforschung und –versorgung eingetreten, der gendersensibles Arbeiten nicht mehr ausschließlich auf den Kreis feministischer Gesundheitswissenschaftlerinnen beschränkt. Vermehrt beziehen nun auch Expertinnen, die nicht primär aus der Frauengesundheitsforschung stammen, einen Gender-Fokus in ihre Arbeit mit ein.

Für eine erfolgreiche Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich bedarf es jedoch neben der politischen Durchsetzungsfähigkeit auch Expertinnen mit Gender-Kompetenzen. Hier können die in den letzten Jahren etablierten gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge sowie die Gender Studies hilfreich sein. Wie aber sieht es mit der Berücksichtigung von Gender-Aspekten in den gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen aus?

Um einen ersten Einblick über die Integration von Genderthemen in die Gesundheitswissenschaften zu erhalten, haben wir 26 Studiengänge¹ (mit ca. 60 Studienschwerpunkten) per Mail mit den Fragen angeschrieben, ob und wie Gender in der Lehre integriert ist. Die Rücklaufquote betrug 73%. Eine Übersicht über die Integration von Gender-Aspekten in den gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen gibt Tabelle 1.

Tabelle 1 Gender in der Lehre

Hochschule / Studiengang	Integration von Gender in der Lehre
Berlin ASFH, Gesundheits- und Pflegemanagement (B)	ja
Berlin Charité, Health and Society: International Gender Studies Berlin (M)	ja
Gesundheitsmanagement (Health Care Management, B)	ja
Fulda FH, Public Health (M)	ja
Magdeburg, Gesundheitsförderung/-management (B)	ja
Magdeburg, Gesundheitsförderung und -management in Europa (M)	ja
Nordhausen FH, Gesundheits- und Sozialwesen (D)	ja
Osnabrück, Gesundheitswissenschaften (Lehramt)	ja
Berlin HU, Consumer Health Care (M)	In einzelnen

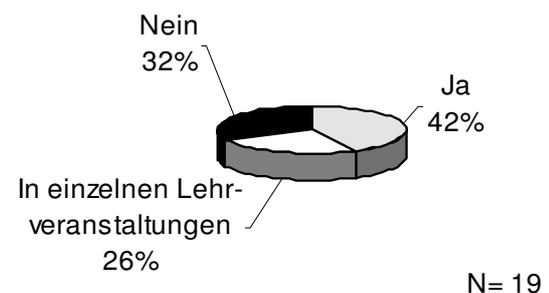
¹ Quelle: Hochschulkompass 2006, Hochschulrektorenkonferenz. Wir haben uns bei der Auswahl der Hochschulen auf Studiengänge mit einer expliziten Public Health Ausrichtung beschränkt. Diese Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für Hinweise aufmerksamer Leserinnen zu Public Health Studiengängen, die Gender in ihr Lehrangebot integrieren, sind wir dankbar.

	Lehrveranstaltungen
Bremen U, Public Health/ Gesundheitswissenschaften (B)	In einzelnen Lehrveranstaltungen
Hamburg HAW, Gesundheitswissenschaften (B)	In einzelnen Lehrveranstaltungen
Hamburg HAW, Public Health (M)	In einzelnen Lehrveranstaltungen
München U, Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie (Magister)	In einzelnen Lehrveranstaltungen
Bielefeld FH, Pflege und Gesundheit (B)	Nein, nur freiwilliges Zusatzangebot
Hamburg U, Gesundheit (Lehramt)	nein
Dresden TUD, Gesundheit und Pflege (Lehramt)	nein
Neubrandenburg FH, Bachelor of Public Health and Administration (B)	nein
Neubrandenburg FH, Master of Public Health and Administration (M)	nein
Riedlingen FH, Gesundheits- und Sozialwirtschaft (D) ^j	nein

B= Bachelor, D=Diplom, M= Master

Tabelle 1 zeigt, dass bei insgesamt 13 der 19 antwortenden Hochschulen Gender-Aspekte in das Lehrangebot einbezogen werden, wenn auch in unterschiedlichem Umfang.

Abbildung 1 Ausmaß der Integration von Gender in der Lehre



Eine systematische Integration von Gender-Aspekten findet sich in 42% der Studiengänge. Die Spanne reicht hier von einem 1-tägigen Blockkurs „Gender Research“ bis zur Einbeziehung von Gender als analytisches Konzept in alle Module / Vorlesungen. In 26% der Studiengänge findet Gender nur bedingt Berücksichtigung. So werden an einer Hochschule Geschlechterdifferenzierung „nur bei sachlich-fachlichen Unterschieden“ behandelt, an anderen Hochschulen gibt es individuelle Lehrangebote einzelner

WissenschaftlerInnen. Die Ergebnisse zeigen, dass geschlechtssensible Analysen in den Gesundheitswissenschaften im geringen Maße umgesetzt werden.

Mögliche Ursache hierfür mag u.a. die recht kurze Professionalisierungsgeschichte der Gesundheitswissenschaften / Public Health in Deutschland sein. Gesundheitswissenschaftliche Studiengänge gibt es hier seit ca. 10 Jahren. Möglicherweise ist hierdurch aber auch eine leichtere Integration der Geschlechterforschung in die Gesundheitswissenschaften zu erreichen als in fest etablierten Disziplinen. Im Zuge der Umstrukturierungen in der Hochschullandschaft durch den Bolognaprozess² stehen jedoch auch ‚junge‘ Wissenschaftsdisziplinen vor einem Legitimierungsdruck³, der sie womöglich resistent macht gegen innovative Ansätze der Genderforschung.

Das traditionell vorherrschende Paradigma der Objektivität/Neutralität der (Natur-) Wissenschaften, das sich an einem ‚geschlechtsneutralen‘ Standardmodell Mensch (= Mann) orientiert und somit die Lebensbedingungen von Frauen außer Acht lässt, mag eine weitere Ursache für die geringe Berücksichtigung der Kategorie ‚Geschlecht‘ in den Gesundheitswissenschaften sein.

Auch der hohe Abstraktionsgrad der Gender Studies kann (mit)ursächlich für deren zögerliche Integration in die Gesundheitswissenschaften sein. Gender Studies zeigen eine generelle Distanz zur Empirie und Körperlichkeit. Gesundheitswissenschaften hingegen zeichnen sich durch einen hohen Anwendungsbezug unter Einbezug empirischer Daten und Körperlichkeit / gespürten Erfahrungen aus.

² Hierbei geht es um die Schaffung eines europäischen Hochschulraums, in dem die Umstellung auf Bachelor-/Masterstudiengänge bis zum Jahr 2010 beschlossen wurde. In wie weit der modulare Aufbau der neuen Studiengänge (noch) Raum für die Integration einer sich etablierenden Genderforschung bietet, bleibt abzuwarten. Um die Institutionalisierung und Verstetigung der Gender Studies - zunächst auf bundesdeutscher Ebene - voranzutreiben, hat sich Ende 2005 eine Arbeitsgruppe von Genderforscherinnen gegründet.

³ So stehen in Deutschland derzeit einige gesundheitswissenschaftliche Studiengänge zur Disposition, in Hamburg hingegen ist die Abschaffung eines bereits akkreditierten Gender- Studiengangs in der Diskussion.

Unseres Erachtens bietet sich jedoch gerade die Public Health als Dach für die Gender-Forschung im Gesundheitsbereich an, da die unterschiedlichen Facetten der Kategorie ‚Geschlecht‘ nur transdisziplinär zu erfassen sind. Als heterogene Disziplin, die verschiedenste Fachrichtungen integriert, bietet Public Health diese Möglichkeit an.

Um Gender – als Querschnittsthema – dauerhaft in den Gesundheitswissenschaften zu institutionalisieren, bedarf es jedoch neben der Berücksichtigung der Kategorie ‚Geschlecht‘ in den Lehrangeboten auch einer gleichberechtigten Beteiligung von Frauen und Männern in der Lehre selbst.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Alexandra Jahr, Dipl. Gesundheitswirtin, E-Mail: Alexandra.Jahr@hamburg.de; Heide v. Ritz-Lichtenow, Gleichstellungsbeauftragte Landkreis Osterholz, E-Mail: frauenbeauftragte@landkreis-osterholz.de



Impressum

Rundbrief 21 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

April 2006, c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel. 0511/3500052, E-Mail: ute.sonntag@gesundheitsnds.de

Redaktion: Ursula Jeß, Ute Sonntag, Hildegard Müller

Beiträge: Dr. Claudia Czerwinski, Prof. Dr. Barbara Duden, Ines Albrecht-Engel, Gabriele Goettle, Dr. Ingrid Helbrecht, Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Agnes Hümb, Alexandra Jahr, Prof. Dr. Barbara Kavemann, Dr. Kristina Schulz, Regina Stolzenberg, Ursula Thümler, Hannelore Voss

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der nächste Rundbrief erscheint im Winter 2006. Redaktionsschluss ist Ende Oktober 2006.

Programm zur Brustkrebsfrüherkennung in Niedersachsen ist angelaufen

Zur Verbesserung der Früherkennung von Brustkrebs wird in Deutschland zur Zeit ein flächendeckendes qualitätsgesichertes Programm zur Röntgen-Reihenuntersuchung aufgebaut. Auch in Niedersachsen ist nach intensiver Vorbereitung in einigen Regionen das so genannte Mammografie-Screening angelaufen und wird schrittweise ausgedehnt.

Wer kann teilnehmen?

Das Mammografie-Screening - Programm richtet sich an Frauen in der Altersgruppe 50 – 69 Jahre ohne Symptome. Sie werden von einer zentralen Stelle mit einem Terminvorschlag zur Mammografie in Wohnortnähe eingeladen. Die Röntgenaufnahmen werden in einem zertifizierten stationären Mammografie-Zentrum oder in einem zur Screeningeinheit umgebauten Bus (sog. Mammobil) durchgeführt. Damit sollen weite Wege in ländlichen Gebieten vermieden und eine hohe Teilnahmequote erleichtert werden. Das Untersuchungsergebnis ist innerhalb von sieben Tagen mitzuteilen.

Für die eingeladenen Frauen ist die Teilnahme am Mammografie - Programm kostenlos, egal welcher Krankenkasse sie angehören. Die Finanzierung erfolgt über die Krankenkassen. Die Einladung zur Mammografie ist ein Angebot, die Teilnahme ist freiwillig.

Niedersachsen ist - zusammen mit Bremen - in 9 Screening - Einheiten eingeteilt: Nordwest, Bremen (länderübergr.), Nord (länderübergr.), Hannover, Süd, Mitte, Ost,

Südwest, Nordost. Nach Bremen und Region Weser- Ems hat im März auch die Region Hannover die Arbeit aufgenommen. Die übrigen Mammographie-Regionen werden noch in diesem Jahr folgen. (uj)

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Hier können Sie weitere Informationen abrufen: www.ein-teil-von-mir.de

Fundierte Hintergrundinformationen bietet die Broschüre Brustkrebs Früherkennung - Information zur Mammografie - Eine Entscheidungshilfe, herausgegeben vom „Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit“. Zu erhalten über: Landesvereinigung für Gesundheit e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, E-Mail: info@gesundheit-nds.de oder Gmündener Ersatzkasse, www.gek.de

Informationen für Multiplikatorinnen vor Ort bietet die Broschüre Was MultiplikatorInnen vor Ort wissen sollten, Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, Ärztekammer Bremen (Hrsg.), Gmündener Ersatzkasse, 34 Seiten, 2005. Kostenlos mit einem frankierten und adressierten Rückumschlag zu bestellen bei: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, FB 11, PF 330440, 28334 Bremen. Als pdf-Datei herunterladen unter www.gek.de (Bereich Service - Infopool Gesundheit).

Aus der Schriftenreihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist zu empfehlen: Heft 25 - Brustkrebs- des Robert-Koch-Instituts, E-Mail: gbe@rki.de



Sexualisierte Gewalt gegen behinderte Frauen und Mädchen

Häufiger als nicht behinderte Frauen und Mädchen und als nichtbehinderte und behinderte Männer sind behinderte (oftmals geistig behinderte) Frauen und Mädchen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe (Heime Werkstätten), in Familie und Schule von sexueller Gewalt betroffen. Eine Berliner Studie belegt, dass jede 3. bis 4. behinderte Frau zwischen 12 und 25 Jahren, die in einer Einrichtung lebt, sexuelle Gewalt erlitten hat. Misshandler sind die Bewohner und Beschäftigten der Einrichtungen und Fahrer der Sonderfahrdienste für Behinderte.

Die Opfer können sich oftmals nicht wehren, haben nie gelernt nein zu sagen und haben ein zu geringes Selbstbewusstsein. Eine Gegenwehr ist häufig aufgrund der Behinderung nicht möglich. Die Täter können ihre Taten gut vertuschen und brauchen keine Angst vor Entdeckung zu haben. Auch von den Leitern der Einrichtungen erfolgen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch in der Regel keine Anzeigen, da sie ihre Einrichtung nicht in Verruf bringen wollen. Daher haben die Täter auch keine arbeitsrechtlichen Konsequenzen zu fürchten.

Maßnahmen, die gefordert werden:

- die Datenlage soll sich verändern (die polizeiliche Kriminalstatistik soll aufklären)
- Aufklärungsmaßnahmen in den Ländern; es sollen Forschungen unterstützt werden
- Sensibilisierung bei allen, die mit dem Thema zu tun haben
- Aufklärung in den Schulen, Aufnahme des Themas in den Sexualkundeunterricht

- Abbau von Risikofaktoren (Abbau von mangelndem Selbstbewusstsein etc.)
- Abbau von sozialer Abhängigkeit von den Tätern
- Dieses Thema muss in die Ausbildungsinhalte mit aufgenommen werden
- Entwicklung von Handlungsleitlinien zur Ächtung der Gewalt und zum Umgang bei Verdacht für die Einrichtungen der Behindertenhilfe und für Schulen
- Enttabuisierung
- Selbstverteidigungskurse
- Unterstützung der Pflege von Frauen (auf Wunsch)
- Qualitätsgesicherte Standards
- Entfernung des Täters, Suspendierung, Kündigung
- Informationsaustausch der Institutionen bei Neueinstellung des Täters
- Erweiterung der therapeutischen Versorgung der Opfer

Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit will sich insbesondere an der Enttabuisierung dieses Themas beteiligen. Alle Mitgliedsorganisationen, also auch das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, geben diese Informationen in ihre Netze, in diesem Falle in diesen Rundbrief. Wer dazu in der eigenen Region aktiv werden will, bitten wir, sich mit einer der Trägerorganisationen des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen in Verbindung zu setzen.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Die Dokumentation einer Tagung zu diesem Thema kann bei der Berliner Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen bestellt werden. Frau Susanna Thieme, Tel.: 030-90138947



Schließung der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW

Die Koordinationsstelle "Frauen und Gesundheit" NRW hat aus Regierungssicht ihr Ziel erreicht. Das Land hat zu Ende März die Fördergelder eingestellt, was Schließung bedeutet. "Damit gehen sehr gute Anfänge verloren", kritisiert Dr. Vera John-Mikolajewski, ehemaliges Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein und Privatdozentin am Uniklinikum Essen, den Beschluss. Für die im vergangenen Mai abgewählte rot-grüne Landesregierung war die Förderung geschlechtsspezifischer Ansätze im Gesundheitswesen ein wichtiges Thema.

Der bundesweit erste nach Geschlechtern differenzierte Gesundheitsbericht im Jahr 2000 belegte große Defizite in der Versorgung von Frauen. Beispielsweise ist das Risiko, nach einem Herzinfarkt früher zu sterben, bei Frauen unter fünfzig deutlich höher als bei Männern. Auf dieser Grundlage wurde im selben Jahr die Koordinationsstelle gegründet, ihre Finanzierung mit Zustimmung aller Fraktionen im Landtag beschlossen.

Die Stelle hat ein Netzwerk für Einrichtungen aufgebaut, die sich auf Landesebene mit dem Thema Frauen und Gesundheit beschäftigen, wie Ärztekammern und Landesverbände der Frauenberatungsstellen. So entstand in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein und anderen Institutionen ein Leitfaden für Mediziner und Medizinerinnen zum Umgang mit den Opfern häuslicher Gewalt.

Die Enquete-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" empfahl, die Arbeit der Koordina-

tionsstelle zu stärken. Der jetzige nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) sagt allerdings, das Ziel der Koordinationsstelle, geschlechterdifferenzierte Sichtweisen im Gesundheitswesen zu verankern, sei bereits erreicht. "Das ist eine optimistische Einstellung, die jeglicher Grundlage entbehrt", meint Carola Lehmann, Mitarbeiterin der Koordinationsstelle.

Das Team der Koordinationsstelle und der Trägerorganisationen bemüht sich, einige Angebote der Koordinationsstelle zu retten: So bleibt z.B. die Homepage www.frauengesundheit-nrw.de mit allen Informationen und Materialsammlungen zunächst weiter erhalten, auch wenn sie nicht länger aktualisiert werden kann. In Kürze wird sie aber noch ergänzt um zwei Materialsammlungen zu den Themen "Soziale Lage, Gesundheit und Geschlecht" und "Migrantinnen und Gesundheit".

Anfragen für Vorträge, Fachberatungen etc. können grundsätzlich auch an die Trägerorganisationen www.frauengesundheitszentrum-koeln.de und www.izfg.de gerichtet werden. Diese können die Leistungen aber nur in begrenztem Umfang und nur gegen Honorar anbieten. Auch die Mitarbeiterinnen stehen weiterhin vereinzelt für Vorträge und Fachberatungen gegen Honorar zur Verfügung. Zu erreichen sind sie wie folgt:

Dr. Monika Weber,
E-Mail: webermo@web.de,
mobil 0170-20 23 307

Carola Lehmann,
E-Mail: carola.lehmann@gmx.net

Gabriele Klärs,
E-Mail: gabriele.klaers@koeln.de,
mobil 0171-806 52 48



Bewusst durch die Wechseljahre

Der Umgang mit den Veränderungen und Beschwerden in den Wechseljahren ist ein viel diskutiertes Thema geworden – zumal seit in wissenschaftlichen Untersuchungen die Risiken der Hormontherapie aufgezeigt wurden. Der vom Arbeitskreis Frauenbelange in der Medizin vorgelegte Flyer „Bewusst durch die Wechseljahre“ gibt Frauen eine Orientierungshilfe, um ihre Beschwerden genauer benennen zu können und einen eigenen Standpunkt zu entwickeln. Er soll helfen, eine Strategie

für den Umgang mit möglichen Beschwerden zu finden. Er gibt Anregungen zur Linderung von Beschwerden und ermuntert betroffene Frauen, beim Besuch in der gynäkologischen oder hausärztlichen Praxis gezielte Fragen zu stellen.

Diese Orientierungshilfe kann aus dem Internet herunter geladen werden unter <http://www.gesundheit-nds.de/veroeffentlichungen/medienliste/index.htm>



Verhaltenstherapeutisches Gruppentraining bei Wechseljahresbeschwerden

Michaela Pfeifer und Kerstin von Bültzingslöwen ist im März 2005 die Distinguished-German-Visionary-Trophy in der Kategorie Nachwuchsleistungen von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. verliehen worden. Sie haben ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Einzel-Trainingsprogramm für Frauen mit Wechseljahresbeschwerden in ein Gruppenverfahren übertragen, dieses durchgeführt und evaluiert. Hitzewallungen stehen im Mittelpunkt ihrer Untersuchung.

Das Gruppentraining wurde in sechs Sitzungen durchgeführt, die einmal wöchentlich jeweils zwei Stunden dauerten. Bausteine des Trainings umfassen das Erlernen von Entspannungstechniken und kognitiven sowie verhaltensbezogenen Bewältigungsstrategien. Durch Hausaufgaben werden die Inhalte vertieft und in die Praxis umgesetzt. In der Aufwärmphase zu Beginn des Trainings kommen noch Kurzvorträge zu Ernährungs- und Bewegungsfragen dazu. Zudem sind Gruppenarbeiten zu den Themen Partnerschaft, Sexualität, Familie und Beruf einbezogen. Die Frauen führen ein Tagebuch über die Hitzewallungen.

Als Ergebnis ihrer Evaluation des Gruppentrainings haben Michaela Pfeifer und Kerstin von Bültzingslöwen z.B. festgestellt, dass das Problemerkennen der betei-

ligten Frauen bzgl. Hitzewallungen reduziert wie auch die Peinlichkeit bei auftretenden Hitzewallungen vermindert werden konnte und die Lebenszufriedenheit erhöht wurde. Wenn auch die Hitzewallungen selbst nicht zurück gingen, so sind diese Ergebnisse doch als ein großer Erfolg zu bewerten.

Solche Selbstmanagement-Ansätze für Frauen in den Wechseljahren haben einen hohen Stellenwert, der in Zukunft noch weiter wachsen wird. Natürlich sind Untersuchungen wie diese erst ein Anfang in dem Bemühen, Alternativen zu Hormongaben zu entwickeln. Bei der Rekrutierung der Probandinnen zeigte sich ein großes Interesse von Frauen an diesem Training: 150 Frauen haben sich telefonisch gemeldet. Diese große Resonanz zeigt, wie dringend Gruppenangebote zu diesem Thema sind. (us)

Michaela Pfeifer: Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Trainingsprogrammes für Frauen mit Wechseljahresbeschwerden – psychische Variablen. Diplomarbeit, Universität Göttingen 2004.

Kerstin von Bültzingslöwen: Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentrainings für Frauen mit Wechseljahresbeschwerden – körperliche Variablen. Diplomarbeit, Universität Göttingen 2004.



Kampagnen zur Fußball-WM

Gegen Zwangsprostitution – Freier haben Verantwortung

Im Sommer 2006 wird die Fußballweltmeisterschaft in Deutschland ausgetragen. Unter dem Motto „Gegen Zwangsprostitution – Freier haben Verantwortung“ macht der Landesfrauenrat Nds. gemeinsam mit der LAG kommunaler Frauenbüros Nds. und KOBRA (Zentrale Koordinierungs- und Beratungsstelle für Opfer von Frauenhandel in Hannover) darauf aufmerksam, dass eine Begleiterscheinung von Veranstaltungen in der Größenordnung der WM immer auch eine Zunahme von (Zwangs)Prostitution an den Austragungsorten ist. Es wird anlässlich der Fußball-WM eine Ausweitung des Menschenhandels befürchtet. Im Rahmen dieser Kampagne werden bis zum 1. Mai 2006 Unterschriften gesammelt. Die Kampagne setzt sich für Aufklärung über die Zusammenhänge der Zwangsprostitution vor, während und nach der Fußball-WM ein, um dem organisierten Verbrechen offensiv entgegen zu treten.

Dabei wird besonders auf die Verantwortung der Freier Bezug genommen. Freier können z.B. bemerken, ob eine Frau Verletzungen hat und eingeschüchtert wirkt. Ein weiteres Indiz für Menschenhandel könnte sein, wenn die Frau für ihre sexuellen Dienstleistungen das Geld nicht selbst erhält. In einem solchen Falle sollte ein Freier – darauf zielt die Kampagne – durchaus anonym eine Fachberatungsstelle, z.B. KOBRA, informieren.

Die Auftaktveranstaltung der niedersachsenweiten Kampagne fand am 2. Februar 2006 in Wolfsburg statt mit der Eröffnung der Ausstellung „Ohne Glanz und Glamour – Prostitution und Frauenhandel im Zeitalter der Globalisierung“ von TERRES DES FEMMES.

Während der Fußball-WM wird ein Aufklärungsspot gegen Zwangsprostitution z.B. auf Großbildleinwänden gezeigt.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Landesfrauenrat Niedersachsen e.V., Johannsenstr. 10, 30159 Hannover

oder: LAG kommunaler Frauenbüros Niedersachsen, c/o Vernetzungsstelle, Sodenstr. 2, 30161 Hannover

Abpfiff – Schluss mit der Zwangsprostitution

Unter dem Motto „Abpfiff – Schluss mit Zwangsprostitution“ führt der Deutsche Frauenrat ebenfalls eine Kampagne durch. Eine Broschüre soll Hintergrundinformationen zum Frauenhandel und zur Zwangsprostitution geben sowie Vorschläge für Aktionen und Pressearbeit liefern. Der Vorstand des Deutschen Frauenrates will vor der Eröffnungsfeier zur Fußball-Weltmeisterschaft in Berlin zum Thema Pressekonferenzen durchführen. Es ist ein bundesweites Bündnis geschlossen worden, zu dem neben dem Deutschen Frauenrat z.B. amnesty international, der Bund deutscher Kriminalbeamter, der Bundesverband sexuelle Dienstleistungen, das ökumenische Forum Christlicher Frauen in Europa, aber auch Männer gegen Männergewalt beteiligt ist.

Die Vorsitzende des Deutschen Frauenrates, Ilse Ridder-Melchers, hat die für die WM 2006 Verantwortlichen im Bundesinnenministerium aufgefordert, die Bekämpfung des Menschenhandels und der Zwangsprostitution im Umfeld der Fußball-WM in das Sicherheitskonzept zur WM 2006 aufzunehmen und einen Runden Tisch gemeinsam mit allen AkteurInnen einzurichten.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Marion Steiner, Projektleiterin, Tel.: 030-20456918, E-Mail: m.steiner@frauenrat.de

Römer-Bündnis

Insbesondere die 12 Austragungsorte der Fußball-WM sind aufgerufen, vor Ort Bündnisse zu schmieden und eine Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagne durchzuführen. In Frankfurt wurde dazu das Römer-Bündnis gegründet, das Anzeigen schalten will, Plakate aufhängen und Flugblätter unter die Fußball-Besucher bringen will.



Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit

In dieser Rubrik berichten wir über aktuelle Entwicklungen wie die neue Hausspitze des Sozialministeriums in Niedersachsen, sowie über Beschlüsse, die für die Bereiche Frauen- und Mädchengesundheit wichtig sind. Wir freuen uns über Rück

meldungen, ob Sie als Leserin diese Informationen interessant und finden und ob sie für Ihre Arbeit wichtig sind. Wir würden uns auch freuen, wenn diejenigen, die selbst in Gremienarbeit tätig sind, darüber berichten würden.

Portrait der neuen Sozialministerin

Mechthild Ross-Luttmann ist seit dem 7. Dezember 2005 neue Niedersächsische Ministerin für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Die CDU-Politikerin hat sich zum Ziel gesetzt, trotz leerer Kassen ein soziales Niedersachsen zu gestalten und neue Akzente zu setzen. Im Zentrum ihrer politischen Arbeit stehen die Interessen der Jugendlichen und Senioren ebenso wie die Stärkung der Familien, die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Förderung generationsübergreifender Initiativen. Auf der Agenda stehen aber auch die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung und der städtebaulichen Entwicklung in Niedersachsen.

Die am 13. April 1958 in westfälischen Burgsteinfurt geborene Mechthild Ross-Luttmann studierte nach dem Abitur Rechtswissenschaften in Münster. Sie absolvierte ihre Referendarausbildung im Oberlandesgerichtsbezirk Hamm und legte im Herbst 1986 das 2. Juristische Staatsexamen ab. Sozialpolitische Erfahrungen sammelte Frau Ross-Luttmann während ihrer zehnjährigen Tätigkeit als Dezernentin beim Landkreis Rotenburg (Wümme).

Dort war sie bis zur direkten Wahl in den Niedersächsischen Landtag am 2. Februar



2003 für die Bereiche Gesundheitswesen, Jugend und Soziales zuständig. Als Abgeordnete engagierte sich Frau Ross-Luttmann zunächst im Innenausschuss des Landtages mit dem Schwerpunkt

Verwaltungsreform sowie in verschiedenen anderen Parlaments- und Fraktionsgremien. Im März 2005 wurde sie schließlich sozialpolitische Sprecherin der CDU-Landtagsfraktion. Die Mutter von drei schulpflichtigen Kindern (zwei Mädchen und ein Junge) ist in Unterstedt zu Hause und seit 1989 mit Heinrich Luttmann verheiratet. In ihrer knapp bemessenen Freizeit geht Mechthild Ross-Luttmann so oft wie möglich ihren sportlichen Hobbys nach: Schwimmen, Inlineskaten oder auch einmal die Beteiligung am Politikmarathon der Landtagsabgeordneten rund um den Maschsee in Hannover. Darüber hinaus hat die Ministerin eine Vorliebe für Musik, vor allem für die Oper.



Portrait der neuen Staatssekretärin

Neue Staatssekretärin an der Seite von Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann ist Dr. Christine Hawighorst. Die frühere Sozialdezernentin des Landkreises Emsland zeichnet sich durch eine umfassende Verwaltungserfahrung aus, die sie nach dem Studium der Rechtswissenschaften und einer wirtschaftswissenschaftlichen Zusatzausbildung an der Universität Os-



nabrück von 1993 bis 1994 als Dezernentin bei der Bezirksregierung Weser-Ems und ab 1995 als Kodezernentin des Stadtdirektors der Stadt Lingen für den Bereich Rechts- und Ordnungsamt gesammelt hat. Neben ihrer beruflichen Tätigkeit 1999 absolvierte die 1963 in Delmenhorst geborene Juristin im Jahr

1999 ein Zweitstudium an der Universität Osnabrück im Fachbereich Humanwissenschaften. Ein Jahr später übernahm Dr. Christine Hawighorst bei der Stadt Lingen die Leitung des Dezernats III mit dem Rechtsamt, Ordnungsamt, Standesamt, Jugendamt, Sozialamt. Im Jahr 2002 wurde sie zur Kreisrätin beim Landkreis Emsland gewählt. Sie übernahm die Leitung des Dezernats IV mit den Fachbereichen Arbeit, Soziales, Jugend und Sport, Gesundheit. Im Landkreis Emsland, einer der 13 Optionskommunen in Niedersachsen, wirkte Dr. Christine Hawighorst maßgeblich an der reibungslosen Umsetzung der Arbeitsmarktreform Hartz IV mit. Diese Erfahrungen kommen der in Wallenhorst bei Osnabrück wohnenden Staatssekretärin jetzt unter anderem auch als der Be-

auftragten des Landes Niedersachsen für die Umsetzung von Hartz IV zugute.

Nebenberuflich wirkte Dr. Christine Hawighorst von 1994 bis 1997 als Dozentin an der Fachschule für Altenpflege in Osnabrück in den Unterrichtsfächern Rechtskunde und Sozialrecht. Seit einigen Jahren engagiert sie sich außerdem im Präventionsverein der Stadt Lingen und ist Beiratsmitglied der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Ortsverein Emsland, sowie des Deutschen Kinderschutzbundes Emsland Mitte.



Schwächung der Gleichstellung

Die Novellierung des § 5a der Niedersächsischen Gemeinde- bzw. § 4a Landkreisordnung im letzten Jahr änderte nicht nur die Funktionsbezeichnung von Frauen- in Gleichstellungsbeauftragte. Viel entscheidender und einschneidender: Für fast 2/3 der Kommunen entfiel die Verpflichtung, eine hauptamtliche Gleichstellungsbeauftragte zu bestellen. Denn musste früher in jeder Gemeinde über 20.000 Einwohnerinnen und Einwohner eine Gleichstellungsbeauftragte bestellt werden, so entfällt diese Verpflichtung für die kreisangehörigen Gemeinden unabhängig von ihrer Größe nun.

Die Landesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros Niedersachsen hat die Auswirkungen der NGO/NLO Novellierung systematisch ausgewertet und legt jetzt ihre Ergebnisse vor. Es hat sich gezeigt, dass sich der Abbauprozess langsam und kontinuierlich vollzieht. In vorausseilender Anwendung wurden schon 2003 und 2004 hauptamtliche Stellen abgebaut. Da wird ein beruflicher Wechsel der Stelleninhaberinnen genutzt, eine Stelle nicht wieder zu

besetzen, dort werden ihr neue Aufgaben übertragen, so dass die Gleichstellungsarbeit zum zusätzlichen persönlichen Hobby wird. Oder das Haushaltsdefizit wird ausgerechnet durch die Abschaffung oder Reduzierung des Querschnittsamtes „Gleichstellungsbeauftragte“ saniert.

Im Laufe der vergangenen drei Jahre ging die Zahl der hauptamtlichen Gleichstellungsbeauftragten von 184 auf 138 zurück (Stand März 2006). 46 hauptamtliche Stellen im Land Niedersachsen wurden zu Ehrenämtern (25), Nebenämtern (17) oder sind in der Entwicklung noch unklar (4). Schon jetzt, so berichten viele, sei lokal eine enorme Schwächung der gemeinsamen Gleichstellungsarbeit zu verzeichnen. Bündnisse der Gleichstellungsbeauftragten in den Landkreisen verlieren an Schlagkraft, wenn die Zahl der hauptamtlichen Kolleginnen stark reduziert wird. Auch im Bereich Frauen- und Mädchengesundheit wird dies Auswirkungen zeitigen, da Gleichstellungsbeauftragte eine wichtige Rolle in den Gemeinden zu diesem Thema innehaben. In den allermeisten Fällen werden Arbeitskreise zu Frauengesundheit oder zur Mädchenarbeit von ihnen koordiniert.



Mitgliederseite / Neues aus den Regionen

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,
die Rubrik „Mitgliedsseite“ heißt dieses Mal „Mitgliederseite / Neues aus den Regionen“. Um die Netzwerkarbeit noch mehr mit Leben zu füllen und Impulse zu geben, sollen gesundheitsförderliche Aktivitäten vor Ort hier vorgestellt werden.

Schicken Sie uns einen Bericht für diese Rubrik, wenn Sie:

- einen Frauengesundheitstag vor Ort durchgeführt haben,
- auf Aktivitäten in Ihrer Region hinweisen wollen, z.B. auf eine Ausstellung, eine Vortragsreihe, einen Film etc.
- eine Umfrage aus dem Bereich Frauen und Gesundheit organisiert haben,
- Mitstreiterinnen suchen.



Der Landesfrauenrat Nds. e.V. stellt sich vor

Ursula Thümler

Der Landesfrauenrat vertritt 60 Frauenverbände und Frauengruppen gemischter Verbände und repräsentiert die Interessen von über 2,2 Millionen organisierten Frauen in Niedersachsen. Das breite Spektrum des Engagements zeigt eindrucksvoll die Stärke und Vielfalt der ehrenamtlichen Frauenarbeit in Niedersachsen.

Die Arbeit erfolgt überparteilich und überkonfessionell. Ihr Ziel ist die Verbesserung der Situation der Frauen in Familie, Beruf und Gesellschaft. Der Landesfrauenrat setzt sich dafür ein, das ehrenamtliche Engagement von Frauen vor allem in den Bereichen zu fördern, wo Frauen nach wie vor unterrepräsentiert sind.

Die Delegiertenversammlungen sind das oberste Beschlussorgan des Landesfrauenrates. Aktuell auf der DV am 5. November 2005 in Verden wurden zwei Resolutionen verabschiedet.

Beide befassten sich mit dem Thema Menschenhandel (was zu 80 % Frauenhandel ist). Einmal ging es um das Thema „Staatliche Gewinnabschöpfung bei Menschenhandel“. Der Landesfrauenrat schlägt vor zu prüfen, inwieweit Erträge aus Maßnahmen staatlicher Gewinnab-

schöpfung den Fachberatungsstellen, der Polizei direkt oder einem zweckgebundenen Fond und damit den Opfern von Menschenhandel, insbesondere Frauenhandel, zufließen können. Im Moment fließen diese Einnahmen in den allgemeinen Haushalt des Landes Niedersachsen.

In der zweiten Resolution fordern die Delegierten und damit die 60 Mitgliedsverbände des Landesfrauenrates die Niedersächsische Landesregierung, die Landeshauptstadt Hannover sowie die Region Hannover auf, Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema Zwangsprostitution und Menschenhandel im Vorfeld der Fußballweltmeisterschaft 2006 führen.

Inzwischen hat sich ein breites gesellschaftliches Bündnis zusammengefunden, eine niedersächsische Kampagne zum Thema Zwangsprostitution anzuschließen.

Am 2. Februar 2006 wurde die niedersächsische Kampagne „Gegen Zwangsprostitution - Freier tragen Verantwortung“ mit der Ausstellung von TERRES DES FEMMES im Beisein des Oberbürgermeisters von Wolfsburg, Herrn Rolf Schnellecke öffentlich vorgestellt. Eine Reihe von prominenten Persönlichkeiten unterstützen die Kampagne als Erstunterzeichnerinnen und Erstunterzeichner. Dazu gehören die Ministerin der Justiz Elisabeth Heister-Neumann, die Sozial-

ministerin Mechthild Ross-Luttmann, die Leiterin der Staatskanzlei Dr. Gabriele Wurzel, der Präsident des LandesSport-Bundes Niedersachsen, Herr Prof. Dr. Wolf- Rüdiger Umbach, die Landesbischöfin Dr. Margot Käßmann und viele mehr. Die Kampagne wird mit einer Unterschriftenaktion von vielen Verbänden und Vereinen in Niedersachsen weitergeführt.

Zur Fußball WM wird es rechtzeitig einen kleinen Aufklärungsfilm geben, von Studentinnen und Studenten entworfen, abgeprochen in einem interministeriellen Arbeitskreis in Zusammenarbeit mit der Fachberatungsstelle KOBRA und dem Landespräventionsrat, dem ich als Vorsitzende des Landesfrauenrates angehöre. Der Film wird auf Großbildleinwänden in ganz Niedersachsen gezeigt werden können.

Einige unserer Verbände, auch die Gleichstellungsbeauftragten der Städte und Gemeinden planen eigene Veranstaltungen. Dazu wollen wir informieren, auch Material des Deutschen Frauenrates nutzen und weiterleiten.

Am 24./25. März 2006 in Bad Sachsa ging es um den demografischen Wandel und Beschäftigung für Frauen. Auch das Thema Frauengesundheit wurde dort beleuchtet.

- Frauengesundheit- Eigenverantwortung- Wirtschaftsfaktor

Frauengesundheit war schon sehr oft Thema von Delegiertenversammlungen und bei Sonderveranstaltungen und wird den Landesfrauenrat auch in Zukunft

wieder stärker beschäftigen, dafür sorgen schon unsere Berufsverbände aus dem Bereich des Gesundheitswesens.

Die Delegiertenversammlungen dienen natürlich in erster Linie dazu, den Gedankenaustausch innerhalb der 60 unterschiedlichen Verbände des Landesfrauenrates zu intensivieren.

Der Landesfrauenrat Niedersachsen gehört seit einiger Zeit auch dem Netzwerk Frauen- und Mädchengesundheit an. Da der Vorstand des Landesfrauenrates ehrenamtlich arbeitet, ist es nicht möglich, wie man so schön sagt, auf tausend Hochzeiten gleichzeitig zu tanzen. In der nächsten Zukunft wird das Thema Frauen -und Mädchengesundheit mit Sicherheit wieder einen größeren Aufmerksamkeitsgrad erreichen.

Ich freue mich auf eine weitere gute Zusammenarbeit.

Wenn Sie neugierig geworden sind, können Sie unter www.landesfrauenrat-nds.de noch vieles Neues erfahren. Auch wie Sie Fördermitglied dieses wichtigen Dachverbandes von ehrenamtlich arbeitenden Frauenverbänden werden können.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Ursula Thümler, Vorsitzende des Landesfrauenrates Niedersachsen e.V., Johannssenstrasse 10, 30159 Hannover, Tel. 0511-321031, Fax 0511-321921, E-Mail: mail@landesfrauenrat-nds.de, www.landesfrauenrat-nds.de



Veranstaltungsberichte

Menstruation und Endometriose

Ines Albrecht-Engel

Die internationale Tagung Menstruation und Endometriose, die vom 28.9.-1.10. 2005 in Villach (Österreich) stattfand, war eine gynäkologische Tagung der anderen Art. Sie hatte den Anspruch, nicht nur interdisziplinär im medizinischen Bereich angelegt zu sein, sondern auch Selbsthilfegruppen, Frauengesundheitszentren sowie Patientinnen und Interessierte anzusprechen. Das ist durch die Gestaltung und Vortrags- bzw. Workshop-Angebote gelungen.

Schon den Auftakt fand ich beachtlich: Alle Grußworte von kommunalen und Verbandsvertretern wurden von Frauen, oft als Vertreterinnen (z.B. des Bürgermeisters), vorgetragen. Daher standen schon die Grußworte unter frauengesundheitspolitischen, teils persönlichen, teils provozierenden Aspekten...das alles vorgetragen in einer rot geschmückten Halle. Es war beeindruckend, wie jede Rednerin kurz auf unterschiedliche Anliegen der Frauen und Frauengesundheit einging sowie offen und nicht verklausuliert über die Bedeutung der „Tage“ sprach.

Der gesamte Kongress war eingebettet in die alljährlichen Frauenkulturtage in Villach, die das Thema des Kongresses „Menstruation und Endometriose“ in Ausstellungen in den Galerien der Stadt und im Kongresszentrum mit Videoinstallationen, Bildern und z.B. der Installation „Frauenfreudensweg“ aufgriffen. Sogar auf dem Rathausplatz war ein Menstruationszelt aufgebaut worden. Die Frauenrätin der Stadt sprach von einer Symbiose zwischen Medizin sowie Frauenkultur und -politik.

Der erste Abend war als Eröffnungs- und Publikumsabend mit dem Thema „Frauengesundheit im 21. Jahrhundert“ konzipiert. Die Moderatorin, Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger, stellte die Entwicklung und den aktuellen Stand der Frauen

gesundheit in Österreich dar und forderte Gender Mainstreaming in der Medizin.

Wie zu erwarten sorgte der erste große Vortrag der Historikerin Prof. Dr. Barbara Duden für Kontroversen, denn die völlig andere Sicht mit einem historischen Ansatz, die Kompetenz der Frauen und die Vereinnahmung biologischer Lebensabläufe und -phasen durch die Medizin zu beleuchten, stand in Kontrast zur medizinischen, mechanistischen Sichtweise des folgenden Referates von Prof. Huber aus Wien. Für eine Diskussion fehlte dann leider die Zeit.

Dieser Abend und der Abschluss waren auch die einzigen Möglichkeiten, unterschiedliche Ansätze zu diskutieren. Im Fachkongress am Donnerstag und Freitag liefen die medizinischen Vorträge, Live-Operationen, Symposien und Workshops zu Diagnose, Therapie und aktueller Forschung parallel zum sog. „Laienprogramm“. Das spezielle Programm für Patientinnen und Interessierte wurde allerdings von namhaften Experten zum Teil hervorragend und sehr verständlich und diskussionsoffen durchgeführt. Das überraschende für mich war, dass alle Experten in der Diskussion mit Betroffenen zugaben, über Entstehung und zielsichere Behandlung eigentlich genauso wenig zu wissen, wie die sehr informierten Patientinnen. Ich bin überzeugt, dass die vielen offenen Fragen und fehlenden Behandlungskonzepte überhaupt erst dazu führten, dass ein so offener Kongress durchgeführt wurde und dass alternative Konzepte vorgestellt wurden. Diese Workshops (zum Teil auch Vorträge), wie Komplementärmedizin, Selbstheilung, Ernährung, Shiatsu, Kunsttherapie, Yoga, Bauchtanz und vieles andere, wurden auch von MedizinerInnen besucht.

Als Nicht-Medizinerin und Nicht-Betroffene blieb bei mir von den Vorträgen und Diskussionen besonders in Erinnerung: Dass Endometriose zwar keine neue Krankheit ist, aber eine Krankheit, die im gynäkologischen Bereich „boomt“. Betroffene Frauen können völlig symptomlos sein (die Endo-

metriose wurde nur „zufällig“ bei einer Bauchspiegelung o.ä. entdeckt), sie ist aber für viele Frauen eine sehr schmerzhaft und gefürchtete Krankheit, die zudem die Problematik der Unfruchtbarkeit mit sich führt. Es gibt keinen speziellen Typus von betroffenen Frauen, allerdings eine familiäre Belastung. Die Endometriose nimmt zu, verantwortlich wird auch die Umwelt gemacht, z.B. Weichmacher, Dioxin, Pestizide und evtl. Tampons. Ebenso wurde dargelegt, dass die vielen „überflüssigen“ Perioden im heutigen Frauenleben ein entscheidender Faktor sein können. Zu viele Perioden in der fertilen Lebensphase aufgrund frühen Menstruationsbeginns und spät (selten oder gar nicht) stattfindender Schwangerschaft.

Zur Entstehung der Endometriose gibt es verschiedene Theorien, einfach erklärt handelt es sich um Gebärmutter-schleimhautgewebe, das in den Bauchraum (aus)wandert und dort starke Schmerzen verursacht bzw. verursachen kann. Die Gebärmutter-schleimhaut reagiert auf den weiblichen Hormonzyklus und so kommt es während der Menstruation auch zu Blutungen in den Bauchraum, die Schmerzen verursachen. Schon die Diagnose einer Endometriose ist nicht leicht. Sie kann nur mit einer Bauchspiegelung sicher gestellt werden.

Therapien gibt es grundsätzlich folgende: Da für die Aufrechterhaltung der Endometriose Hormone ausschlaggebend sind, kann durch Hormonbehandlungen, GnRh-Analoga, die Endometriose beeinflusst (zurückgehalten) werden. Eine Schwangerschaft ist im übrigen eine optimale Behandlungsmethode. Die andere Methode ist die Operation, bei der alle Endometrioseherde abgetragen werden. Als weitere Behandlungsmöglichkeiten gelten die medikamentöse Schmerztherapie und alternative Therapien wie Akupunktur, TCM u.a.

Die Behandlungen sind natürlich wesentlich ausdifferenzierter und richten sich z.B. danach, ob eine Frau noch einen Kinderwunsch hat oder nicht. Gerade die Thera-

pien und die Operationsmethoden waren ein zentrales Thema der MedizinerInnen-Fortbildungen des Kongresses. Nach den Wechseljahren ist die Endometriose meist keine behandlungsbedürftige Problematik mehr.

Dieser Villacher Kongress verdient durch sein Konzept Beachtung und sollte in vielen Bereichen der Frauengesundheit Nachahmende finden. Die Kongressidee, dass sich Behandler bzw. Behandlerinnen und Behandelte mit dem Thema auseinandersetzen, wurde von Prof. Keckstein aus Villach mutig organisiert und durchgeführt. Die Parallelveranstaltungen für Fachleute und Laien gingen auf die jeweiligen Informations- und Diskussionsbedürfnisse ein. Doch die Diskussion über schulmedizinische oder alternative Behandlungen ist auch auf diesem Kongress nur ansatzweise geführt worden. Aber es wurde sich gegenseitig zugehört – und es wurde eingestanden, dass völlig unterschiedliche Gesundheitsansätze helfen oder zumindest mildern können. Die eingestandene Hilflosigkeit der GynäkologInnen bei der Therapie dieser Krankheit hilft, dass sich viele auch für andere, alternative Therapien öffnen. Daher werden noch viele Tagungen mit Wegen zur Diagnostik und Therapie, mit Netzworkebildung und mit Leitlinienerstellung folgen. Wenn dabei weiter der Weg der ernsthaften Einbeziehung anderer Ansätze als der rein schulmedizinischen gegangen wird, werden sicher eines Tages mehr Mediziner Barbara Duden oder andere Vertreterinnen der Frauengesundheitsbewegung verstehen und Patientinnen und Kritikerinnen werden das Dilemma der Medizin bei derart „mysteriösen“ Krankheiten besser verstehen und in ihrer eigenen Entscheidungsfindung bestärkt werden.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Ines Albrecht-Engel, Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundheit – Bundesverband e.V. E-Mail: Albrecht-Engel@t-online.de



AKF Jahrestagung 2005

Hannelore Voss, Claudia Czerwinski

„Linientreu? Frauenleben und Gesundheit im Wandel“ war der Titel der 12. AKF Jahrestagung, die zum ersten Mal in der Geschichte des AKF in den neuen Bundesländern stattfand. Teilnehmerinnen aus dem gesamten Bundesgebiet hatten den Weg nach Leipzig gefunden, um über die Ost-West-Differenzen, frauenliebende Frauen, Frauen im Alter und gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeit zu diskutieren.

Mit einem Dialog über weibliche Lebensentwürfe in Ost und West eröffneten die Ärztin Susanne Brose, in Leipzig aufgewachsen, studiert und noch vor der Wende in den Westen gegangen, und die Sozialwissenschaftlerin Ulrike Ley, 1995 aus dem Westen nach Leipzig gekommen, den Themenreigen. Dabei ging es um Ost-West-Spezifika, typische Lebenserfahrungen und um das Gefühl „Siegerin oder Besiegte“?

Bei Helga Seyler, die mit ihrem Referat den dialogischen Einstieg um ein weiteres Thema ergänzte, ging es um frauenliebende Frauen: „Lesben: benachteiligte Randgruppe oder selbstbewusste Vorreiterinnen in Sachen Frauengesundheit?“ Deutlich wurde, dass ein zentrales Problem lesbischer Frauen ihre Unsichtbarkeit ist und die größte Vulnerabilität in der Coming-out-Phase herrscht. Im englischen Sprachraum hat sich gezeigt (deutsche Daten liegen nicht vor), dass sie präventive Angebote seltener in Anspruch nehmen und bei Beschwerden erst später ärztliche Hilfe aufsuchen, obwohl Vorsorgeuntersuchungen gleichermaßen notwendig sind. An den AKF wurde der Wunsch herangetragen, in der gesundheitspolitischen Arbeit lesbische Frauen und ihre Anliegen besser sichtbar zu machen und ihre spezifischen Kompetenzen - positive Einstellung zu Körper und Weiblichkeit, Nutzen alternativer und komplementärer Gesundheitsangebote und ausgeprägtes Engagement in der Frauen-(Gesundheits-)Bewegung - bewusster zu nutzen.

Mit ihrem Vortrag zu „Alter(n), Geschlecht und Gesundheit“ hob Dorothee Alfermann das Alter als Ressource hervor. Die längere Lebenserwartung ist nicht generell mit verlängerter Pflegebedürftigkeit verbunden. Zwei Drittel der 60-79-jährigen sind sehr/zufrieden mit ihrer Gesundheit, 90% leben völlig selbständig. Die subjektive Einschätzung der Gesundheit, Training und Bildungsniveau sind ein wesentlicher Prädiktor für Selbständigkeit und Langlebigkeit und gelten als die wichtigsten Ressourcen im Alter. Was fehlt sind neuartige Wohn- und Dienstleistungsmodelle für die durch ihre längere Lebenserwartung häufiger allein lebenden Frauen.

Yve Stöbel-Richter schloss mit ihrem Referat über Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit den Vortragsreigen ab. Die nicht ganz überraschende Erkenntnis, dass Arbeitslose bundesweit mehr Depressivität, Angst und weniger Lebenszufriedenheit haben, wurde mit zwei bundesweiten Studien 2003 und 2004 belegt. Die wichtigsten Ergebnisse: Frauen waren häufiger und länger arbeitslos. Wesentliche Folgen der Arbeitslosigkeit waren spätere Familiengründung und geringerer Kinderwunsch.

Wie sehr Frauenleben und -gesundheit im Wandel ist, zeigte sich auch in den Arbeitsergebnissen der zahlreichen Workshops. Sehr angeregt wurde die Bedeutung der sexuellen Orientierung und Lebensweise für die Gesundheit diskutiert und die Notwendigkeit betont, die Situation von Lesben in der Gesundheitsversorgung differenziert zu behandeln. Breiten Raum nahm die Thematisierung von „Gewalterfahrungen in der Lebensgeschichte alter Frauen“ ein und was das für die Pflege und eine frauenorientierte Altenarbeit bedeutet. Für die Altenpflege befinden sich zwar bereits Pflegestandards, die dieses wichtige Thema mit beinhalten, in der Entwicklung. Trotzdem muss es zukünftig um eine weitere Sensibilisierung z.B. mittels Materialien und Broschüren von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen gehen.



Schwerpunkt: Tagung Frauengesundheit - zwischen Möglichkeit und Machbarkeit

Was hat sich seit dem Beginn der Frauengesundheitsbewegung vor rund 30 Jahren verändert? Was können wir aus der Vergangenheit lernen? Welche Gesundheitsthemen bewegen Mädchen und Frauen heute? Wie wird es mit der Frauengesundheit weiter gehen?

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wurde 1995 gegründet. Wir blicken also in diesem Jahr auf 10 Jahre erfolgreiche Netzwerkarbeit zurück. Ein rundes Jubiläum ist Anlass

genug, einerseits zu feiern, andererseits stolz und auch kritisch Rückschau und Ausblick zu halten.

In vier moderierten Diskussionsforen wurden die oben genannten Fragen diskutiert, wurde über Errungenschaften und wichtige Themen der Frauengesundheit in Gegenwart und Zukunft gestritten.

Im Folgenden werden die Mehrzahl der Beiträge, die jeweils zu Beginn der Foren präsentiert wurden, dokumentiert.

Frauengesundheit und Frauenbewegung: eine bewegungshistorische Perspektive

Kristina Schulz

Die neue Frauenbewegung entstand in der Bundesrepublik, aber auch in allen anderen westeuropäischen Industriegesellschaften und den USA, Ende der 1960er, Anfang der 1970er Jahre. „Neu“ war die Bewegung nicht nur, weil sie einem neuen Protesttypus – den neuen sozialen Bewegungen – entsprach, sondern auch in der Selbstwahrnehmung der Akteurinnen, die sich ihrer historischen Wurzeln im Feminismus der Jahrhundertwende erst allmählich bewusst wurden.

Im Zentrum der theoretischen Überlegungen der neuen Frauenbewegung und ihrer Umsetzung in Aktions- und Organisationsformen standen weibliche Sexualität und die Selbstbestimmung über den Körper. Die Thematisierung von Frauengesundheit knüpfte an beide Punkte an.

Frauengesundheit wird heute im öffentlichen Diskurs eine große Bedeutung beigemessen. Nicht zuletzt die Entstehung des „Netzwerks Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen“ und seine

Finanzierung durch öffentliche Mittel stellen Belege dafür dar.⁴ Hat die neue

Bewegung dazu beigetragen, dass Frauengesundheit auf die öffentliche Agenda gesetzt wurde? Wieso war Frauengesundheit ein Thema in der neuen Frauenbewegung?

Strukturelle Prozesse

Soziale Bewegungen konkurrieren mit anderen Formen sozialen Wandels. Zwei strukturelle Prozesse sind zu nennen, vor deren Hintergrund die neue Frauenbewegung sich formierte: Erstens, die Bildungsexplosion, in deren Zuge seit Ende der 1960er Jahre immer mehr junge Leute aus traditionell „bildungsfernen“ Schichten, darunter ein großer Teil Frauen, an die Universitäten strebten. Zweitens, die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen. Die Wirtschaft war seit den 1950er Jahren durch einen kaum gebrochenen Aufwärtstrend gekennzeichnet, der auch die Nachfrage nach weiblichen Arbeitskräften steigerte. Der Ausbau des Dienstleistungssektors begünstigte den Ausbau der Teilzeitarbeit als Arbeitsform für Frauen.

Die Anhängerinnen der Frauenbewegung gehörten zu den geburtenstarken Nach-

⁴ Doch zeigen unzählige Beispiele, dass dieser Prozess nicht irreversibel ist; mangels Unterstützung aus öffentlicher Hand mussten viele Fraueninitiativen in den letzten Jahren ihre Arbeit aufgeben.

kriegsjahrgängen, die in einer Zeit der Hochkonjunktur sozialisiert worden waren, vielfach vom Ausbau des Bildungswesens profitiert und einen Beruf erlernt hatten. Aufgrund ihrer beruflichen Perspektive als (oftmals hoch-) qualifizierte Arbeitnehmerinnen und den damit verbundenen Erwartungen erlebten sie die Folgen der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf und die Benachteiligung gegenüber Männern besonders stark.

Ein dritter Faktor trug dazu bei, dass die Frauenproteste sich am Thema der Kontrolle der weiblichen Reproduktionstätigkeit entzündete. Die Abtreibung, wie alle Fragen der Bevölkerungspolitik seit jeher (auch) Angelegenheit des Staates, war in der restaurativen Familienpolitik der Adenauer Ära mit dem Hinweis auf die katholische Naturrechtsdoktrin abgelehnt worden, eine Debatte darüber kam erst Mitte der 1960er Jahre verstärkt in medizinischen Fachkreisen auf.⁵ Mit Antritt der Großen Koalition 1966 und im Zusammenhang mit den anstehenden Reformen des Strafgesetzbuches begann man sich auch in politischen Kreisen für eine Reformierung des § 218 zu interessieren. In diesen Debatten äußerten sich von Seiten der Ärzteschaft vor allem diejenigen Ärzte und ihre Interessensorganisation, der Hartmannbund, die für die Beibehaltung der prinzipiellen Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs eintraten. Dadurch geriet die Profession der Ärzte in der Mobilisierung gegen den § 218 schnell ins Zentrum der Kritik.

Die alten medizinischen Diskurse

Die von der Frauenbewegung vorgenommene Thematisierung von Frauengesundheit im Rahmen von Fragen der Kontrolle der Sexualität (Verhütung) und Prokreation (Abtreibung) ist ein Jahrhunderte altes Phänomen. Der medizinische Diskurs hat bereits seit dem Mittelalter und vor allem in der frühen Neuzeit dazu beigetragen, die der Frau in Familie und Gesellschaft zugeschriebene Rolle zu rechtfertigen. Bis ins 17. Jahrhundert hinein war die Auffassung sehr verbreitet, dass Männer und Frauen im Prinzip die gleichen Ge-

schlechtsorgane hätten, diese aber bei der Frau nach innen gestülpt, Frauen damit mangelhafte Wesen seien. Selbst als die wissenschaftlichen Diskurse sich allmählich darauf verständigten, die weibliche Anatomie als Eigenwert zu betrachten, wurde der Zusammenhang Frau – Mangel nicht gelöst, vielmehr sahen die Mediziner nun den Uterus der Frau als Ursache ihrer Schwäche und Kränklichkeit an. Noch am Ende des 17. Jahrhunderts war es üblich, Frauenkrankheiten einzig auf Bewegungen oder Krämpfe der Gebärmutter zurück zu führen. Frauengesundheit und Gebärfähigkeit waren also von je her eng verknüpft.

Die Geburtshilfe

Bis Ende des 17. Jahrhunderts war Geburtshilfe fast ausschließlich die Aufgabe von Hebammen. Ab dem 18. und massiv dann im 19. Jahrhundert wurde bei Geburten, zumindest in bürgerlichen und adeligen Kreisen, der Arzt hinzu gerufen.⁶ Der Beruf der Hebamme büßte in dieser Zeit seine Anerkennung ein und die Figur der unabhängig arbeitenden, erfahrenen Frau als Geburtshelferin wurde rar. Damit verschwand auch eine Form der Transmission von Wissen über den weiblichen Körper von Frau zu Frau. Die Beurteilung des weiblichen Gesundheitszustandes (im 19. Jahrhundert zumeist als Krankheit oder Schwäche) lag in den Händen der sich profilierenden Medizinerprofession, von der Frauen – de facto – noch lange ausgeschlossen blieben.

Vorausgehende Bewegungen

Der Frauenbewegung gehen Bewegungen voraus, die Körperlichkeit und Sexualität mit Begriffen von Selbstbestimmung und Autonomie in Verbindung bringen. Zu nennen sind insbesondere die sozialen Bewegungen der 1960er Jahre, die unter dem Begriff „68er Bewegung“ in das kollektive Gedächtnis und in die Forschung eingegangen sind. Die wichtigsten Trägergruppen dieser Bewegung waren durch Ideen einer Neuen Linken geleitet,

⁵ Dazu trug unter anderem der sog. Contergan-Skandal bei.

⁶ Doch erst nach 1870 führte die Medikalisierung der Geburt zu einem Sinken der Müttersterblichkeit, im wesentlichen durch die Einführung der Antisepsis, die zu einem drastischen Rückgang des Kindbettfiebers führte.

in denen die marxistische Revolutionskonzeption mit Elementen der Psychoanalyse, des Situationismus und des Surrealismus verschmolzen. In der Bundesrepublik prägte sich eine durch die Schriften der Frankfurter Schule beeinflusste antiautoritäre Bewegung aus.⁷ Ebenfalls unter dem Eindruck der Schriften des Psychoanalytikers Wilhelm Reich zur „Sexuellen Revolution“, suchte die antiautoritäre Bewegung den Ansatzpunkt gesellschaftlicher Transformation in der Überwindung repressiver Persönlichkeitsstrukturen und damit in einer Veränderung in den privaten Beziehungen – besonders auch in den sexuellen – Beziehungen. Dies schärfte den Blick für die Bedeutung von Körperlichkeit und Sexualität sowie – mittelfristig⁸ – für sich u.a. in sexuellen Praktiken ausdrückende asymmetrische Machtbeziehungen zwischen Frauen und Männern.

Der neuen Frauenbewegung in der Bundesrepublik ging ebenfalls die Entstehung des *Women's Liberation Movement* in den USA seit 1966 voraus. Auch im *Radical Feminism* wurden zeitgenössische Ausübungsformen von Sexualität (heterosexuell, monogam, Orgasmus zentriert) als Produkt und Produzent ungleicher Geschlechterbeziehungen gedeutet. Besondere Bedeutung hatte der Aufsatz der in der amerikanischen Studenten- und Bürgerrechtsbewegung aktiven Anne Koedt „Der Mythos des vaginalen Orgasmus“, der in den USA 1970 erschien und quasi zeitgleich bereits in Europa rezipiert wurde.

Frauengesundheit im Mobilisierungsprozess der neuen Frauenbewegung

Frauengesundheit rückte im Verlauf der Mobilisierung gegen die Abtreibungsgesetzgebung in die Themenpalette der Frauenbewegung ein. Eingebettet in die Trias 1. der Forderung nach sexueller Befreiung durch die 68er sowie ihrer Kritik

durch die neue Frauenbewegung („Eure sexuelle Befreiung ist nicht die unsere!“), 2. der Ablehnung von Autoritäten (Ärzte, Staat) und 3. der Empörung gegenüber sexueller Gewalt, besonders Vergewaltigung und ihrer Folgen für die physische und psychische Gesundheit von Frauen, bot das Thema Frauengesundheit einen Ansatzpunkt zur Entwicklung bewegungsinterner Aktivitäten. In Praktiken, die von der Vermittlung der schonenden Absaugmethode (Karman-Methode) zum Schwangerschaftsabbruch bis hin zur Selbstuntersuchung des Genitalbereichs reichten, verbanden sich der Wunsch nach Selbstfindung, kollektiven Erfahrungsaustausch über tabuisierte Bereiche und nach einem Ausbau eigener, vom Gesundheitssystem und männlichen Ärzten unabhängigen Formen der Informationsvermittlung über den weiblichen Organismus „von Frau zu Frau“.

Im Mobilisierungsprozess gegen den § 218, der im Juni 1971 mit dem öffentlichen Bekenntnis von 374 Frauen, abgetrieben zu haben („Wir haben abgetrieben!“, erschienen im *Stern* vom 6. Juni 1971), begann, stellte die Ärzteschaft einen expliziten Gegner dar. Das Thema Frauengesundheit für sich zu vereinnahmen, war für die Frauen eine Strategie, sich des Zugriffs einer männlichen Expertenschaft, aber auch des staatlichen Gesundheitssystems zu entziehen und sich zugleich auf traditionelle Formen der Frauensolidarität zu besinnen.

Frauengesundheit im Zentrum von bewegungsinternen Strategiekämpfen

In der Frauenbewegung der 1970er Jahre standen sich zwei Feminismuskonzeptionen gegenüber, die mit jeweils anderen Vorstellungen von der Definition der Geschlechtsidentität von Männern und Frauen, der Analyse der Unterdrückung, der Definition des Emanzipationsziels, der Transformations- und Aktionsstrategien verknüpft waren. Diese Konzeptionen lassen sich mit der Gegenüberstellung eines „sozialen“ versus eines „kulturellen“ Feminismus begrifflich fassen. „Kultureller Feminismus“ ist als eine Transformationsstrategie zu begreifen, die bei Veränderungen „in den Köpfen“ ansetzt, während „sozialer Feminismus“ die Befreiung der

⁷ Grosse Bedeutung hatten die in den 1940er Jahren unter der Leitung Theodor W. Adornos entstandene Studie zum „autoritären Charakter“.

⁸ Die Geschlechterfrage wurde 1968 nur am Rande – und das von Frauen, die zu Gründerinnen der ersten autonomen Frauengruppen wurden – gestellt. Doch griffen die Feministinnen den in der 68er Bewegung prominenten Begriff der „sexuellen Revolution“ auf und deuteten ihn neu.

Frau in erster Linie durch ihre soziale Gleichstellung mit dem Mann zu erreichen sucht. Bereits im Kampf gegen den § 218 profilierten sich die beiden Deutungsvarianten feministischen Handelns, jedoch erlaubte das Thema der Abtreibung Stellungnahmen, die sich mit dem einen wie mit dem anderen Argumentationsensemble vereinbaren ließen. So führten die sozialen Feministinnen das Argument ins Feld, das Verbot der Abtreibung sei Spiegel eines Machtverhältnisses zwischen den Geschlechtern, das durch die Gesellschaft, darunter Erziehungsinstitutionen, Gesetze und Rechtsprechung, hervor gebracht und immer wieder bestätigt werde. Die kulturellen Feministinnen sahen dagegen den Bereich der Gebärfähigkeit als einen genuin weiblichen Bereich an, eine besondere Erfahrungswelt von Frauen, die von Männern – Richtern, Ärzten, Politikern – unangetastet bleiben sollte. Die Mobilisierungsdynamik gegen den § 218 blieb von solchen bewegungsinternen Divergenzen ungebrochen, strebten doch Anhängerinnen beider Positionen das selbe Ziel an: die ersatzlose Streichung des Abtreibungsverbots.

Auch Frauengesundheit bot sich als gemeinsamer Nenner unterschiedlicher Strategievorstellungen an. De facto jedoch wurde, zumindest in den 1970er Jahren, Frauengesundheit im wesentlichen von den Vertreterinnen eines kulturellen Feminismus thematisiert. Die Berliner Frauengruppe *Brot & Rosen* nahm hier eine Vorreiterrolle ein, indem sie sich bereits 1972 als Gruppe von „Experten in Verhütungsfragen“ ‚wider Willen‘ konstituierte und ihr Wissen über Frauengesundheit, Verhütungs- und Abtreibungsfragen innerhalb der Frauengruppen weitergaben. Von solchen Initiativen ausgehend wurde im März 1973 in Westberlin das erste Frauenzentrum überhaupt eröffnet, es

folgten Gründungen in vielen größeren deutschen Städten. Die Frauenzentren waren Orte, in denen es auch um Frauengesundheit ging, in Selbsterfahrungsgruppen, später auch Frauengruppen zum Thema Gewalt gegen Frauen, Frauennotruf oder Selbsthilfegruppen bei Essstörungen oder anderen Formen des Suchtverhaltens. Ab der zweiten Hälfte der 1970er Jahre wurden solche Initiativen teilweise auch aus öffentlichen Geldern (mit-)finanziert, ein langsamer Prozess der Institutionalisierung setzte ein, der freilich aus der Sicht vieler Akteurinnen ambivalent war: Unterstützung und Vereinnahmung zugleich.

Längerfristig erreichten auch die Forderungen eines sozialen Feminismus den Gesundheitsbereich. Die Gründung des ersten Frauenministeriums in Frankreich 1974, das zunehmende Interesse des damaligen bundesdeutschen *Ministeriums für Jugend, Gesundheit und Familie* für Frauenfragen oder die Sensibilisierung von LehrerInnen und ErzieherInnen für Anzeichen für sexuellen Missbrauch von Mädchen sind dafür nur einige Beispiele. Die Diskurse und Praktiken der neuen Frauenbewegungen diffundierten also zweifellos in die Gesellschaft. Die genauen Wirkungszusammenhänge sind in konkreten Fallstudien differenziert zu entfalten.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Dr. Kristina Schulz, Institut für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Universität Lausanne, Schweiz
E-Mail: kristina.schulz@gmx.net*



Zum Begriff der Selbstbestimmung

Quer durch die einzelnen Themen zog sich der Diskurs zum Selbstbestimmungsrecht der Frauen. Dazu aber liegt kein Papier vor. Die nachstehend dokumentierten Thesen von Barbara Duden können Anregung sein.

...Im Supermarkt der Entbindungen kann die Frau, selbstbestimmt und frei, wählen, wann sie entbindet und wie, bis hin zur Wunschsektion, zum Kaiserschnitt. Die Frau muss nicht mehr entbinden, sie darf sich als mündige, kundige Klientin fühlen, die eine technische Dienstleistung in Anspruch nimmt. Die Frauen bemerken nicht, dass sie in der Tiefe ohnmächtig wurden, wirklich, ‚ohn-mächtig‘. Sie wurden regelrecht konditioniert, diese kontinuierliche Einsichtnahme, Kontrolle und Überwachung als ihr Bedürfnis zu empfinden.

Das ist eine schreckliche Veränderung in der Selbstwahrnehmung, und erschreckend ist auch, dass es da einen völligen historischen Widerspruch gibt zu dem, was die Frauenbewegung einmal mit Selbstbestimmung meinte.Sich den eigenen Körper wieder anzueignen, das war es, was die Frauen sozusagen auf ihre Fahnen geschrieben hatten. Heute steht die Forderung, dass Frauen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ausüben sollen, auf den Fahnen aller Krankenkassen, Ärzte und Gesundheits-

bürokraten. Es ist eine Pflicht! Damals in den 70er-Jahren hat die Frauenbewegung sich ein Recht erkämpfen wollen und das Spekulum selbst in die Hand genommen. Die Selbstuntersuchung und die Selbstsuche, das waren wichtige Schritte, und viele Frauen haben diesen Weg angetreten.....Im Rückblick war dieses *consciousness raising* im Grunde eine Professionalisierung für das, was in der Gesellschaft sowieso als Zumutung auf einen zukommt. Es hat ja in den 70er-Jahren eine Veränderung auch in der Machttechnologie gegeben, es wurde nicht mehr gezwungen, sondern es ging um die Lenkung und Ausrichtung des Wollens. Die Leute haben gelernt, dadurch, dass sie sich das ‚eingekörpert‘ haben, dass sie das wollen, was sie sollen. Das Abverlangte sollte nicht mehr als solches kenntlich sein, sondern Teil des eigenen Wollens werden. Der wichtigste Begriff der Frauenbewegung war ja Selbstbestimmung – hier jetzt speziell auf den eigenen Körper bezogen -; und heute heißt Selbstbestimmung sozusagen Selbststeuerung, die Frauen haben gelernt – und nicht nur die Frauen – sich selbst so zu steuern, dass es fürs System kompatibel ist....

Auszug aus: Vom Schwinden der Sinne. Besuch bei der Körperhistorikerin Barbara Duden, von Gabriele Goettle, in: die tageszeitung vom 28.11.2005, Nr. 7831, S. 15-16



Viel erreicht – und wie geht es weiter?

Diskussionsbeitrag zum Thema Frauengesundheits-Berichterstattung

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

In den 60er Jahren wurde „Frauengesundheit“ schulmedizinisch auf gynäkologische und geburtshilfliche Probleme reduziert. Die Neue Frauenbewegung veränderte ab den 70er Jahren den Blick auf Gesundheit. Die Wahrnehmung der Gesundheitsbelange von Frauen in einem umfassenden und ganzheitlichen Sinn wurde neu ent-

wickelt; entsprechende Angebote institutionalisierten und differenzierten sich mit einer ähnlichen Dynamik wie die Frauenbewegung.

Dabei war (positive) „Gesundheit“ zunächst kein Thema der frühen Neuen Frauenbewegung. Im Zentrum stand vielmehr der Kampf gegen das (negative) Leiden an der patriarchalen Gesellschaft, die den Körper und die Identität der Frau deformierte, besetzte und „kolonialisierte“. Der private Körper wurde in diesem Sinn politisch diskutiert. Gegenbegriff war die „(Wieder-) An-eignung“, das Finden einer

„eigenen Sprache“ und eigener Lebensformen. Die Vorstellung von Gesundheit dockte an die Möglichkeit einer solchen Aneignung an und war denkbar nur *gegen* die Gesellschaft (und gegen die Medizin). Ein Strang der Neuen Frauenbewegung fand den Weg zur Aneignung des Körpers und zu Gesundheit im Anknüpfen an verschüttete Kräfte und verloren gegangenes Wissen.

Ein anderer Strang setzte sich stärker mit den gesellschaftlichen Bedingungen und politischen Strategien für Gesundheit von Frauen auseinander. Von hier aus führt ein langer, aber erfolgreicher Weg zum heutigen Stand der Frauengesundheits-Berichterstattung.

Frauengesundheit, Public Health/Gesundheitsförderung und die Rolle der WHO

Ein früher Meilenstein auf dem Weg zur Frauengesundheits-Berichterstattung war die Veröffentlichung von Ulrike Maschewsky-Schneider „Was macht Frauen krank?“. Der 1982 erschienene Band trug das erste Mal das Thema der Gesundheit von Frauen in die vor allem sozialwissenschaftliche Arena. Die einzelnen Beiträge beantworteten die Titel-Frage verkürzt so: die Belastungen, Rollenanforderungen, die Ohnmacht, Abhängigkeit und Isolation machen Frauen krank. Einerseits wurde damit die kritische Vorstellung der gesellschaftlichen Deformation des Frauenkörpers aufgegriffen, andererseits steht die Veröffentlichung schon im Zeichen der Fragen, die die Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigen. Mit diesem ersten Schritt wurde das Thema wissenschaftlich platziert – nicht direkt in der Schulmedizin, sondern im Kontext von Gesundheitsförderung und Public Health.

Für die Entwicklung der Frauengesundheits-Berichterstattung waren die Durchsetzung von Public Health und – im Zusammenhang damit – die Initiativen der WHO eine wesentliche Unterstützung. Ilona Kickbusch entwickelte eine Programmatik, die die Entstehung von Gesundheit und Krankheit im Alltag und die Bedeutung von Macht und Ohnmacht für Gesundheit und Krankheit von Frauen zum Fokus machte. Sie knüpfte an inter-

nationale Übereinkünfte und Programme an (u.a. Ottawa Charta 1986, Empfehlungen von Adelaide 1988, Gesundheit 2000), die immer deutlicher auch den Geschlechteraspekt einbezogen. Angesprochen wurden das Laienpotenzial, das politische „Ermöglichen und Befähigen“ und der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage.

Im Zuge der Kampagne der WHO Europa „Women's Health Counts“ (1992) wurden die europäischen Länder aufgefordert, über den Stand der Gesundheit von Frauen nach einem vorgegebenen Indikatorenkatalog zu berichten. Diese Berichte sollten, turnusmäßig wiederholt, ein Instrument sein, zu sensibilisieren und Fortschritte bzw. Rückschritte zu erfassen. Auch für Deutschland wurde an der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health, Freiburg, ein erster, „kleiner“ Frauengesundheitsbericht verfasst und bei der Weltfrauenkonferenz in Peking vorgelegt. 1993 fand dazu eine Tagung mit Expertinnen statt, die eine Agenda verabschiedeten, die die Forderung nach Anerkennung und Ausbau der Frauengesundheitsforschung und Frauengesundheits-Berichterstattung beinhaltete.

Ausdifferenzierung und Professionalisierung

Die Frauengesundheitsforschung differenzierte sich zunehmend aus. Einige der Fachgebiete, die zum Teil eigene Forschungstraditionen herausbildeten, sind Behinderung, Sucht, reproduktive Gesundheit, später Herz-Kreislaufkrankungen. Es wurden Arbeitsgruppen in Fachgesellschaften wie der dgvt (Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie), der DGMS (Deutschen Gesellschaft für Medizinsoziologie) und der DGSMP (Deutsche Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin) gegründet. Kongressbeiträge, Veröffentlichungen, aber auch z.B. eine Ausstellung der dgvt trugen stark zu der Verbreitung des Themas bei. Die Wende brachte ab 1990 neue Akzente und Kooperationen, denn die aus den Wurzeln der Neuen Frauenbewegung entstandenen Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Gesundheit von Frauen hatten keine historischen Entsprechungen in der DDR-Geschichte (vgl. Jutta Begenau & Cornelia Helfferich:

Frauen in Ost und West - zwei Kulturen, zwei Gesellschaften, zwei Gesundheit? von 1997).

Ein weiterer Meilenstein war 1993 die Gründung des AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.), einem Zusammenschluss von Frauen, die sich in einem medizinischen, therapeutischen oder psychosozialen Beruf dem Selbstverständnis der Frauengesundheitsbewegung verpflichtet fühlen. Hier werden Interdisziplinarität und Professionalität der Arbeit im Bereich Frauengesundheit weiter entwickelt. Gleichzeitig heißt das auch, dass Gesundheit von Frauen zwar gesellschaftskritisch, aber nicht mehr pauschal *gegen* die Gesellschaft gedacht wird, sondern *in* der Gesellschaft angekommen ist.

Frauen-, Frauen-und-Männer- und geschlechtersensible Gesundheitsberichte

In den 90er Jahren wurde die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes auf den Weg gebracht mit einem Informationssystem mit abrufbaren Informationen und mit einem gedruckten Gesundheitsbericht (1998). Hier wurden die Ergebnisse zwar weitgehend geschlechterdifferenziert dargestellt, die Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung konnten aber nicht in vollem Umfang erfüllt werden. Einige Städte und Regionen brachten spezielle Berichte zur Gesundheit von Frauen bzw. Geschlechter vergleichend zur Gesundheit von Frauen und Männern heraus, wie z.B. Wien, Nordrhein-Westfalen, Magdeburg, Bremen, Hohenschönhausen, Brandenburg. Das BMFSFJ gab 1996 einer Gruppe von Forscherinnen den Auftrag, einen umfassenden „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen“ zu erstellen, der 2001 veröffentlicht wurde. Der Landtag Nordrhein-Westfalens setzte 2001 die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ ein, die bundesweite Beachtung fand und den state of the art für viele Bereiche der Frauengesundheit aufgearbeitet hat. Sie hat im September

2004 ihren Bericht vorgelegt. Neben diesen *geschlechtsspezifischen* Gesundheitsberichten wurde als Querschnittsaufgabe *Geschlechtersensibilität* in der allgemeinen Gesundheitsberichterstattung implementiert: Die „Kommission Gesundheitsberichterstattung“ empfahl die Umsetzung des Gender Mainstreaming Prinzips auch für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In Folge dieses Beschlusses greifen die vom Robert Koch-Institut herausgegebenen Informationshefte nicht nur geschlechtsspezifische oder geschlechterrelevante Themen auf (z.B. „Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter“), sondern „gendern“ alle Informationen, so weit dies von der Datenlage her möglich ist.

Ausblick: Vom Frauengesundheitsbericht zur Frauengesundheitsdatenbank

Um die inzwischen unüberschaubare Fülle an Daten zu Gesundheit und Geschlecht zu strukturieren und um einen Zugang zu den jeweils aktuellsten Daten schneller als über eine zeitaufwändige Printversion zu ermöglichen, entwickelte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Internet-Datenbank zur Frauengesundheit (www.bzga.de/frauengesundheit). Dies ersetzt eine geschlechtsspezifische oder -sensible Gesundheitsberichterstattung nicht, ergänzt sie aber vor allem, weil hier auch Informationen und interaktive Angebote für Laien angeboten werden.

Der lange Weg von dem ersten Aufbruch von Frauen bis zur Verankerung von Standards bei der Gesundheitsberichterstattung liest sich als Erfolgsgeschichte. Wichtig dabei ist aber, die Wurzeln, nämlich die politische Dimension, die bestmögliche Gesundheit von Frauen in all ihren unterschiedlichen Lebenslagen und Hintergründen einzufordern, nicht aus dem Auge zu verlieren.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Ev. Fachhochschule Freiburg, E-Mail: helfferich@efh-freiburg.de



Entwicklung der Diskussion über Gewalt im Geschlechterverhältnis Historische Verschiebungen, neue Schwerpunkte, neue Verknüpfungen

Prof. Dr. Barbara Kavemann

Die Diskussion über Gewalt gegen Frauen in Deutschland

Die Diskussion über Gewalt gegen Frauen begann in den frühen 1970er Jahren. Seitdem sind bedeutende gesellschaftliche Veränderungen erreicht worden, gelöst ist das Problem der Gewalt im Geschlechterverhältnis bislang jedoch nicht.

Es ist das Verdienst der neuen Frauenbewegung, das Thema Gewalt gegen Frauen öffentlich und zum Gegenstand politischer Planung und sozialer Intervention gemacht zu haben. Dies wird von allen Seiten, auch von KritikerInnen des feministischen Ansatzes, einhellig anerkannt. Damit dies gelingen konnte, musste ein Begriff geprägt werden für ein Problem, das bislang nicht im öffentlichen Bewusstsein existierte: "Gewalt gegen Frauen".

Dieser Begriff versteht die Gewalt umfassend als Resultat der alle gesellschaftlichen Bereiche strukturierenden Ungleichheit zwischen den Geschlechtern mit all ihren konkreten Folgen für Alltag und Lebensgestaltung. Er verdeutlicht, dass einzelne Männer aus dieser gesellschaftlichen Ungleichheit einen Verfügungsanspruch über Frauen und einen Anspruch auf Unterordnung von Frauen ihnen gegenüber ableiten. Der Begriff enthielt von Anfang an auch die Forderung nach einer Gleichbehandlung mit anderen Gewalthandlungen: Die Tatsache, dass diese Gewalt überwiegend von Männern an Frauen ihrer Familie und ihres sozialen Nahraums verübt wurde, sollte nicht länger dazu führen, dass sie als privates Problem aus dem Bewusstsein der Gesellschaft ausgegrenzt werden konnte. Mit dem Begriff "Gewalt gegen Frauen" war die Problematik benennbar geworden. Damit war sie politikfähig und in sozialen, psychologischen – inzwischen auch ökonomischen – Kategorien diskutierbar geworden. Im letzten Jahrzehnt wurde

verstärkt in rechtlichen Kategorien gedacht und debattiert.

Hatte die Frauenbewegung in ihren Anfängen überwiegend über „Unterdrückung von Frauen“ gesprochen, so ging es später vorwiegend um „Gewalt gegen Frauen“. Der Gewaltbegriff wurde teilweise sehr weit, fast beliebig weit gefasst. Dies war ein notwendiger und schmerzhafter Durchsetzungskampf, der dazu führte, der vielfältigen Gewalt gegen Frauen im Alltag Anerkennung und öffentliche Aufmerksamkeit zu verschaffen.

Die Forschung über Gewalt im Geschlechterverhältnis sieht Gewalt als ein Kontinuum, das alle Erscheinungsformen dieser Gewalt – körperlicher, psychischer, sexueller, ökonomischer Art – sowie ihre Verkettungen und Vermischungen einschließt. Die Forschung setzte an dem Erfahrungswissen von Frauen und Mädchen an und machte im Laufe der Jahre Tatbestände bekannt, über die es in der Wissenschaft und sozialen Arbeit bis dato kaum fundierte Informationen gab und daher auch keine Konzepte existierten, wie diesem Problem zu begegnen sei.

Die Gewaltdiskussion der Frauenbewegung umfasste die Auseinandersetzung mit Misshandlung in der Ehe und anderen intimen Beziehungen, Vergewaltigung, sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend, sexueller Belästigung am Arbeitsplatz, sexuellen Übergriffen in der Therapie und in Institutionen, sexuellen Übergriffen auf Frauen mit Behinderungen, Zwangsprostitution und Frauenhandel sowie geschlechtsspezifischer Gewalt als Mittel des Krieges. Die Überschneidungen dieser Gewaltformen im Alltag und in der Biographie von Frauen wurden ebenso sichtbar wie die Fragwürdigkeit der Unterscheidung in "schlimme" und "weniger schlimme" Gewalthandlungen.

Die Frauenprojektebewegung

Die engagierten Feministinnen blieben nicht bei der Analyse stehen, sondern übten praktische Solidarität. Sie gründeten Projekte, die Schutz und Orientierungshilfen boten: Frauenhäuser, Notrufe-Beratungsstellen für vergewaltigte Frauen, Fachberatungsstellen für in der Kindheit

sexuell missbrauchte Mädchen und Frauen. Die Existenz dieser Einrichtungen machte sowohl die gesellschaftliche Verbreitung der Gewalt gegen Frauen als auch ihr Vorkommen in allen Gesellschaftsschichten sichtbar. Sie veränderte die öffentliche Wahrnehmung, zeigte, dass Unterstützung möglich ist und Veränderungen erreicht werden können und wirkte nachhaltig innovativ auf das gesamte Feld der sozialen Arbeit und alle angrenzenden Bereiche.

Die Praxis stellte hohe Anforderungen, die Vielfalt und Widersprüchlichkeit der individuellen Problemlagen, Lebensperspektiven, Verletzungen und Wünsche der Frauen unter dem gemeinsamen Nenner "Gewalt" wurde deutlich. In der Ausbildung der sozialen Berufe wurden damals nur wenige der für die Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen erforderlichen Kompetenzen vermittelt. In den neuen Frauenprojekten erfolgte daher eine intensive Phase der Professionalisierung und Qualifizierung. Es wurde ein Profil erarbeitet, wie im Rahmen von Krisenintervention und Beratung problemspezifisch, geschlechtsspezifisch und altersangemessen Unterstützung für Frauen und Mädchen angeboten werden kann. Unter der Maxime der Parteilichkeit (Kavemann 1997; Bundesministerium für Familie 1999) verknüpften die Mitarbeiterinnen ihren politischen Anspruch auf gesellschaftliche Umwandlung mit dem Anspruch an Professionalität. Auf dieses Konzept konnten in der Folge alle Institutionen zurückgreifen, die ihrerseits Unterstützungsangebote einrichteten.

Die Unterstützungsangebote verbesserten zwar konkret die Lebenssituation vieler misshandelter und vergewaltigter Frauen, hatten darüber hinaus aber nur wenig Erfolg auf struktureller Ebene: Die Annahme hatte sich nicht bewahrheitet, dass parteiliche Unterstützung allein das Geschlechterverhältnis verändern kann. Die Frauenhäuser mussten vielmehr befürchten, lediglich als gesellschaftliches Feigenblatt zu fungieren und die Folgen der Gewalt zu verwalten. Es gab keine weitergehenden gesellschaftlichen Anstrengungen, um die Gewalt gegen Frauen abzubauen. Die Existenz von Frauenhäusern und Zufluchtswohnungen führte teilweise sogar dazu, den Frauen die Verantwortung für

die Gewalt auf neue Art zuzuweisen: Wenn Frauen die Gewalt nicht länger ertragen wollten, stand ihnen schließlich der Weg ins nächste Frauenhaus offen. Gingen sie nicht dorthin, waren sie offensichtlich mit ihrer Situation einverstanden.

Weil die anhaltende politische Untätigkeit mit der Existenz der Frauenhäuser gerechtfertigt wurde, musste sich grundlegend etwas ändern, damit nicht weiterhin das Problem individualisiert wurde und die misshandelten Frauen und ihre Kinder die ganze Last der Konsequenzen tragen mussten.

Der Zusammenhang zwischen "privater" Gewalt gegen Frauen und staatlicher (Nicht-)Reaktion bzw. Verantwortung wurde zentrales Thema und führte zu einem Perspektivenwechsel: Alle mit dem Problem befassten Institutionen sollten kompetent und nach einem gleichen Problemverständnis ihre Interventionen koordinieren. So sollte erreicht werden, dass Frauen eine Wahlmöglichkeit jenseits der schieren Flucht haben.

Verschiebung gesellschaftlicher Normen

In vielen gesellschaftlichen Bereichen und Politikfeldern ist im Laufe der vergangenen Jahre das Bewusstsein gewachsen, dass Gewalt im Geschlechterverhältnis kein Randproblem darstellt und keine Privatsache ist. Trotzdem ist die Absicherung existierender Schutz- und Unterstützungsangebote nicht selbstverständlich. Immer noch zählt die Finanzierung von Frauenhäusern und spezialisierten Beratungsstellen, von Telefonnotruflinien oder Täterprogrammen zu den sog. freiwilligen Leistungen, als ob es sich nicht um eine Frage der Realisierung von Menschenrechten und der Gewährleistung von innerer Sicherheit für Frauen und Kinder handelte.

Es konnten seither einige bedeutende Etappensiege erreicht werden. Die beiden großen sozialen Bewegungen, die Gewalt im privaten Raum zu ihrem Thema gemacht haben – die Frauenbewegung und die Kinderschutzbewegung – können nach etwa 30 Jahren Arbeit echte Erfolge vorweisen:

- 1997 trat nach zwanzigjähriger parlamentarischer Auseinandersetzung die neue gesetzliche Regelung in Kraft, die Vergewaltigung in der Ehe unter Strafe stellt.
- 2000 wurden Menschenrechte für Kinder durchgesetzt, es wurde ihnen ein Recht auf Gewaltfreiheit in der Erziehung eingeräumt.
- Am 1.1.2002 trat das Gewaltschutzgesetz in Kraft, das Frauen zum ersten Mal Alternativen zur Flucht in ein Frauenhaus eröffnet, wenn sie sich und ihre Kinder in Sicherheit bringen wollen.
- Das neue Gewaltschutzgesetz wird in fast allen Bundesländern flankiert von einer Änderung der Polizeigesetze, die die Wegweisung einer gewalttätigen Person aus der Wohnung ermöglicht und ein befristetes Betretungs- bzw- Rückkehrverbot vorsieht.
- Das Kinderrechtverbesserungsgesetz, das im April 2002 in Kraft trat, ergänzt das Gewaltschutzgesetz in Fragen des Kinderschutzes und ermöglicht z.B. die Wegweisung eines gewalttätigen Elternteils zugunsten von Kindern.

Auch der Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen (Bundesministerium für Familie 1999) ist ein maßgeblicher Schritt gewesen, ein Gesamtkonzept vorzulegen, wie diese Gesellschaft gedenkt, dem staatlichen Gewaltmonopol auch bei Gewalt im privaten Bereich Gültigkeit zu verschaffen und welche intervenierenden, schützenden, unterstützenden und präventiven Schritte Gewalt reduzieren können. Das meiste davon entzieht sich jedoch der Kompetenz des Bundes und muss in unserem föderalen Staat von den Ländern und Kommunen umgesetzt werden. Nach wie vor ist politische Initiative gefordert.

Neue Kontroversen in der feministischen Gewaltdiskussion:

Als Ende der 90er Jahre Interventionsprojekte gegründet wurden und feministische Einrichtungen begannen, Kooperation mit staatlichen Institutionen zu institutionalisieren, zeigte sich, dass diese „neuen Wege“, auf denen die „alten Ziele“ erreicht werden sollten, nicht einfach zu begehen waren. Dafür mussten einige

„heilige Kühe“ der feministischen Gewaltdebatte „geschlachtet“ werden. Interventionsprojekte wie BIG nahmen diese Herausforderung an und wurden dafür teilweise heftig attackiert und politisch isoliert:

Neu und für viele provozierend war der Vorschlag, auf den polarisierenden Begriff „Männergewalt“ bzw. „Gewalt gegen Frauen“ zu verzichten zugunsten des sehr viel pragmatischeren aber konsensfähigeren Begriffs „häusliche Gewalt“, der die Analyse des Gewaltverhältnisses, die der erste Begriff in sich trägt, verschleierte.

Ergänzend zur Unterstützungsarbeit mit den Frauen sollten täterorientierte Maßnahmen und Täterprogramme initiiert und mit Männern, die bereit sind, solche Programme durchzuführen, kooperiert werden. Dies brachte das Risiko mit sich, dass sowohl die öffentliche Aufmerksamkeit als auch die finanzielle Förderung für die ohnehin unzureichend ausgestatteten Angebote für die Opfer der Gewalt reduziert würden.

Eine erhebliche Umstellung bedeutete der Wechsel von einer ausschließlich autonomen feministischen Politik zu einer Kooperation mit staatlichen Institutionen wie der Polizei, der Justiz oder der Ausländerbehörde, die als „Repräsentanten patriarchaler Staatsgewalt“ angesehen wurden.

Unterstützung optimieren – konsequent intervenieren

Benötigt werden Angebote, die die Opfer der Gewalt individuell und qualifiziert unterstützen. Die Erfahrungen, die in mehr als 25 Jahren Frauenhausarbeit gesammelt wurden, zeigen, dass Frauen sehr oft erst dann, wenn sie Unterstützung bekommen und Alternativen sehen, das was ihnen angetan wurde, überhaupt als Gewalt erkennen können. Solange sie sich alleine in einer für sie ausweglosen Situation befinden, können sie viele Gedanken gar nicht zulassen. Außerdem teilen betroffene Frauen gesellschaftliche Vorurteile und geben sich oft selbst die Schuld.

Die Angebote müssen für die Einzelnen passen. Bislang eröffnete sich misshan-

delten Frauen nur eine einzige Perspektive aus der Gewalt und das war die Flucht in ein Frauenhaus. Frauen, denen diese Angebote nicht bekannt waren oder die diesen Weg nicht gehen wollten, erhielten bislang kaum Schutz. Das neue Gewaltschutzgesetz und die polizeiliche Wegweisung schaffen hier Abhilfe und eröffnen Frauen die Möglichkeit, sich und ihre Kinder zu schützen, ohne ihr Zuhause aufgeben und auf die Flucht gehen zu müssen (WiBIG 2004 b).

Zu denken geben Forschungsergebnisse, die zeigen, dass es lange dauert, bis Frauen Hilfe bei (staatlichen) Einrichtungen suchen und dass dies auch nur ein Teil von ihnen überhaupt tut. Unterstützung suchen die meisten im sozialen Umfeld oder bei Ärztinnen und Ärzten (Schrötte 2004). Das Hilfesystem erweist sich für viele als deutlich zu hochschwellig und als undurchschaubar. Hier greifen die neuen pro-aktiven und aufsuchenden Beratungsangebote, die Schwellen senken und Information und Unterstützung für neue Zielgruppen zugänglich machen (WiBIG 2004 a).

Neu und in Deutschland in wachsender Zahl im Entstehen begriffen sind sog. Täterprogramme, in der Mehrheit soziale Trainingskurse für gewalttätige Männer, die auf Verhaltensänderung hin zielen und in enger Zusammenarbeit mit der Justiz und dem Opferschutz arbeiten (WiBIG 2004c).

Mehr und mehr ist in den letzten 10 Jahren auch die Situation der Töchter und Söhne in den Blick genommen worden, die der Gewalt in der Partnerschaft der Eltern ausgesetzt sind (Kavemann 2006). Diese Kinder sind sehr oft selbst misshandelt und/oder vernachlässigt worden. Benötigt werden Angebote, die es den Kindern und Jugendlichen ermöglichen, Gewalterlebnisse zu verarbeiten und eine eigene Lebensplanung zu realisieren. Dies ist einer der wichtigsten Beiträge zur individuellen Prävention und ein unmittelbarer Beitrag zum Opferschutz, denn Gewalt gegen die Mutter ist immer auch als eine Form der Gewalt gegen das Kind zu betrachten. Inzwischen haben sich die Bereiche des Kinderschutzes und des Frauenschutzes, die traditionell kaum

Kooperation verband, aneinander angenähert.

Erst in den letzten Jahren wurde erkannt, welcher wichtiger Kooperationspartner das Gesundheitssystem ist. Die Diskussionsstränge über Frauengesundheit und Gewalt gegen Frauen wurden zusammengeführt und eine sehr dynamische Entwicklung setzte ein. Inzwischen haben fast alle Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt Vertreter/innen des Gesundheitswesens eingebunden und es entstanden eigene Interventionsprojekte im Gesundheitswesen wie SIGNAL oder GESINE.

Es geht auf struktureller Ebene darum, das staatliche Gewaltmonopol ernst zu nehmen, Gewalt zu sanktionieren und präventiv tätig zu werden. Institutionelle Routine muss geändert und den Erkenntnissen über Gewalt im Geschlechterverhältnis angepasst werden. Es geht darum, interdisziplinäres Lernen zu institutionalisieren, um ganze Organisationen zum Lernen zu bringen und deren Praxis im Sinne der Betroffenen zu verändern. Damit ist der Zusammenhang von Intervention und „struktureller Prävention“ gekennzeichnet. Schnelle und wirksame Intervention kann Gewalt unterbinden, Auswege zeigen und einem Chronifizieren von Gewaltverhältnissen vorbeugen.

Wenn diese Gesellschaft es ernst meint damit, dass für Frauen, Männer und Kinder gleiche Menschenrechte und Grundrechte gelten, dann müssen einige Erkenntnisse Anwendung in der Praxis finden:

- Wer Gewalt im Geschlechterverhältnis verhindern will, muss ein ausreichendes Grundverständnis von dieser Form der Gewalt haben.
- Kompetente, schnelle, wirksame Intervention ist die Voraussetzung für Veränderung.
- Professionelle Arbeit gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis setzt gute Zusammenarbeit der regionalen Hilfesysteme, der staatlichen wie der nicht-staatlichen Institutionen voraus.
- Wer erfolgreich kooperieren will, benötigt Vernetzungskompetenzen. (WiBIG 2004d)

Gewalt im Geschlechterverhältnis zu verhindern, abzuschaffen, das ist das große Ziel, eine wirkliche „Mission“. Niemand von uns weiß, wann ein solches Ziel erreicht werden kann. Der Alltag sieht in der Regel recht bescheiden aus. Es geht immer um pragmatische Schritte mit begrenzten Ergebnissen, die „kleinen Brötchen“ eben. Manche sprechen pessimistisch sogar von „Brotkonfekt“. Wichtig ist zu sehen, dass die große Leerstelle zwischen den alltäglichen, kurzfristigen Zielen und den langfristigen Zielen gefüllt werden kann, wenn wir unsere Aktivitäten einbetten in breitere Konzepte und Bündnisse. Gefüllt wird die Leerstelle dann durch mittelfristige Ziele, die durchaus realistisch sind und auf die langfristige Mission hinwirken. Es handelt sich hierbei überwiegend um prozessbezogene Ziele z.B.:

- das Lernen von Personen und Organisationen fördern;
- ein Bewusstsein für die Komplexität der Problematik vermitteln;

- ein Bewusstsein von den Zusammenhängen zwischen unterschiedlichen Phänomenen der Gewalt vermitteln;
- den Nutzen von Kooperation erfahrbar machen;
- die Hilflosigkeit bei den Helfenden überwinden durch Information, Rechtsicherheit und Abstimmen der Kompetenzen und Vorgehensweisen.
- (Kavemann 2001)

Für die Zukunft zeichnet sich die Notwendigkeit ab, differenzierte und individuelle angepasste Unterstützungsangebote mit einer klaren staatlichen Positionierung zu verknüpfen und die Zusammenarbeit der Institutionen und Einrichtungen weiter zu optimieren. Der Gesundheitsbereich spielt hierbei eine zentrale Rolle.

Literatur bei der Verfasserin

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Prof. Dr. Barbara Kavemann, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, E-Mail: wibig.berlin@web.de



Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie...

Regina Stolzenberg

Frauengesundheitsbewegung

Was sind die Erfolge der Frauengesundheitsbewegung, speziell der Frauengesundheitszentren? Die vaginale Selbstuntersuchung war ein symbolischer Akt in der Aneignung des eigenen Körpers, der Selbsterfahrung und Selbsthilfe beinhaltete. In der Folge wurden die Frauengesundheitszentren (FGZ) stark zu Dienstleistungseinrichtungen, die alternative Methoden in Abgrenzung zur Schulmedizin propagierten und damit auch Wahlmöglichkeiten für Frauen aufzeigten.

Erfolge

Als Erfolg ist heute zu verzeichnen,

- dass die Naturheilkunde einen hohen Stellenwert in der deutschen Bevölkerung hat,
- dass das Selbstbewusstsein von Frauen als Patientinnen gegenüber den siebziger Jahren deutlich gestiegen ist,
- dass PatientInnenorientierung, informierte Entscheidung und geteilte Entscheidungsverantwortung (Shared Decision Making) heute anerkannte – wenn auch nicht umgesetzte – Paradigmen in der gesundheitlichen Versorgung sind,
- dass die Zahl der Frauenärztinnen gegenüber früher deutlich gestiegen ist.

Zusammenfassend können wir sagen: Patientinnen nähern sich der Augenhöhe mit der Medizin.

Misserfolge und Fehler

Als Misserfolge und Fehler sehe ich unter anderem:

- Die Ausrichtung auf die individuelle Beratung begünstigte ein individualistisches Konzept.
- Angebote und Ansatz der FGZ waren und sind zu wenig politisch und öffentlichkeitswirksam.
- Praktische Erfahrungen wurden zu wenig theoretisch reflektiert und publiziert.
- Frauen wurden und werden zu sehr als einheitliche Zielgruppe betrachtet, systematische Unterschiede zwischen Frauen zu wenig beachtet.

Hormontherapie in den Wechseljahren

Die kritische Auseinandersetzung mit den Hormonen hatte immer eine große Bedeutung in der Arbeit der Frauengesundheitszentren und ähnelte zeitweise einem Kampf David gegen Goliath, als fast die gesamte Ärzteschaft – auch engagierte Ärztinnen – im Einklang mit den Pharmafirmen und den Medien die Hormoneinnahme propagierten.

Gründe für die Hormoneinnahme

Warum nahmen so viele Frauen Hormone oder nehmen sie heute noch? Das Gutachten, das ich im Auftrag des Landtags NRW erstellt habe, gibt Hinweise darauf: Gründe liegen zum einen im Gesundheitssystem, das marktwirtschaftlich orientiert ist, in dem starke wirtschaftliche Interessen verfolgt werden und das ein Überangebot an niedergelassenen Gynäkologinnen hat: „Die ideale Patientin ist die, die gesund ist.“ (eine niedergelassene Ärztin im Experteninterview). Zudem verfügte es über einen starren, fastfeudalen Überbau (Chefarztssystem, „eminenz- statt evidenzbasierte Medizin“) Dazu kommt, dass die Ärzteschaft selber an die Hormone glaubte und der Faszination der Wunderpille erlegen ist, die die Illusion einer ganzheitliche Behandlung ermöglichte. Der Beweis: Auch Ärztinnen und Ehefrauen von Ärzten haben sie in hohem Maße genommen.

Zum anderen liegen die Gründe bei den Frauen und ihren Lebens- und Arbeits-

bedingungen. Ein überraschendes Ergebnis: Während in früheren Studien Berufstätigkeit sich als Schutzfaktor erwies, scheinen die Anforderungen im Beruf inzwischen zu einem Hauptbelastungsfaktor geworden zu sein. Frauen sehen sich offenbar veranlasst, Hormone zu nehmen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden.

Meine These dazu: Frauen im mittleren Lebensalter gehören nicht nur zur Sandwich-Generation in Bezug auf ihre Pflichten gegenüber Alt und Jung (Kinder länger zu Hause, Pflege alter Angehöriger), sondern stehen auch „zwischen Baum und Borke“ in Bezug auf die erreichte Emanzipation und ihre Stellung in der Gesellschaft. Viele Frauen haben verantwortliche Positionen im mittleren Management oder als kleine Selbständige erreicht, die neben möglichen familiären Verpflichtungen hohe Verantwortung mit sich bringen bei gleichzeitig geringen Einflussmöglichkeiten, die Arbeitsbedingungen zu gestalten.

Differenzierung ist wichtig

Auch eine Differenzierung unter verschiedenen Gruppen von Frauen ist sinnvoll. Sie zeigt, dass Information nur für manche Frauen einen Unterschied macht; andere nehmen Hormone bewusst aus pragmatischen Gründen oder aus Überzeugung, um den Alterungsprozess aufzuhalten (Lifestyle-Droge). Information und Beratung ist wichtig für fehlinformierte und unsichere Frauen. Botschaft: Es gibt keine medizinischen Gründe, Hormone zu nehmen. Hitzewallungen sind keine Krankheit.

Perspektive

Eine Perspektive wäre die Ent-Gynäkologisierung der Wechseljahre: Behandlung durch andere Fachdisziplinen, Naturheilkunde, Beratung und vor allem: soziale Bestätigung, Aufwertung und Einbeziehung von älteren Frauen statt (Selbst) Diffamierung, Verdrängung und Ausgrenzung.

Schönheit

Schönheitsnormen scheinen bei jungen Frauen und Mädchen stärker im Kurs als je zuvor: Dies betrifft wahrscheinlich vor allem Frauen, die wenig berufliche Per-

spektive haben (z.B. Migrantinnen), aber auch andere: viele Karrierefrauen setzen auf ihr Aussehen. Frage: Setzen Frauen Schönheit bewusst als Strategie ein oder sind sie Sklavinnen des Schönheitszwangs? Wer macht die Trends? Auch die Jugendfixiertheit der Alten macht es den Jungen schwer. Wir brauchen andere Vorbilder: selbstbewusste Faltenträgerinnen.

Mammografie-Screening

Das Mammografie-Screening steht auf einem anderen Blatt als die Hormoneinnahme. Es wurde in Deutschland durch die Brustkrebsbewegung initiiert. Besonders die Brustkrebsbewegung der USA ist eine der erfolgreichsten sozialen Bewegungen überhaupt (Umwidmung von Geld aus dem Militärhaushalt für die Brustkrebsforschung, Mitentscheidung der Frauen in der Forschung). In Deutschland haben aktive Frauen die Missstände in der Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs aufgedeckt und skandalisiert, z.B. die schlechte Qualität in der Beurteilung von Mammografien und das sog. graue Screening. Für Frauen, die vorher schon regelmäßig Mammografien machen ließen und für unterversorgte Gruppen von Frauen ist das Mammografie-Screening ein Fortschritt, weil es kontrollierte Qualität bietet, ein Novum in der Medizin.

Umstritten ist, ob die Angst vor Brustkrebs generell durch seine Einführung geschürt wird oder ob sie bei vielen Frauen nicht sowieso vorhanden ist und dadurch lediglich Gelegenheit erhält, öffentlich thematisiert zu werden.

Vernetzt und weltumspannend - Frauengesundheit im Zeitalter des Cyberspace

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Die Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologien verändert auch die Gesundheitsversorgung von und für Frauen. Das Internet bietet unter dem Stichwort „E-Health“ nicht nur einen raschen Zugang zu einer Fülle von Informationen, sondern auch neue Beratungs- und Kontaktmöglichkeiten über E-Mail-

Die Frage, ob das Mammografie-Screening die Brustkrebssterblichkeitsrate senkt, ist wissenschaftlich umstritten. Die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme am Mammografie-Screening sollte jede Frau nach sehr individueller Abwägung der eigenen Risiken, Ängste und Präferenzen treffen. Die Frage, ob das formulierte Ziel von 70% Beteiligung erreicht wird, ist statistisch bedeutungsvoll, für die Frauen und für mich selber jedoch nebenrangig. Wichtig ist die Art der Information: Sie müsste von beiden Seiten neutraler formuliert werden, BefürworterInnen wie GegnerInnen, um Frauen die Entscheidungsverantwortung zu überlassen.

Ausblick

Frauen sollten stärker versuchen, die Spielregeln zu bestimmen, aber die Differenz unter Frauen erfordert auch die offene Auseinandersetzung über verschiedene Lebensentwürfe und Sichtweisen. Schlüsselfragen sind dabei:

Wie ist der Umgang mit Unsicherheit und Risiko, wie der Umgang mit Alter, Krankheit und Tod?

Neue Rollenmodelle jenseits von Normierungen: Was macht heute ein sinnvolles Leben aus?

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Regina Stolzenberg,
E-Mail: stolzenberg@ifg.tu-berlin.de*



Beratung, Chats und Foren sowie neue Möglichkeiten der Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

Nutzen Frauen das Internet?

Zwar nutzen insgesamt mehr Männer als Frauen das Internet, aber bei der „nachwachsenden“ Generation gehört der Computer bei Mädchen und Jungen gleichermaßen zu den Alltagsmedien. Allerdings haben Mädchen mit Migrationshintergrund einen schlechteren Zugang zum Netz. Im mittleren Lebensalter hängt die Nutzung

vor allem von den Gelegenheiten (verfügbare Zeit, Nutzung z.B. im beruflichen Kontext) ab. Frauen ab 50 haben hohe Zuwachsraten, was die Internetnutzung angeht. Frauen interessieren sich mehr als Männer für Gesundheitsinformationen im Internet. Das Netz ist also durchaus heute schon ein wichtiger Aspekt für die Gesundheit von Frauen, der an Bedeutung noch zunehmen wird.

Informationsmanagement: Die Internet-Datenbank Frauengesundheit der BZgA

Das Problem ist heute nicht ein allgemeiner Mangel an Informationen, auch wenn in bestimmten Bereichen noch empfindliche Informationslücken zu verzeichnen sind. Probleme wirft eher die unüberschaubare Fülle an Informationen auf. Angesichts dieser Informationsüberflutung verlangen das Auffinden von Informationen und die Bewertung der Qualität und Verlässlichkeit von Informationen besondere Fähigkeiten.

Die Europäischen Kommission hat das Thema E-Health aufgegriffen und Qualitätskriterien im Sinne von Leitlinien für Gesundheitsinformationen im Netz formuliert, die hilfreich für Anbietende und Nutzende sind. Zu den Kriterien gehört Transparenz (bezogen auf den Anbieter, die Ziele sowie die Finanzierung der Seite, insbesondere Angaben über Sponsoren), Angaben zu Informationsquellen, Datenschutz, laufende Aktualisierung, betreutes Feedback, Prüfung der angegebenen Links, Offenlegung des Konzeptes, Zugänglichkeit und Nutzungsfreundlichkeit. Entsprechende Zertifikate können für Internetseiten mit Gesundheitsinformationen beantragt werden.

Ein Negativbeispiel sind 97 Webseiten von GynäkologInnen, die am Zentrum für Public Health der Universität Bremen auf die Erfüllung von Qualitätskriterien hin untersucht wurden: Nur ein Drittel erfüllte formale Kriterien der Anbieter-Transparenz vollständig und als problematisch wurde der Umgang mit kommerziellen Web-Links – häufig zu Pharma-Firmen – bewertet.

Ein positives Beispiel ist die Datenbank für Informationen zur Frauengesundheit, die

die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003 in das Netz gestellt hat (www.bzga.de/frauengesundheit). Die Datenbank bietet einen Zugang zu Forschungsergebnissen, Literatur und Organisationen, die im Bereich Frauengesundheit (mit Schwerpunkt oder als Teilgebiet) arbeiten sowie Listen relevanter Links. Schwerpunkte sind Gesundheit, Krankheit (allgemein, Essstörungen, Brustkrebs, HIV/Aids, Mental Health), Substanzkonsum/Sucht, Soziale Bedingungsfaktoren (Gewalt im Geschlechterverhältnis, soziale Ungleichheit, Migrantinnen, Behinderung, Ernährung) und Informationen über politische Strategien. Hier werden übersichtliche Suchstrategien (z.B. Stichwortsuche) angeboten, das Konzept offen gelegt und ein Feedback zur Weiterentwicklung der Datenbank genutzt. Die Qualitätskriterien beziehen sich nicht nur auf die formalen Aspekte, sondern auch auf das zu Grunde liegende Verständnis von Frauengesundheit. Seit November 2005 enthält die Datenbank auch Informationen für Rat und Hilfe suchende Frauen selbst.

Interaktive Angebote im Netz: Virtuelle Beratung, Chats und Foren

Ein Beispiel für die neuen Möglichkeiten, die das Netz bietet, ist die E-Mail-Beratung: Frauen können ihre Anliegen an Beratungsstellen per Mail schicken und bekommen eine schriftliche Antwort. Wie eine Selbsthilfeorganisation das Netz nutzen kann, zeigt das Beispiel des Internetforums für Angehörige von an Alzheimer Erkrankten. Neben vielfältigen Informationen zum Krankheitsverlauf, rechtlichen Aspekten, Therapiemöglichkeiten und hilfreichen Adressen gibt es hier ein „Selbsthilfe-Forum“ online. Das heißt, es werden Zeiten für Treffen einer Gruppe in einem Forum im Netz verabredet. Hier findet ein Austausch unter Menschen statt, die die gleichen Probleme und Fragen haben, und emotionale Unterstützung ist möglich, wie in Selbsthilfegruppen mit „realen“ Treffen auch. Die Treffen können aber abends von Zuhause aus „besucht“ werden.

Besonders wichtig sind die Möglichkeiten, die das Internet bietet, vor allem für Menschen, die wenig mobil sind oder die wenig Chancen haben, in ihrem näheren

Umkreis Menschen mit den gleichen Gesundheitsproblemen und Fragen für „reale“ Begegnungen finden. Die Anonymität bei der Beratung kommt denen entgegen, die aus Scham keine Beratungsstelle aufsuchen würden. Nicht zuletzt kann das Netz auch mit entsprechenden Angeboten die Chance zum Selbstlernen und Kompetenzerwerb bieten.

Vernetzung und Netzöffentlichkeit

Das Netz bietet eine neue Form der Öffentlichkeit – die „virtuelle Öffentlichkeit“. Das heißt, dass Gesundheitsangebote sich im Netz öffentlich präsentieren. Internet-Portale der Städte Bremen und Braunschweig sind Beispiele dafür, wie auf der Startseite der Kommune ein Zugang zu Informationen über frauenrelevante Angebote auch im Gesundheitsbereich eröffnet werden kann. Das Netz bietet so im Wortsinn „vernetzte“ Informationen im regionalen Raum.

Auch ist das Netz zunehmend wichtig für politische Strategien und Lobby-Arbeit. Das Netz ist eine neue Öffentlichkeits-Arena, für die die Frage der Öffentlichkeitsarbeit mindestens genauso wichtig ist, wie für die „reale“ Öffentlichkeit.

Das Netz ergänzt und ersetzt nicht persönliche Begegnungen

Das Internet ergänzt andere Formen der Mediennutzung und die persönliche Begegnung, macht sie aber nicht überflüssig. Selbsthilfegruppen online führen häufig zu realen Treffen und oft bzw. bei Bedarf geht ein Online-Beratungskontakt mit der Vermittlung der Adresse einer nahe gelegenen Beratungsstelle zu Ende.

Frauengesundheit im Zeitalter des Cyberspace

*Agnes Hümb*s

Veränderung durch Informations-technologien?

Wie wird Beratung aussehen? Wird es z.B. geben: E-mail-Beratung, Informationssuche und –austausch übers Internet, Betroffenenforen statt Selbsthilfegruppen, Datenqualität im Internet...???

Cyberspace - Organisationsform der Zukunft?

Die Informations- und Kommunikationstechnologien bieten neue Möglichkeiten. Ein Teil der Zukunft der Frauengesundheit liegt im Netz – wie die bereits vorhandenen Angebote von E-Mail-Beratung und Online-Selbsthilfeforen für Frauen und die Frauengesundheits-Datenbank zeigen, hat diese Zukunft schon begonnen. Diesen Bereich nicht zu vernachlässigen, sondern ihn rechtzeitig als neue Öffentlichkeit zu besetzen, ist aus zwei Gründen wichtig: Zum einen um die jüngere Generation anzusprechen, für die das Internet bereits selbstverständliches Kommunikationsmedium ist, zum anderen, weil die Risiken der neuen Medien mit der Frage verknüpft sind, wer die „Herrschaft“ bzw. Dominanz im Netz hat. Hier gilt es also, die Vorstellung von einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung von Frauen auch in diesem Medium durchzusetzen. Auch wird die Zahl der älteren, wenig mobilen Frauen mit Gesundheitsfragen und Kommunikationsbedürfnissen wachsen, für die die neuen Medien hilfreich sein können.

Das Internet wird also aus der Frauengesundheitsarbeit nicht mehr wegzudenken sein, dennoch werden die alten Formen der persönlichen Beratung und Therapie und der praktisch-realen Prävention nicht an Bedeutung verlieren.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Ev. Fachhochschule Freiburg, E-Mail: helfferrich@efh-freiburg.de



Alle Informations- und Austauschmöglichkeiten werden wahrscheinlich gleichrangig benutzt werden. Das Internet wird für Informationsrecherche genutzt, z.B. aber auch für die Information, wer in meiner örtlichen Umgebung Kontakt bietet oder wünscht. Denn Menschen werden wohl auch in Zukunft nicht auf soziale Nähe und auf Face-to-Face-Kommunikation verzichten wollen, wenn sie sie bekommen können.

Die größte Herausforderung durch die Informationstechnologie wird die *Beurteilung* von Informationen sein. Dazu braucht es eine außerordentlich aufgeklärte Bevölkerung, die in der Lage ist, nicht einfach nur Informationen zu sammeln, sondern diese Informationen auch einstufen kann im Hinblick auf Seriosität, auf Zuverlässigkeit, auf Interessegeleitetheit.

Eine Frage, die mich dabei sehr bewegt ist die, welche Institutionen in Zukunft diese Fähigkeit lehren werden. Die Universitäten werden es kaum bleiben: In Niedersachsen wird zur Zeit mit der Einführung der Bachelor- und Master-Studiengänge eine Lernform etabliert, die auch in den Geisteswissenschaften das Auswendiglernen und weniger das Denken in den Vordergrund stellt.

Das könnte bedeuten, dass eine in Zukunft so wichtige Kompetenz wie „Beurteilungsfähigkeit von Informationen“ vom Netzwerk selbst gelehrt werden muss. Aufgabe eines Netzwerkes wird dann nicht nur die Informationssammlung, -aufarbeitung und -verteilung sein, sondern auch die Schulung von Frauen in Informationsbewertung.

Veränderung der Organisationsform?

Müssen oder werden sich herkömmliche Strukturen wie Vereine, Selbsthilfegruppen auflösen; was kommt nach den Netzwerken? Wo bleibt der Nachwuchs? Welche Organisationsform könnte 2020 angemessen sein? Inwieweit ist Frauengesundheitspolitik schon institutionalisiert?

Netzwerke werden nur bestehen bleiben können, wenn sie ein stetes, kluges Fundraising betreiben. In Zukunft werden keine öffentlichen Gelder fließen, so dass nur diejenigen überleben können, die finanzkräftige Sponsoren finden und diese pflegen.

Pharmaunternehmen werden eine große Rolle als Finanzgeber spielen und auch andere Dienstleistungen zur Verfügung stellen wie z. B. Personal, Organisationshilfen, Infrastrukturberatung, Räume oder Ausstattung.

Dadurch wird sich nicht nur die Frage stellen, welcher Umgang mit Gesundheit

für Frauen der beste ist, sondern immer wieder müssen wir die Frage stellen, mit welchem Sponsor das auch so bleiben kann.

Heute schon verschieben Pharmakonzerne ihre Zielgruppen von den Ärzten und Ärztinnen weg und hin zu den PatientInnen. Das heißt, Sponsoren gibt es. Doch mit welchen Argumenten gegenüber einem potenziellen Sponsor sichert sich ein feministisches Netzwerk eine unabhängige Arbeit und vor allem unabhängige Urteile?

Eine große Irritation nicht nur für dieses Netzwerk, sondern für die gesamte Frauenbewegung ist der fehlende Nachwuchs. Eine mehrfach gestellte Frage auf der Jubiläumstagung: Wo sind die jungen Frauen? Warum wissen wir das nicht?

Wenn sie tatsächlich in Fitness-Studios, auf Wellnessfarmen und bei den Weight Watchers sind, dann haben sie einen Umgang mit Gesundheit (oder zumindest *einem* Aspekt von Gesundheit), der in den Alltag integriert ist.

Warum toben sie ihn dort aus und nicht bei uns? Um diese Frage zu beantworten, müssen wir uns fragen: Was macht uns für sie uninteressant? Wie müssen die jungen Frauen sein, damit wir sie akzeptieren?

Ein Beispiel: Auf der Tagung wurde gesagt, es sei eine Frage der Aufklärung, ob Frauen den „Wunschkaiserschnitt“ wollen.

Diese Auffassung geht davon aus, dass Frauen, wenn sie alle Informationen haben, nur zu *einem* Schluss kommen können, d.h. nur *eine* Wertentscheidung treffen können. Was ist aber, wenn Frauen die Informationen, die sie erhalten, unterschiedlich bewerten und dann zu anderen Entscheidungsergebnissen kommen? Ist das Netzwerk für solche Frauen nicht da? Wie dogmatisch begegnen wir den Anders-Denkenden?

Veränderungen der politischen Bedingungen?

Von der Bewegung in den „mainstream“, hat das geklappt? Welche politischen Bedingungen sind hinderlich, welche

förderlich? Gibt es 2020 kein Frauen- sondern nur noch ein Genderministerium (oder beides nicht)? Liegt darin auch eine Chance?

Durch Hartz IV hat bereits ein Verarmungsprozess in unserer Gesellschaft begonnen, der noch weiter voranschreiten wird. Er wird die Frage nach arm und reich in den Vordergrund treten lassen. Die Genderfrage wird als weniger dringlich wahrgenommen werden.

Zudem sind alle sozialen Gesellschaften daran interessiert, Ängste in der Bevölkerung zu befrieden und zu kontrollieren. (Diese Funktion hat z.B. auch die kindliche Vorstellung vom Wolf unter dem Bett, der die abstrakte Angst vor der Nacht bindet und durch Nachschauen-Können die Angst kontrolliert.)

Angstbindung funktioniert nur dann, wenn sie an eine Thematik gebunden wird, für die es auch Antworten, Lösungen, Beruhigungen gibt. In unserer (verglichen mit anderen Ländern) „gesunden“ Gesell-

schaft ist die Angst vor Krankheit ein sehr effektvolles Motiv, um medizinischen Fortschritt und medizinische Forschung moralisch zu rechtfertigen. Denn *tatsächlich* müssten wir Krankheiten gar nicht fürchten, denn – auch wenn es zynisch klingen mag - : wir haben viel zu wenig davon. Aber genau deshalb können wir uns diese Angst leisten, sie entsteht nicht aus einer tatsächlichen existentiellen Bedrohung (individuell kann es natürlich trotzdem so empfunden werden), sondern aus einer diskursiv erzeugten.

Wahrscheinlich wird die zukünftige Rolle des Gesundheitsdiskurses dadurch bestimmt, wie viele Ängste sich an diese Thematik knüpfen lassen und ob andere Themen und Diskurse diese Funktion übernehmen könnten.

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Agnes Hümb's, Ethik Consult - Institut für angewandte Philosophie, E-Mail: agnes.huembs@t-online.de, www.ethikconsult.de



Evaluation der Tagung: Beurteilung durch die Teilnehmerinnen

Ingrid Helbrecht

Die Selbstevaluation der Netzwerkarbeit ist seit Beginn ein Standard des ‚Netzwerks Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen‘. Im Falle der im November 2005 anlässlich seines 10-jährigen Bestehens organisierten Jubiläumstagung ließen wir die Qualität der Veranstaltung mittels eines *standardisierten Fragebogens* beurteilen. Auf diese Weise haben 47 Teilnehmerinnen ein systematisches Votum abgegeben (= Rücklauf von 59 %). Wie die Tagung im Allgemeinen wie auch im Besonderen bei den Befragten „ankam“, wird nachstehend anhand der ermittelten Daten und Kommentare dokumentiert.

Allgemein positive Resonanz auf die Tagung

Die befragten Teilnehmerinnen kommen aus einem breiten Bezugsspektrum :

- ‚Frauengesundheit‘: Gesundheitswesen/ Gesundheitsförderung (52 %),
- Gleichstellungs- und Frauenverbandsarbeit (25 %),
- Bildung und Wissenschaft (18 %) sowie interessierte Einzelpersonen.

Etwas mehr als die Hälfte ist als Mitglied dauerhaft am Netzwerk beteiligt.

Trotz dieser Verschiedenheit des Hintergrunds haben fast alle Befragten diese Frauengesundheitstagung als sehr gelungen beurteilt (91 % = gut/ausgezeichnet). Mit entscheidend für die hohe Meinung dürfte gewesen sein, dass sich die Erwartungen der Teilnehmerinnen an die Tagung ihrer eigenen Einschätzung nach voll erfüllt haben. Und zwar gleichermaßen auf der Anregungsebene (Referentinnen ‚live‘ hören; theoretisches Wissen und

praktische Impulse erhalten) wie auch auf der Vernetzungsebene (bisherige Vernetzungsarbeit gemeinsam würdigen; Kontakte für zukünftige Aktivitäten auf- bzw. ausbauen).

Zum positiven Stimmungsbild haben darüber hinaus die „Bewegungspause“ und das „Musikalische Intermezzo“ beigetragen. Beides wurde einhellig als sehr schöne Auflockerung der Tagung gelobt. Zwei Drittel der Befragten schließlich waren auch mit den äußeren Rahmenbedingungen - dem ‚Neuen Rathaus‘ in Hannover sowie der Verpflegung - gut bis sehr zufrieden. Die kritischen Stimmen bezogen sich auf Mängel im Catering sowie auf die schwierige Parkplatz-situation am Tagungsort.

Dass fast alle Befragten (90 %) der Leistung der Tagungsorganisatorinnen hohe bis höchste Anerkennung gezollt haben, ist angesichts dieser allgemein positiven Einzelerfahrungen nur konsequent.

Wertschätzung der vier Diskussionsforen im Einzelnen

Zur Bearbeitung des Themas „Frauengesundheit - zwischen Möglichkeit und Machbarkeit“ haben die Organisatorinnen zur Strukturierung der Tagung die Form der moderierten Diskussionsforen gewählt: In vier Gesprächsrunden wurden im Laufe des Tages zentrale Anliegen der Frauengesundheitsbewegung bearbeitet, indem zunächst jeweils zwei thematisch einschlägig ausgewiesene Referentinnen ihre (in diesem Rundbrief teilweise abgedruckten) Thesen vorgetragen und dann gemeinsam und unter Einbeziehung der Tagungsteilnehmerinnen diskutiert haben.

Die Fragebogenauswertung zeigt, dass die gewählte Tagungsstruktur im Großen und Ganzen die Zustimmung der Teilnehmerinnen gefunden hat: Zum einen bewerteten sie mehrheitlich (zwischen 59 % und 79 %) die vier Foren auf der Wertstufe ‚gut/ausgezeichnet‘. Zum anderen wurden in den handschriftlichen Kommentaren der „Charakter“, das „Konzept“, die „Fülle der Beiträge“ und ihre „Qualität“ ausdrücklich herausgehoben. Referentinnen, die als Wegbereiterinnen

für Frauengesundheit allgemein bekannt sind, zogen dabei besondere Aufmerksamkeit und Zustimmung auf sich. In manchen Kommentaren wurde allerdings auch problematisiert, dass die Präsentationsform und die Themenbreite zu wenig Zeit für Diskussion und Vertiefung gelassen und das Konzentrationsvermögen auf harte Proben gestellt habe.

Im Sinne einer vollständigen Berichterstattung werden die vier Diskussionsforen und ihre Resonanz bei den Befragten nachstehend genauer betrachtet. Um die Beurteilungen der Teilnehmerinnen vergleichend zu betrachten, wird auf den jeweils errechneten Mittelwert (das arithmetische Mittel) aller Votes zurückgegriffen. In unserem Falle - bei der Bewertungsbreite von ‚unzureichend‘ (Punktwert 1) bis ‚ausgezeichnet‘ (Punktwert 5) - läge die bestmögliche „Note“ also bei „5“.

Forum 1: Mein Bauch gehört mir ...

Hier wurde der Bogen gespannt von den strukturellen und personalen Voraussetzungen sowie den Ansatzpunkten/Themen der frühen Frauengesundheitsbewegung bis hin zu aktuellen Herausforderungen an frauenbewusstes Arbeiten. Seitens der Teilnehmerinnen wurden diese Beiträge sehr zustimmend aufgenommen - und mit dem hohen Punktwert/Mittelwert von 4,12 bewertet. In den handschriftlichen Kommentaren wurde zudem die vorgestellte Strategie, sich stärker in bestehende Strukturen des Gesundheitssektors einzubringen, um Einfluss auf „Stellschrauben“ zu erlangen, als Anregung und Ansporn beschrieben.

Forum 2: Viel erreicht – und wie geht's weiter ?

Hier wurden zwei Arbeitsschwerpunkte von Frauengesundheit fokussiert, in denen schon viel erreicht werden konnte und wo interinstitutionelle Vernetzung sich als geboten und erfolgreich erwiesen hat: „Gewalt gegen Frauen“ und „Frauengesundheitsberichterstattung“. Bei den Teilnehmerinnen fand auch dieses Forum volle Anerkennung: der errechnete Mittelwert lag bei 4,02 (von maximal erreichbaren 5 Punkten).

Forum 3: Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie ...

Gegenstand der Statements und Diskussion waren hier Themen, mit denen die Frauengesundheitsbewegung akut konfrontiert ist: Wa(h)re Schönheit, Mammografiescreening, Hormone in den Wechseljahren. Als wichtige Aufgabe für Multiplikatorinnen wurde dazu die „Information über Alternativen“ bestimmt - zumal die Themen in den Medien oft einseitig behandelt werden. Eine besondere Herausforderung ergibt sich dabei aus den zunehmenden Differenzierungen in Lebenssituationen und Selbstverständnissen der Zielgruppe „Frauen“, die dann auch unterschiedliche „Orientierungsmodelle“ erforderlich machen. Dass in der Themenstellung von Forum 3 einige Brisanz steckte (mit der die Referentinnen nach Meinung einiger Befragter „zu unkritisch“ umgegangen sind), spiegelt sich in der Bewertung im Teilnehmerinnen-Fragebogen wider: Mit dem errechneten Mittelwert von 3,7 schnitt dieser Tagungsbaustein relativ am schlechtesten ab.

Forum 4: Vernetzt und weltumspannend

In diesem Forum wurden Perspektiven der Nutzung elektronischer Vernetzung für die Anliegen der Frauengesundheit ausgeleuchtet: Nach der Vorstellung der neuen einschlägigen BZgA-Datenbank fokussierte sich die Diskussion auf Chancen und Grenzen des Internets für die Arbeit mit „Betroffenen“. Aus dem Plenum wurde hierzu über aktuell schon laufende Projekte berichtet. Auch die Perspektive, die Anliegen von Frauengesundheit über solche Zugangswege jungen Frauen und Mädchen nahe zu bringen, wurde rege diskutiert.

Die Auswertung der Teilnehmerinnenbefragung ergab zu diesem Forum einen Punktwert von 3,9 („Bronzemedaille“). Vielleicht drückt sich hierin die Skepsis einiger Beteiligter gegenüber einem Internet-Hype aus?

Perspektiven für morgen

Anspruch jeder Netzwerktagung ist es, den Multiplikatorinnen Anregungen und Impulse für ihre Arbeit vor Ort zu geben. Die Auswertung der Teilnehmerinnenbefragung legt den Schluss nahe, dass die Tagung „Frauengesundheit - zwischen Möglichkeit und Machbarkeit“ ein Stück „Aufbruchstimmung“ fördern konnte: auf die Frage, ob sie sich zu neuen Aktivitäten inspiriert fühlen, antworteten 88 % der Befragten mit „ja“. Die Sichtung der entsprechenden Konkretisierungen ergab dann folgende Handlungsschwerpunkte:

- Veranstaltungen bzw. längere Projekte zu ausgewählten Frauengesundheitsthemen (Hormone; Brustuntersuchung; Lebensrollen/Kompetenzen; Arbeit mit Migrantinnen ...).
- Angebote für Mädchen - in Kooperation mit Kolleginnen aus Schule und Jugendhilfe, die durch ihren Arbeitsalltag Expertinnen für die spezifischen Perspektiven in dieser Zielgruppe sind.
- Ansätze für die eigene professionelle Neuorientierung (Forschung; Beratung/Begleitung; interdisziplinäre Zusammenarbeit).
- Strategieentwicklung zur Arbeit in Gremien und an Strukturen (Themen platzieren, Lobbyarbeit, Politik).

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Dr. Ingrid Helbrecht, Tel.: 0511-851835



Mediothek

Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter

Julia Lademann, Petra Kolip, Robert Koch-Institut, Berlin, 2005, 107 Seiten, ISBN 3-89606-1607, Kostenlos zu beziehen unter: <http://www.rki.de>

Das mittlere Lebensalter stellt Frauen und Männer vor spezifische (gesundheitliche) Herausforderungen, die sowohl für die Gesundheitsversorgung als auch für die Prävention von hoher Relevanz sind. Der vorliegende Bericht analysiert auf Bundesebene erstmalig die Gesundheitsprofile von Frauen und Männern in einem konsequenten Geschlechtervergleich. Ein solcher Vergleich gibt u.a. Aufschluss über geschlechtsspezifische Gesundheitsprofile von Frauen und Männern sowie über die geschlechtsbezogene Bedeutung von Risiken und Ressourcen im Hinblick auf die Lebensbedingungen – und stellt somit die Basis für die Entwicklung geschlechtergerechter Gesundheitsangebote her, die sich an den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe orientieren. Neben Daten zur geschlechtsbezogenen Morbidität und

Mortalität – die im folgenden mit soziodemographischen Daten verknüpft werden – bietet der Bericht eine Analyse gesundheitsbeeinflussender Lebensweisen und Lebenslagen (z.B. Lebensform, Drogenkonsum körperliche Aktivität), bedeutender Gesundheitsprobleme (hierzu zählen vor allem Krebs, Herz-Kreislauf- und psychische Erkrankungen) und der Inanspruchnahme von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung (insbesondere ärztliche Versorgung, Krankenhaus und Rehabilitation).

Erste Erklärungsansätze für die geschlechtsbezogenen unterschiedlichen Gesundheitslagen beziehen dabei sowohl theoretischen Ansätze der Frauengesundheits- sowie der Männer- bzw. geschlechtervergleichende Gesundheitsforschung mit ein. Der Bericht gibt dabei erste Hinweise auf geschlechtsbezogene Bereiche der Über-, Fehl- und Unterversorgung und bietet Ansatzpunkte zur Verbesserung / Entwicklung geschlechtergerechter Versorgungsangebote.

Alexandra Jahr



Gender issues in safety and health at work

European Agency for Safety and Health at Work: Gender issues in safety and health at work. A review. 2003, 222 Seiten, ISBN 92-9191-045-7, 25 Euro. Bezugsadresse: E-Mail: information@osha.eu.int

Factsheet 42: Geschlechtsspezifische Fragen im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit; Factsheet 43: Die Berücksichtigung des Geschlechteraspekts bei der Risikoanalyse. ISSN 1681-2107.

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz hat einen Bericht vorgelegt, in dem die

geschlechtsspezifischen Unterschiede bei arbeitsbedingten Unfällen und Erkrankungen in Bezug auf die Wissenslücken und Erfordernisse zur Verbesserung der Risikoprävention untersucht werden. So hat z.B. ein geschlechtsneutraler Ansatz in Politik und Gesetzgebung dazu beigetragen, dass den arbeitsbedingten Risiken für Frauen und ihrer Prävention mit weniger Aufmerksamkeit und geringeren Mitteln begegnet wurde. Der Bericht enthält Informationen darüber, wo geschlechtsspezifische Unterschiede Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit beeinflussen können.

Zwei Factsheets (Nr. 42 und 43) fassen die Ergebnisse zusammen. (us)

Depressionen bei Frauen in transkultureller Perspektive

Heike Dech: Women's Mental Health. Soziale Ursachen von Depression in transkultureller Perspektive. transcript Verlag, Bielefeld, 2005, 144 Seiten, ISBN 3-89942-435-2, 18,80 Euro

Weder in der Forschung noch in der Behandlung von Depressionen wird Gender hinreichend berücksichtigt. Besonders unter einer transkulturellen Perspektive ist dies von großer Tragweite,

da Frauen häufig in besonderer Weise von den negativen Auswirkungen von Urbanisierung und Globalisierung betroffen sind. Am Beispiel einer stark benachteiligten Gruppe von kenianischen Frauen in einem traditionellen Kontext stellt die Autorin den Zusammenhang von sozialen Ursachen, Depressionsentstehung, kulturvarianten Ausdrucksformen und Krankheitserklärungskonzepten dar. (us)



Diagnose: Häusliche Gewalt

Nach Niedersachsen hat jetzt auch Nordrhein-Westfalen Materialien für das Gesundheitswesen entwickelt. Zum einen sind in enger Anlehnung an die in Niedersachsen entwickelten Materialien vier Printmedien für ÄrztInnen und Pflegekräfte entstanden: ein zwölfseitiger Leitfaden mit Basisinformationen, eine InfoCard für betroffene Frauen im Checkkartenformat, eine Checkliste für ÄrztInnen (MED-DOC-CARD) und ein Dokumentationsbogen zur häuslichen Gewalt. Alle vier Materialien sind auch auf CD ROM erfasst.

Zudem hat das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit,

Soziales, Frauen und Familie NRW eine umfangreiche 82seitige Planungshilfe „Häusliche Gewalt und Gesundheit“ vorgelegt, die das Ziel hat, die kommunalen Gesundheitskonferenzen stärker in das Thema einzubinden. Sie fasst die aktuellen Erkenntnisse zusammen, zeigt Handlungsmöglichkeiten für die kommunalen Gesundheitskonferenzen auf und benennt Kooperationsformen. In Praxisbeispielen wird aufgezeigt, wie dieses Thema bereits in kommunalen Gesundheitskonferenzen behandelt wird.

Zu bestellen bei: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Tel.: 0521-8007239



Stalking

Hans-Georg W. Voß, Jens Hoffmann, Isabel Wondrak: Stalking in Deutschland. Aus Sicht der Betroffenen und Verfolger, Weisser Ring (Hrsg.), Mainzer Schriften zur Situation von Kriminalitätsoptionen 40, Nomos Verlag, Baden-Baden, 170 Seiten, 2006, ISBN 3-8329-1752-7, 29,00 Euro

Der Begriff Stalking kommt aus dem Englischen und bedeutet Pirschjagd, damit wird der Vorgang beschrieben, einem Wild hinterher zu schleichen, um es zu erlegen. Das Buch gibt einen Überblick über dieses Phänomen und stellt Ergebnisse eines Forschungsprojektes vor, die mit Hilfe von Internetbefragungen gewonnen wurden.

Dabei wurden sowohl Betroffene als auch Stalker befragt. Die Opferbefragung ist mit 551 Personen die im deutschsprachigen Raum umfangreichste. Aufgrund der Erhebungsmethode wurden eher Opfer von schwerem Stalking erfasst. Die Häufigkeit von physischer Gewalt erwies sich als erschreckend hoch. Die Befragung der Stalker ergab beträchtliche Realitätsverzerrungen in Hinblick auf ihr eigenes Handeln. Mehr als zwei Drittel der Stalkingopfer berichteten von Problemen, der Polizei den Ernst ihrer Lage zu vermitteln. Dies deutet auf die Notwendigkeit von Aus- und Fortbildungen.



Frauen-Körper

Irmgard Vogt (Hrsg.): Frauen-Körper Lust und Last, Band 2, dgvt-Verlag, Tübingen, 179 Seiten, 2005, ISBN 3-87159-145-9, 15,80 Euro

Vor 13 Jahren erschien der erste Band mit dem Titel „Frauen-Körper: Lust und Last“, damals mit Monika Bormann zusammen. Die Nachfrage nach diesem Buch war über die Jahre hinweg gleichbleibend groß. Nachdem nun die ganze Auflage ausverkauft ist, legt Irmgard Vogt ein gründlich renoviertes Buch mit altem Titel und neuem Inhalt vor.

Widersprüchliche gesellschaftliche Erwartungen tragen dazu bei, dass Frauen ambivalente Beziehungen zu ihrem Körper haben. Zugleich attraktiv und faszinierend, aber auch bescheiden und rein sein zu sollen (Hure und Heilige), das lässt sich schlecht miteinander vereinbaren. Daher

leiden viele Frauen an ihrem Körper. Aber der Körper kann auch Quelle der Lust sein. Das Wissen um körperliche Lust und um Lust am eigenen Körper ist das dialektische Gegenstück.

Die spannenden Beiträge des Buches machen deutlich, wie das Körpererleben von Frauen von Ambivalenzen durchzogen ist und wie sehr die Körperwahrnehmung gesellschaftlich vermittelt ist. Behandelte Themen sind u.a. sexuelle Wünsche und Beziehungen junger Frauen, Alltagsbilder vom Körper aus der Sicht der Frauen, das Verhältnis von Lust und Unlust rund um Küche, Kochen und Essen, jugendliche Inszenierungen im Sport.

Dieses Buch will Frauen und Männer im Alltag und als professionelle HelferInnen anregen, sich mit der Lust und dem Leid der Frauen an ihrem Körper auseinander zu setzen. (us)



Gesundheitsförderung zu Lebensbeginn

Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung, Schwerpunkt: Gesundheitsförderung zu Lebensbeginn, Nr. 50, 1. Quartal 2006/März, ISSN 1438-6666, zu bestellen bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (s. Impressum)

In diesem Heft geht es um die Förderung und Bedingungen von Gesundheit im

Säuglings- und frühen Kindesalter, um einen kritischen Blick auf die Schwangervorsorge und Trends rund um die Geburt. Darüber hinaus wird ein Blick ins europäische Ausland auf die sozialen und politischen Rahmenbedingungen geworfen, die Elternzeit aufwerten und Familien früh fördern. (us)



Gender in Organisationen

Ingelore Welpke, Marika Schmeck: Kompaktwissen Gender in Organisationen, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt/M., 2005, 185 Seiten, ISBN 3-631-54550-9, 19,80 Euro

Die Zeit für die Genderperspektive in Organisationen ist reif. Das Buch will ein vertieftes Interesse für Gender und Gender Mainstreaming wecken und stellt erprobte Methoden der Umsetzung wie Genderbudgeting oder Gender-Controlling vor. Mit den Themen Wirtschaft und Familie,

Gender in der Personalführung, Genderlogik und Genderkompetenz in Organisationen sowie erfolgreichen Beispielen aus der Praxis soll die Umsetzung des Genderthemas in Organisationen unterstützt werden.

Dies ist der erste Band einer neuen Reihe „Angewandte Genderforschung- Gender Research Applied“. Weitere Bände werden folgen. (us)



Termine im Überblick

Datum / Tagungsort	Titel	Informationen über ...
30. April 2006 Verden	13 Jahre Frauenberatungsstelle Verden, Lesung mit Luisa Francia	Frauenberatungsstelle Verden, Grüne Str. 31, 27283 Verden, Tel.: 04231-85120, -85129, E-Mail: frauenberatung-verden@t- online.de
30. April 2006 Köln	AFS-Stillkongress 2006	Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen, Orgateam 2006, Jasminweg 4, 53757 Sankt Augustin, Tel.: 02241-341328, E-Mail: angelika.reck@t-online.de
2. Mai 2006 Hannover	Altern – Schönheit – Ethik Leitbilder zwischen Ästhetik und Gesundheit Fachtagung	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel: 0511-3500052, E-Mail: info@gesundheit-nds.de
16. Mai 2006 Verden	Fachtag zum Thema Mädchensexualität	Frauenberatungsstelle Verden, Grüne Str. 31, 27283 Verden, Tel.: 04231-85120, -85129, E-Mail: frauenberatung-verden@t- online.de
19. Mai 2006 Wildeshausen Humboldtstr. 3 16 Uhr	Parallelgesellschaften, Frauen im Islam – Ist Multikulti gescheitert? Vortrag im Rahmen der Ausstellung 100 Jahre Rassismus	www.slu.info/contents/event662.ht ml
19.-21. Juni 2006 Bad Bevensen Bildungsurlaub für Frauen	Europakompetenz: Von der Gleich- heit über Gleichstellung zu Gender Mainstreaming-ein gleichstellungs- politischer Hürdenlauf	www.slu.info/contents/event662.ht ml
30. Juni.-1. Juli 2006 Schwanenwerder	Frauen kommen – und wohin geht die Macht? Weibliche Führungskräfte in Deutsch- land, Tagung	Evangelische Akademie zu Berlin, Charlottenstr. 53/54, 10117 Berlin, Tel: 030-203 55 500, www.eaberlin.de
4. Juli 2006 Hannover	Sexuelle Gewalt in Teenagerbezie- hungen, Intervention und Prävention in Jugendhilfe und Schule	Landesstelle Jugendschutz Nie- dersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: 0511- 858788/853061, E-Mail: info@jugendschutz- niedersachsen.de
19.-22. September 2006 Berlin	Frauen, Medizin, Kommunikation - Professionalität im 21. Jahrhundert 56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Robert-Koch- Platz 7, 10115 Berlin, Tel: 030- 5148833, Fax: 030-51488344, www.dggg.de
6.-8. Oktober 2006 Engelskirchen	Wechsel-Jahre. Aufbruch in eine neue Lebensphase, Grundlagen- seminar für Multiplikatorinnen	MW Malteserwerke gGmbH, Ge- sundheitsförderung und Präven- tion, Kalker Hauptstr. 22-24, 51103 Köln, Tel.: 0221-9822-596, E-Mail: gup@malteser.de , www.malteser.de
4.-5. November 2006	Sex 2006 Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)	AKF-Geschäftsstelle, Sigmaringer Str. 1, 10713 Berlin, Tel.: 030- 86393316, E-Mail: buero@akf- info.de

