

Gesundheitsberichte machen Geschichte?

Wie Berichte und Gutachten
Anregungen für die Arbeit
vor Ort geben können

*15. Tagung des Netzwerkes
Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
am 28. August 2002 in Osnabrück*

LANDESVEREINIGUNG
FÜR GESUNDHEIT
NIEDERSACHSEN E.V.



PRO
FAMILIA



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Einführung	4
Dr. Ursula Aumüller-Roske	
Der Frauengesundheitsbericht des Bundes – Perspektiven für die lokale Politik und Praxis	6
Prof. Dr. Cornelia Helfferich	
Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen – Das Sachverständigengutachten effektiv nutzen	16
Prof. Dr. Gisela Fischer	
Sind Gesundheitsberichte erforderlich, um Themen aufzugreifen? – Ein Wechselgespräch	21
Regina Jürgens, Silke Stroth	
Berichte aus den Arbeitsgruppen:	
AG I Brustgesundheit und Brustkrebs - Beispiele für Initiativen und Projekte Dagmar Lienau, Kornelia Ehrhardt, Ursula Jeß	26
AG II Wechseljahre: Über-, Unter- und Fehlversorgung – Informationen für die Arbeit vor Ort Dr. Maria Beckermann, Dr. Inge Jahn	31
AG III Frauenzentrierte gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung – Möglichkeiten und Ansätze auf kommunaler Ebene Brigitte Hantsche	32
AG IV Beteiligungsorientiertes Arbeiten: Zielpatenschaften als Instrument für Frauengesundheit?	38
Ines Zimmermann	
Ein Ausblick und einige Eindrücke	47
Dr. Brigitte Vollmer-Schubert, Christine Kurmeyer	
Informationen zum Netzwerk	49

Dr. Ursula Aumüller-Roske, Abteilungsleiterin im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Einführung

Im Oktober 2001 ist der erste Bericht des Bundes zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Anhand von ausgewählten Beispielen ist das wissenschaftlich nachgewiesen worden, was in der Frauengesundheitsbewegung schon seit längerem diskutiert wird:

- nämlich dass Frauen und Männer ein unterschiedliches Verständnis von Krankheit und Gesundheit haben,
- dass Krankheitsverläufe und Symptome zwischen Frauen und Männern häufig deutliche Unterschiede aufweisen, und
- dass ein enger Zusammenhang zwischen Krankheitsbildern und den Lebensweisen von Frauen und Männern besteht.



Das Wissen darum und die feste Überzeugung, dass eine an den Lebenswelten der Frauen orientierte Gesundheitspolitik ein wichtiger Faktor für Gesundheit ist, sind das Fundament unserer Netzwerkarbeit. Was liegt da näher, sich auf einer Tagung intensiver mit diesem und anderen Berichten und Gutachten zu beschäftigen?

Der Bundesfrauengesundheitsbericht beschreibt die geschlechtsspezifischen Besonderheiten und Entwicklungstrends der gesundheitlichen Lage von Frauen in der Bundesrepublik unter Berücksichtigung der Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland. Er zeigt außerdem den Versorgungsbedarf für Frauen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen auf und ist ein Nachschlagewerk zu verschiedenen theoretischen Erklärungsansätzen in der Frauengesundheit.

Dagegen nimmt der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2000/2001, Band III, zum Thema „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ keine geschlechtsspezifische Begutachtung vor. Gleichwohl werden auch hier Handlungsbedarfe und Fehlentwicklungen bezüglich frauenspezifischer Krankheiten dargestellt. Der Gesetzgeber hatte durch das GKV-Reformgesetz von 1999 den Sachverständigenrat verpflichtet, alle zwei Jahre dem Bundesministerium für Gesundheit und den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ein Gutachten vorzulegen und darin im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten.

Die Ergebnisse machen auf jeden Fall ganz deutlich: Frauengesundheitsförderung ist ein Thema der Gleichstellungspolitik. Für eine bessere Gesundheit von Frauen einzutreten, bedeutet, den Blick zu erweitern, auch auf die Unterschiede und die speziellen, gesund machenden Lebensumstände von Frauen. Es bedeutet, die Lebensbedingungen von Frauen zu verbessern und ihre Chancen in allen Lebensbereichen zu vergrößern.

Dabei stellen sich für uns, die Veränderungen bewirken wollen, die Fragen, die wir heute behandeln wollen: Können diese überregionalen Gesundheitsberichte und



Gutachten für die Arbeit auf kommunaler Ebene genutzt werden? Oder werden eher gemeindeeigene Daten benötigt? Und wie können die theoretischen Erkenntnisse dann in praktisches Handeln umgesetzt werden? Auf diese Diskussionen bin ich sehr gespannt!

Wir wissen, dass zurzeit die gesamten Strukturen des Gesundheitswesens in Deutschland diskutiert werden. Dabei sehe ich die Gefahr, dass die Diskussionen sich auf die Aspekte der Kostenex-

plosionen beschränken und die frauenspezifischen Belange dabei auf der Strecke bleiben. Dem müssen wir entgegenwirken!

Ein erster Schritt dazu ist die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beim Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. in Bremen eingerichtete Bundeskoordination Frauengesundheit. Diese Stelle soll neue Ansätze in der Frauengesundheit bündeln und einen Erfahrungsaustausch initiieren und hat sich daher Folgendes vorgenommen:

- Beispiele frauenfreundlicher medizinischer und psychotherapeutischer Praxis werden zusammengeführt,
- Erkenntnissen der Selbsthilfe werden koordiniert,
- der Austausch frauengemäßer Ansätze in der Prävention, Intervention und Rehabilitation soll gefördert werden,
- Kooperationen von Entscheidungsträgern werden aufgebaut und
- bei strategisch wichtigen Themen soll fort- und weitergebildet werden.

Inzwischen ist mit einer Datensammlung für einen Expertinnenpool begonnen worden. Damit sollen möglichst viele Frauengesundheitsexpertinnen aus verschiedenen Bereichen unter einer Adresse erreichbar sein. Der Pool wird von der Bundeskoordination verwaltet und Anfragen nach Referentinnen, Expertinnen für Expertisen oder Anhörungen werden entsprechend weitergeleitet.

Des Weiteren fand ein erstes Koordinierungstreffen der Bundesländer zum Thema Frauen und Gesundheit statt, um die Arbeit auf Länderebene zu effektivieren und den Austausch zwischen schon bestehenden und noch zu gründenden Netzwerken zu unterstützen.

Ich glaube, die aktuell vorliegenden Berichte und Gutachten bieten Orientierung, zeigen Forschungsdefizite auf und verschaffen Möglichkeiten, die gesundheitliche Versorgung von Frauen in Deutschland zu verbessern. Nutzen wir diese Tagung, um dafür Ideen zu sammeln, die umgesetzt werden können.

Der Frauengesundheitsbericht des Bundes – Perspektiven für die lokale Politik und Praxis

Einleitung

„Gesundheitsberichte machen Geschichte“ - ein verlockender Titel. Doch sollten die damit verbundenen Erwartungen und Hoffnungen in aller Bescheidenheit etwas zurecht gerückt werden: Ein Frauengesundheitsbericht allein macht so wenig Geschichte wie die Schwalbe einen Sommer. Ein Bericht ist ein Schritt in einem langen Prozess beharrlicher Arbeit daran, die Sensibilität für Geschlechterfragen im Bereich Gesundheit, Krankheit und Versorgung zu fördern und in den Strukturen zu verankern. An diesem Prozess sind weitaus mehr Frauen beteiligt als das ohnehin schon zahlreiche Team, das an dem Frauengesundheitsbericht des Bundes¹ geschrieben hat. Geschichte wird zudem wesentlich von Umsetzungstagungen gemacht, oder anders formuliert: Ohne Tagungen, die die großräumigen Entwicklungsprozesse für die konkrete Arbeit fruchtbar machen, würde auch der spektakulärste Bericht verpuffen.



Zudem ist Gesundheitsberichterstattung eine Daueraufgabe und es wäre geradezu kontraproduktiv, von einem Gesundheitsbericht als singulärem Ereignis zu sprechen. Gesundheitsberichterstattung für Frauen sollte Teil einer Qualitätssicherung sein, bei der die Qualität der Angebote für Frauen in turnusmäßig erstatteten Berichten kontinuierlich überprüft wird.

Dennoch - und darauf zielt der Titel der Tagung wohl ab - markiert der Frauengesundheitsbericht des Bundes einen historischen Punkt: Das Thema ist offiziell in die Politik aufgenommen worden. Der Bericht versammelt Daten, die überwiegend vorher zugänglich waren. Aber in der Form und mit den „Weißen“ der Absegnung durch das Frauen- und das Gesundheitsministerium versehen ist er eine Quelle, mit der argumentiert werden kann. „Daten für Taten“ hieß treffend der Frauengesundheitsbericht der Schweiz. Die Politik braucht diese Daten, um Handeln einzufordern oder begründen zu können. Einen Frauengesundheitsbericht in Auftrag zu geben, macht nur Sinn im Zusammenhang mit wie auch immer partikulären oder vagen Absichten, politisch zu handeln. Allerdings möchten wir mit der Art, wie welche Daten im Bericht zusammengetragen wurden, auch ein Paradigma, eine Sichtweise von Gesundheit und Versorgung durchsetzen, die mit einer Veränderung der Prioritäten und Strategien im Gesundheitswesen verbunden ist.

Neu ist übrigens auch, dass sich derzeit eine Forschergruppe in Bielefeld zu einer Initiative formiert, die einen eigenen Gesundheitsbericht für Männer fordert und sich dabei ausdrücklich auf den Frauengesundheitsbericht bezieht. Einen solchen Männergesundheitsbericht hat die Stadt Wien 1999 erstellen lassen. Bei all diesen Neuigkeiten bleibt aber auch manches konstant. Nach wie vor gibt es z.B. eine tragfähige Tradition von Frauengesundheitswochen und Frauengesundheitsangeboten, die hauptsächlich von Frauen besucht werden, auch wenn sie Männern offen stehen. Es entsteht der Eindruck, dass Frauen sich auch für die Gesundheit der Männer, Männer sich dagegen wenn überhaupt höchstens für die eigene Gesundheit interessieren.

Neu ist übrigens auch, dass sich derzeit eine Forschergruppe in Bielefeld zu einer Initiative formiert, die einen eigenen Gesundheitsbericht für Männer fordert und sich dabei ausdrücklich auf den Frauengesundheitsbericht bezieht. Einen solchen Männergesundheitsbericht hat die Stadt Wien 1999 erstellen lassen. Bei all diesen Neuigkeiten bleibt aber auch manches konstant. Nach wie vor gibt es z.B. eine tragfähige Tradition von Frauengesundheitswochen und Frauengesundheitsangeboten, die hauptsächlich von Frauen besucht werden, auch wenn sie Männern offen stehen. Es entsteht der Eindruck, dass Frauen sich auch für die Gesundheit der Männer, Männer sich dagegen wenn überhaupt höchstens für die eigene Gesundheit interessieren.

¹ Im Folgenden ist mit „Frauengesundheitsbericht“ der Bericht des Bundes gemeint mit dem vollständigen Titel „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland“, herausgegeben vom BMFSFJ, Stuttgart: Kohlhammer 2001

Ich möchte nun in aller Kürze zwei historische Entwicklungsstränge nachzeichnen, an deren vorläufigem Ende der Frauengesundheitsbericht steht. Ich gehe dann kurz auf die Geschichte und den Inhalt des Frauengesundheitsberichts ein und greife anschließend vier spezielle inhaltliche Punkte beispielhaft heraus, die zum einen die besondere Herangehensweise in dem Gesundheitsbericht verdeutlichen und die zum anderen Perspektiven für die (überwiegend lokale) Praxis eröffnen.

Historische Entwicklungen: Die Diskussion wird komplexer

Im Rückblick auf die Geschichte der Frauengesundheitsforschung wird erkennbar, wie sehr die Diskussionen an Komplexität und Differenziertheit gewonnen haben. Dies betrifft auch die Diskussion der Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die Analyse dieser Unterschiede ist in der Frauengesundheitsdiskussion immer zentral gewesen und auch heute noch zentral. Die Fakten, mit denen diese Unterschiede belegt sind, können als bekannt vorausgesetzt werden und sie sind in eindrücklicher Weise auch in dem Frauengesundheitsbericht nachzulesen (z.B. Frauen leben länger; sie sterben an anderen Krankheiten; sie haben mehr, v.a. psychische und psychosomatische Beschwerden und allgemeine Befindlichkeitsstörungen sowie chronische Erkrankungen; sie gehen häufiger zum Arzt, nehmen mehr Medikamente).

Die Betonung des „Anders“-Krankseins der Frauen war und ist wichtig, weil dies den Hinweis auf die einseitige und unzureichende Ausrichtung des Gesundheitswesens enthält, das dieses Andere ausgrenzt. Frauengesundheit wurde zum Ausgangspunkt für ein Gegenmodell von Versorgung. Bei aller bleibenden und notwendigen Kritik am Gesundheitswesen geht es heute aber mehr um eine Qualitätsverbesserung der Versorgung allgemein - die Impulse der Frauengesundheitsbewegung sind *im* Gesundheitswesen selbst angekommen.

Die gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden heute in dem Frauengesundheitsbericht differenzierter interpretiert und komplexer diskutiert. Es wird davon ausgegangen, dass unterschiedliche Ebenen - die biologisch-physiologische Ebene, die Ebene der Strukturen des Gesundheitswesens und des Handelns der darin Beschäftigten, die Ebene des Handelns der Frauen selbst - zusammenwirken und es werden Teilbereiche der Versorgung betrachtet und damit bereichsspezifische Ausprägungen und Bedeutungen der Unterschiede.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern haben sich zudem verändert bzw. sie sind gleich geblieben, obwohl sich das, was als Ursache angesehen wird, verändert hat. Das zwingt zu einer genaueren Analyse, die die gesellschaftlichen Veränderungen einbezieht. Ein Beispiel: Trotz erkennbarer Veränderungen in der Sozialisation von Mädchen hat das Diätverhalten nicht abgenommen, sondern eher zugenommen. Beim Rauchen beginnen die Mädchen, die Jungen zu „überholen“. Zudem scheint es heute so, dass diese Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf eine neue Weise von den Unterschieden nach Bildung und Sozialschicht überlagert werden.

Die gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen Frauen und Männern, so könnte man zusammenfassen, spielen nach wie vor eine große Rolle. Sie sind aber nicht mehr festgeschriebene Ausgangspunkte. Der Akzent liegt stärker darauf, mit übergreifenden Ansätzen zu verfolgen, wie die Unterschiede zu Stande kommen. Der Blick ist genauer geworden und differenzierter. Wir sind in einer neuen Phase angekommen; die Sonderrolle und Besonderheit von Frauen ist eingegangen in eine übergreifende Betrachtungsweise.

Diese Ausdifferenzierung lässt sich auch erkennen, wenn wir den Stammbaum der in der Frauengesundheitsforschung gestellten Fragen betrachten. Am Anfang stand in den 80er Jahren die Frage: „*Was macht Frauen krank?*“ Die Diskussion war verwoben mit der Kritik an einer Gesellschaft als (ubiquitärem) Patriarchat, in und an dem Frauen leiden. In den folgenden Jahre wurde, ohne die kritische Grundhaltung und

die Aufmerksamkeit für soziale Ursachen von Krankheit aus den Augen zu verlieren, die Fragestellung konkretisiert: „*Welche konkreten Belastungen machen krank?*“ Die Frage wurde ‚weltlicher‘ gestellt und nach Bedingungen für Gesundheit nicht nur jenseits und in Abkehr von der Gesellschaft gesucht, sondern *in der Gesellschaft*. Erkennbar wurde, dass Frauen möglicherweise auch einen gesundheitlichen Preis für Emanzipation, für die „Fröste der Freiheit“ zahlen. Als konkrete krank machende Belastungen, denen eine große Bedeutung für Gesundheit zukommt, gelten seither das Fehlen sozialer Netze und sozialer Unterstützung, das Fehlen ökonomischer Ressourcen, Arbeitsbelastungen und Gewalterfahrungen.

Angeregt durch die WHO-Gesundheitsdiskussion wurde weiter gefragt: „*Wie entstehen Gesundheit und Krankheit im Alltag?*“ Insbesondere chronische Alltagsbelastungen und Ressourcen, Bildungs-, Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten im Alltag wurden Thema. Im Zusammenhang damit und im Bezug auf den Salutogenese-Ansatz von Antonovsky wurde der Akzent gesetzt: „*Was hält Frauen gesund?*“ Damit bekamen auch die Begriffe von Gesundheit und Krankheit eine neue Qualität, denn Antonovsky kritisiert das Denken in dem Gegensatz ‚Gesundheit versus Krankheit‘: Menschen sind immer (mehr oder weniger) gesund und (mehr oder weniger) krank zugleich. Er entwarf das Bild eines Flusses mit den beiden Ufern Gesundheit und Krankheit. Menschen schwimmen in diesem Fluss mal mehr an der einen Seite, mal mehr an der anderen Seite. So stellt sich die Frage nach den Strömungen und Winden: Was treibt Menschen mehr in die eine oder andere Richtung?

Die Public Health-Debatte gab der Frauengesundheitsforschung einen großen Aufschwung und förderte eine starke Orientierung an der Vermeidung von Krankheiten. Die Initiative von Frauen mit Behinderung machte dagegen die Rehabilitation zum neuen Thema mit Fragen wie „*Was macht kranke Frauen krank?*“ oder „*Was macht chronisch kranke Frauen gesund?*“ Es wurde notwendig, die Begriffe von Gesundheit, Krankheit und Normalität neu zu reflektieren. Die inhaltliche Bedeutung von „Gesundheit“ sollte nicht mehr normativ vorgegeben und der Begriff subjektiv unterschiedlich gefüllt werden können, damit auch Kranke über ihre Gesundheit sprechen können. Insbesondere kann Gesundheit ein Leben mit Einschränkungen einschließen.

Weitere Fragen kommen heute hinzu: „*Welche Unterschiede gibt es unter Frauen?*“ Alle diese Fragen lösen einander nicht ab, sondern sie bauen aufeinander auf und bereichern das Spektrum der Betrachtungen, das auf diese Weise komplex geworden ist.

Der Frauengesundheitsbericht

1994	Expertise: Stellungnahme zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter Frauenperspektive,
1995	Ausschreibung des Frauengesundheitsberichts durch das BMFSFJ,
1996-1999	Abfassung des Berichts,
2001	der Bericht liegt gedruckt vor.
Beteiligte Zentren:	Institut Gesundheitswissenschaften, TU Berlin (Ulrike Maschewsky-Schneider), Institut für Med. Soziologie und Sozialmedizin, Humboldt-Universität Berlin (Jutta Begenau), Institut Frau und Gesellschaft, Hannover (Carol Hagemann-White), Institut für Sozialmedizin, Universität Magdeburg (Lieselotte Hinze), Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut, Freiburg (Cornelia Helfferich).
Autorinnen:	Elf Mitarbeiterinnen in fünf Zentren und elf hinzugezogene Expertinnen,
Umfang:	708 Seiten mit Zahlen, Fakten, Analysen zur Gesundheit von Frauen.

1995 hatte eine Tagung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Wien stattgefunden mit dem Titel „Women’s Health Counts“; diese Tagung hatte wiederum einen Bezug zur Weltfrauenkonferenz in Peking. Die WHO hatte alle europäischen Länder aufgefordert, Frauengesundheitsberichte abzuliefern. Sie hatte dabei vor allem die osteuropäischen Länder im Auge. Die strategische Überlegung ging davon aus, dass das Abfassen eines Frauengesundheitsberichtes dazu führt, die Lebens- und Gesundheitsbedingungen überhaupt erst unter Geschlechterperspektive wahrzunehmen, auf Mängel der Datenlage zu stoßen und im Vergleich mit anderen Ländern, die ebenfalls solche Berichte vorlegen, die Defizite und Verbesserungsnotwendigkeiten zu erkennen. Die WHO hatte einen Katalog von Indikatoren vorgegeben, über die berichtet werden sollte. Die Liste umfasste außer Indikatoren der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung Indikatoren der sozio-ökonomischen Lage, der sozialen Sicherheit und der Umwelt. Diese Kampagne war sehr erfolgreich und hat sicher auch dazu beigetragen, dass ein Frauengesundheitsbericht in Deutschland Thema wurde.

In dem Frauengesundheitsbericht des Bundes, 1996 in Auftrag gegeben, wurde die Themenauswahl an dem von der WHO herausgegebenen Indikatorenkatalog, an den Erfordernissen einer lebensweltbezogenen Orientierung und schließlich an den Spezialisierungen der Autorinnen ausgerichtet. Der Bericht hat keinen Vollständigkeitsanspruch: Das Thema ist inzwischen zu komplex und zu umfangreich und eine größere Breite der Thematik würde auf Kosten der Tiefe der Abhandlung gehen.

Im Frauengesundheitsbericht des Bundes gesetzte Akzente:

- soziodemografische und sozioökonomische Indikatoren,
- Unterschiede im Gesundheitszustand von Frauen und Männern bezogen auf Todesursachen und ausgewählte Erkrankungen,
- Gesundheitsbezogene Lebensweisen von Frauen, ihre Vorstellungen von Gesundheit und ihr Gesundheitshandeln,
- Gewalt gegen Frauen,
- Reproduktive Gesundheit,
- Frauenarbeit in Beruf und Familie und gesundheitliche Auswirkungen,
- Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter,
- Frauen in besonderen Lebenslagen, Frauen mit Behinderung, HIV-infizierte Frauen, substanzabhängige Frauen,
- Frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und in der gesundheitlichen Versorgung.

Immer wieder hören wir, dass konkrete politische Forderungen und Entscheidungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Frauen sich auf den Bericht, auf Fakten und Daten oder Handlungsvorschläge beziehen. Das ist seine wichtigste Funktion. Ich möchte vier Punkte in allgemeiner und Themen übergreifender Weise benennen, auf die lokale Aktivitäten Bezug nehmen können. Dabei beziehe ich mich schwerpunktmäßig auf die Teilbereiche des Berichts, die von mir (mit-)verantwortet oder (mit-)verfasst wurden.

Anregung für Politik und Praxis I: Ein Perspektivenwechsel - das Bild von Frauen als bezogen auf Gesundheit und Krankheit handelnde Subjekte, deren Bewältigungsleistungen gewürdigt und die als Partnerinnen wertgeschätzt werden

Gesundheit und Krankheit werden im Alltag hergestellt und dazu gehört (unter anderem) auch eine Gestaltungsleistung von Menschen. Dem gesamten Bericht liegt ein Menschenbild zu Grunde, das gesunde und kranke Frauen als handelnde und ihr Leben gestaltende Subjekte betrachtet und sie in ihren Kompetenzen und nicht nur

in Problemen und Defiziten sieht. Entsprechend sind mehrere Kapitel der gesundheitlichen und sozialen Situation HIV-infizierter oder substanzabhängiger Frauen und von Frauen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen gewidmet. Im Mittelpunkt stehen die Krankheitsdynamik in der Verschränkung sozialer und gesundheitlicher Folgen und die Kompetenz von Frauen, mit der Krankheit zu leben.

Krankheit ist nicht nur eine mögliche Reaktion auf Belastungen, sondern ist selbst eine Belastung, z.B. weil sie mit Stigmatisierungen und Einschränkungen von Lebenschancen verbunden ist. Krankheit und schwierige soziale Lebenslagen verstärken sich wechselseitig und erzeugen eine negative biografische Eigendynamik. Dies zeigt der Bericht gut am Beispiel von Frauen mit Behinderung: Behinderungen und chronische Erkrankungen führen zu Erwerbsbeeinträchtigungen, Arbeitslosigkeit und Verarmung. Zahlen belegen, dass die bei Frauen im Vergleich zu Männern ohnehin diskontinuierlicheren Erwerbsbiografien zusätzlich aufgrund von Krankheitsphasen bzw. aufgrund gesellschaftlicher Barrieren (z.B. nicht behindertengerechte Arbeitsplätze) unterbrochen werden. Und da der Zugang zu beruflicher Rehabilitation für Frauen in besonderer Weise eingeschränkt ist, ist auch die Rückkehr in den Beruf erschwert. Die Arbeitslosigkeit und die unzureichende ökonomische Situation wiederum haben negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und auf die Assistenzabhängigkeit.

Auch bei alkohol- und drogenkranken Frauen belegt der Bericht, wie die sozialen Folgen der Krankheit die Krankheit verschlechtern. Das bezieht sich v.a. auf den Verlust von Bildungs- und Beschäftigungschancen. Gewalterfahrungen finden sich nicht nur in der Vorgeschichte von Sucht, sondern auch als Begleitung der Krankheit, wie die Zahlen zeigen.

Die konzeptionelle Haltung beinhaltet eine Würdigung der Leistung, mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung zu leben, und eine Wertschätzung von kranken Frauen als laienkompetenten Partnerinnen in der Gesundheitsversorgung. Kranke Frauen werden nicht auf Krankheit reduziert, sie sind auch immer gleichzeitig (relativ) Gesunde und damit eine wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderung. Die Orientierung an Gesundheit statt an Krankheit gilt im Bericht auch für Kranke.

Folgerungen für die (lokale) Politik und Praxis:

- Ein stärkeres Augenmerk sollte auf die Gesundheitsförderung für (chronisch) kranke Frauen gerichtet werden. Hierfür sind neue Finanzierungsformen zu finden, da Kassenleistungen charakteristischerweise oft nicht greifen.
- Laienkompetenz und Autonomie der PatientInnen sind zu fördern und damit auch Selbsthilfe und Vernetzung von Selbsthilfe. Auch die Aufgabe von PatientInnen-SprecherInnen als kommunaler Einrichtung kann so formuliert sein, dass sie den Aspekt der Frauengesundheit beinhaltet.
- Rehabilitation sollte stärker an den lebensweltlichen Handlungsvollzügen und Beziehungs- und Bewältigungsmustern der Frauen ausgerichtet sein (wie dies ansatzweise im Reha-Bereich auch bereits diskutiert wird).
- Generell - und dies kritisiert auch der Sachverständigenrat - ist die Versorgung zu sehr an den Erfordernissen der Akutmedizin und zu wenig an dem Bedarf chronisch Kranker ausgerichtet.
- Eine lokale Kooperation und Vernetzung zur Linderung sozialer Folgen von Krankheit und Behinderung ist zu fördern. Hier müssen Formen der Zusammenarbeit und Partnerschaft entworfen werden, die bisher wenig entwickelt sind.

Da gerade die soziale Folgen von Krankheiten dazu beitragen, Krankheiten zu chronifizieren und eine Verbesserung der Gesundheit zu behindern, führen sie auch zu für das Versorgungssystem insgesamt kostspieligen Drehtür-Effekten und zu Verschiebebahnhöfen zwischen jeweils in ihrer partiellen Reichweite überforderten Einrichtungen. Neue Formen einer Kooperation von medizinischen und sozialen Leistungen können modellhaft gerade auf der Ebene der Besonderheiten lokaler Praxis entstehen.

Anregung für Politik und Praxis II: Aufmerksamkeit für den Zusammenhang zwischen Gewalt im Geschlechterverhältnis und sozialer Ohnmacht einerseits, Gesundheit und Krankheit andererseits

Dem Thema „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ wurde ein eigener Abschnitt eingeräumt und das Thema zieht sich durch viele Berichtskapitel durch. Hält man sich die Verbreitung dieser Gewalt und ihre Folgen vor Augen, wird klar, wie zentral die Gesundheit von Frauen durch Gewalt gefährdet und beeinträchtigt ist. Dies gilt insbesondere, wenn man Gesundheit in einem umfassenden Sinn auch auf das psychosoziale Wohlbefinden bezieht. Das Verhältnis der Geschlechter und der Generationen und die Strukturen, die Macht und Ohnmacht erzeugen, werden als Kontext von Gesundheit und Krankheit wichtig und zwar nicht nur für Frauen, sondern für Kinder und Alte und für beide Geschlechter.

Die Frage der Gesundheitsförderung ist auf diese Weise zum einen mit der Frage der Teilhabe an gesellschaftlicher Macht und mit der Verteilung gesellschaftlicher Chancen verbunden und zum Zweiten mit dem Problem der Gewalt, die in personalen Beziehungen ausgeübt wird. Der Bericht weist so auch immer wieder auf die Ungleichheit unter Frauen hin, was diese Teilhabechancen angeht und widmet einen besonderen Abschnitt z.B. der Gesundheit obdachloser Frauen.

In den letzten Jahren hat die Sensibilität für die Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit etwas zugenommen - interessanterweise auch hier wieder über die „Karriere“ der geschlechtsneutralen Diagnose der „Posttraumatischen Belastungsstörung“.

Der Frauengesundheitsbericht beschreibt das Ausmaß an Gewalt, die Folgen und exemplarische Handlungsmöglichkeiten von Professionellen am Beispiel einer psychosomatischen Klinik für traumatisierte Frauen. In der Folge von Gewalterfahrungen können sich psychosomatische, psychiatrische oder gynäkologische Krankheitsbilder herausbilden, deren Ursprung in den Traumatisierungen meist nicht erkannt wird. Gynäkologische Operationen oder Geburten können zu einer plötzlichen Retraumatisierung führen. Traumatische Erfahrungen haben aber auch eine starke soziale Komponente; ist das Trauma doch gerade ein „Sturz aus der Normalität“ und führt in der Regel im Alltag zu einer Verengung der sozialen Handlungsräume und einer Brüchigkeit der Alltagskontakte. Bezogen auf diese sozialen Folgen gibt es Defizite der Opferrehabilitation.

In den letzten Jahren wurde darauf hingewiesen, dass die Formen von Gewaltprävention und Opferrehabilitation auch davon gekennzeichnet sein können, dass die gesellschaftliche Verantwortung für durch Gewalt geprägte Lebensumstände an eine Gruppe von Spezialistinnen delegiert und in speziellen, verschwiegenen Nischen kanalisiert wird und dies eine „moderne“ Form der Tabuisierung darstellt, erkennbar an der fehlenden Anerkennung des Gewaltphänomens ebenso wie der Arbeit mit Gewaltopfern. Gewaltprävention ist daraufhin zu hinterfragen, ob sie Teil einer kollektiven Verdrängung und Tabuisierung ist. Eine offene Auseinandersetzung mit Gewalt und mit dem Gewaltpotenzial in der Gesellschaft ist schwer, aber es ist die beste Gesundheitsförderung für alle Menschen.

Folgerungen für die (lokale) Politik und Praxis:

- Im kommunalen Bereich sind zahlreiche auch unspezifische Präventionsaktivitäten angesiedelt; diese sind mit Gewaltprävention für Frauen zu verbinden. Diese Forderung wird schon lange erhoben. Da aber aktuell die Angebote für Frauen, die Gewalt durch ihre Partner erfahren, auf eine neue Weise in kommunaler Kooperation erweitert werden (Stichwort: Interventionsprojekte, Runde Tische), bieten sich hier auch neue Chancen.
- Die soziale und gesundheitsbezogene Rehabilitation ist auf kommunaler Ebene zu verbessern. Dies betrifft z.B. Zuschüsse für Frauenhäuser und andere entsprechende Einrichtungen.

- Die Kooperation und wechselseitige Fortbildung von Rehabilitationseinrichtungen im psychosomatischen, gynäkologischen und Suchtbereich einerseits und Einrichtungen für Frauen mit Gewalterfahrungen andererseits ist zu verankern. Ziel ist dabei, den Gewaltaspekt in eine an der Lebenswelt der Klientinnen orientierte medizinische und psychologische Behandlung einzubeziehen.

Gewaltförmige Geschlechterbeziehungen sind ein Ausschnitt aus den institutionalisierten Formen der Geschlechterbegegnungen im Alltag. Und, da Gesundheit und Krankheit im Alltag entstehen, ist Gesundheitsarbeit eingebettet in die Arbeit an Geschlechterbeziehungen allgemein.

Anregungen für Politik und Praxis III: Begründete Abgrenzungen zwischen sozialen Problemen, natürlichen Prozessen und medizinischen Problemen - Abwendung von der Medikalisierung sozialer Probleme und natürlicher Vorgänge

Der Bericht zeigt an unterschiedlichen Stellen immer wieder, dass aus sozialen Problemlagen gesundheitliche Belastungen erwachsen und umgekehrt Krankheiten soziale Einschränkungen zur Folge haben. Dennoch sind die soziale und die gesundheitliche Komponente zu unterscheiden, weil soziale Probleme sozial und medizinische Probleme medizinisch gelöst werden müssen.

Zu Beginn der Frauengesundheitsdiskussion wurden medizinische Probleme eher „versozialwissenschaftlich“: Alle medizinischen Probleme schienen durch die Emanzipation heilbar. Heute differenzieren wir: Soziale Bedingungen, die zu Krankheiten führen, sind sozial zu lösen. Aber nicht alle Krankheitsfragen sind sozial lösbar.

Relevanter als diese selbstkritische Erkenntnis der Grenzen des Sozialen ist die fehlende Begrenzung des Medizinischen. Es ist die Tendenz zu beobachten, soziale Probleme als medizinische zu definieren und ihre Lösung vom medizinischen Versorgungssystem zu erwarten - Stichworte sind pränatale Diagnostik, Medikalisierung von Schwangerschaft, Wechseljahren und Geburt. Der Frauengesundheitsbericht widmet der reproduktiven Gesundheit ein eigenes Kapitel.

Die Medikalisierungen sozialer Probleme und natürlicher Prozesse sind nicht nur kostspielige und wenig produktive Fassetten der Gesundheitsversorgung. Sie verankern zudem ein Konzept vom weiblichen Körper als gefährdet, von einer engen, vorgegebenen Norm abweichend und kontroll- und überwachungsbedürftig. In dem Bericht wurde darauf geachtet, natürliche Prozesse und Abläufe im Körper als natürliche Prozesse zu beschreiben und die Rolle der Medikalisierung kritisch zu beleuchten.

Die Medizin dient sich in besonderer Weise als Lösung der Frage an, ob und wie ein Leben mit einem behinderten Kind gemeistert werden kann. Die eigentliche Angst der Frauen ist dabei eine soziale Angst, die daher rührt, dass es heute überhaupt ein Risiko für die Biografie einer Frau sein kann, sich auf die hohen Ansprüche einzulassen, die mit dem Aufziehen eines Kindes oder mehrerer Kinder verbunden sind. Diese Angst spitzt sich zu, wenn es um die Möglichkeit geht, ein behindertes Kind zu haben, weil Menschen, insbesondere Kinder und damit auch ihre Mütter, aufgrund von Behinderungen diskriminiert und isoliert werden. Die Medizin verspricht, diese sozialen Ängste zu beruhigen. Doch weder kann sie eine Prognose leisten, wie schwer eine Behinderung sein wird, noch kann sie tatsächlich Behinderungen ausschließen.

Folgerungen für die (lokale) Politik und Praxis:

- Unterstützung von Angeboten einer Entmedikalisierung und Förderung von sozialen Lösungen sozialer Probleme, die Krankheiten zu Grunde liegen.
- Für das Beispiel der pränatalen Diagnostik ist die indirekte Strategie, die Integration und Absicherung von Müttern mit Kindern, die eine Behinderung haben, gerade auf kommunaler Ebene wichtig.

- Kooperationen zwischen dem sozialen und dem medizinischen Sektor, die kooperativ soziale Probleme sozial und medizinische Probleme medizinisch lösen, sind zu fördern. Diese Kooperation entspricht der Tatsache der engen Verbindung von sozialen und medizinischen Aspekten. Die Schwierigkeit der Umsetzung liegt v.a. in der Logik der naturwissenschaftlichen Medizin und ihrem Körper- und Patientinnenkonzept, das Soziales und Subjektivität unterordnet bzw. kolonialisiert. Doch gibt es heute Ärztinnen, die sich mit dieser Logik kritisch auseinander setzen und die Notwendigkeit einer Kooperation und der Anerkennung der sozialen Lösungen sehen.

Anregungen für Politik und Praxis IV: Weiterentwicklungen in kommunalen Gesundheitsberichten zu Schwerpunktthemen und Datenbanken zu Frauengesundheit

Wir haben gesehen, dass Frauengesundheit heute ein weit verzweigtes, mehrdimensionales und komplexes Gebiet ist. Der Frauengesundheitsbericht ist ein enorm inhaltsreiches Werk, das von vielen Frauen zusammen getragen wurde, und er hat trotzdem viele Lücken. Damit müssen noch andere Ebenen der Umsetzung von Gesundheitsberichterstattung gefunden werden als die Sammlung von Wissen in monumentalen Werken. Weitere flexiblere, auf Teilbereiche aufgeteilte und schneller zu aktualisierende Formen müssen die Basisberichterstattung ergänzen. Diese Überlegungen ergeben sich als Konsequenzen aus dem Frauengesundheitsbericht, gehen aber darüber hinaus.

Eine erste Weiterentwicklung knüpft daran an, dass Frauengesundheitsberichte einen festen Platz haben müssen in Prozessen der Qualitätssicherung von Versorgung unter Frauenaspekten. Sie sollten einen Ist-Stand kritisch berichten. Dies dient als Grundlage für Verbesserungen, zu denen sich die relevanten Akteure, am besten an einem Runden Tisch versammelt, in Form einer Zielvereinbarung verpflichten. Die Erreichung des Zieles wird in einem bestimmten zeitlichen Abstand überprüft - in Form eines weiteren Berichtes. Die Berichterstattung wird so kontinuierlich fortgeschrieben. Dieser strategische Stellenwert der turnusmäßigen Berichterstattung war bereits in der WHO-Kampagne von 1994 „Women's Health Counts“ vorgegeben.

Auf kommunaler Ebene eröffnen sich neue Möglichkeiten bei einer Konzentration auf Spezialthemen, da z.B. lokal relevante Themen oder Themen, für die ein breiter Prioritätenkonsens gefunden werden kann, gewählt werden können. Dieses „Herunterbrechen“ von Berichten auf eine kommunale Ebene und auf Themenschwerpunkte wird der Vielfalt, aber auch dem Querschnittscharakter des Themas Frauengesundheit gerecht. Daneben muss es aber weiterhin eine übergreifende und „große“ Berichterstattung auf Bundesebene geben, allein schon deshalb, weil viele Daten überregional und bundesweit repräsentativ erhoben werden. Diese Daten untermauern Forderungen und begründen politischen Handlungsbedarf ebenso wie konkrete politische Entscheidungen auf übergeordneter Ebene.

Eine neue Form übergeordneter Aufbereitung von Daten besteht in Datenbanken zu Frauengesundheit. Das Sozialwissenschaftliche FrauenForschungsinstitut legt derzeit im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als ein Pilotprojekt eine solche Datenbank zu Teilbereichen der Frauengesundheit an. Zunächst wurde das Vorhaben als BZgA-internes Projekt begonnen und sollte der Qualitätssicherung der BZgA-Arbeit insofern dienen, als alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einen schnellen Zugang zu aktuellen Daten zu den Themenbereichen der BZgA bekommen sollten. Inzwischen ist die Bedeutung einer solchen Datenbank über die BZgA hinaus erkannt worden.

Diese Form von Informationsmanagement bietet sich aus mehreren Gründen an:

- Die heutige Fülle von Wissen und Daten erfordert neue Formen der Handhabung des Wissens, der Strukturierung und der Aufbereitung durch Suchstrategien.
 - Im Netz kann über Links kooperiert werden und Vernetzungen können verankert werden. In der Tat ist das Thema Frauengesundheit heute nicht mehr von Einzelnen zu bewältigen. Schon an mehreren anderen Stellen wurde die Bedeutung von Kooperation und Vernetzung deutlich.
 - Der Weg, Daten zur Verfügung zu stellen, ist kürzer und damit sind die Daten im Netz rascher aktualisierbar als bei einem Bericht, der geschrieben, abgestimmt und gedruckt wird.
 - Schließlich ermöglicht das Netz die komplexe Verknüpfung und Querverbindung von Themen nach mehreren Ordnungsstrategien, z.B. geordnet nach Themen, nach Ländern, nach Institutionen (z.B. Versorgung, Forschung, Politik, Literatur).
- Hier sind aber noch zahlreiche Probleme zu lösen, z.B. Fragen der Qualitätssicherung der Informationen, die zugänglich gemacht werden, der Aktualisierung und der Kooperation. Im Sommer 2003 werden auf einer BZgA-Tagung diese Frage von Expertinnen aus dem Bereich ‚Datenbanken zu Frauengesundheit‘ weiter verfolgt werden. Hier ist noch viel Entwicklungsarbeit zu leisten, so dass auch hier gilt, dass auf „große“ gedruckte Gesundheitsbericht nicht zu verzichten ist.

Ein Fazit

Der Bericht geht von den Unterschieden zwischen Frauen und Männern in den gesundheitsbezogenen Belangen aus und er legitimiert sich zunächst darüber, dass *die Besonderheiten* in der gesundheitlichen Situation von Frauen bisher vernachlässigt wurden. Der Bericht soll für diese *Unterschiede* sensibilisieren, aber darin steckt auch ein starkes Element von Gleichheit: Geschlechtersensibilität in der Gesundheitsforschung und -praxis soll sich *perspektivisch in gleicher Weise* auf Männer wie auf Frauen richten. Anders formuliert: Der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen sagt nicht nur aus, dass Frauen „anders“ krank werden oder sind als Männer, um daraufhin eine „andere“ Medizin für Frauen zu fordern. In der Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Gesundheit und Krankheit zeichnen sich Konturen für eine „andere“ Versorgung ab, aber nicht als Spezialmedizin für Frauen, sondern als Alternative, von der Frauen, aber ebenso Männer und das gesamte System der Gesundheitsversorgung profitieren kann. Auch dieser Gewinn *für alle* soll dem Bericht Gewicht geben.

Es ist kein Zufall, dass diese Orientierung in einem Frauengesundheitsbericht entwickelt wurde. Sie hat eine besondere Dringlichkeit für Frauen, weil die Abwertung von chronisch Kranken und ihre Reduzierung auf ihre Krankheit, die Tabuisierung der Gewalt und die Prozesse der Medikalisierung Frauen in besonderem Maß betreffen. Dennoch sollten diese Aspekte für alle Menschen gelten. In der Konzeption des Berichts geht es um die Rückkehr des Menschen in die Prävention und Versorgung - und Menschen haben immer ein Geschlecht. Wenn von Unterschieden zwischen Frauen und Männern die Rede ist, ist damit nicht eine Festschreibung auf zwei Sonderformen menschlicher Existenz - eine weibliche und eine männliche - gemeint, in die alle Menschen hinein gepresst werden. Die Unterschiede entstehen immer wieder neu im Alltag und sie nehmen dabei vielfältige Formen an. Thema des Berichts ist dementsprechend, wie Unterschiede zwischen Männern und Frauen *und* Unterschiede zwischen Gesunden und Kranken sich verdichten und wie dieser Prozess im Sinne einer Förderung einer umfassenden Gesundheit beeinflusst werden kann. Dies gilt selbstverständlich auch für Unterschiede unter Frauen.

Wir versprechen uns als allgemeinen Gewinn der Umsetzung der Intentionen des Frauengesundheitsberichts die Vermeidung von Kosten treibenden Paradoxien, Absurditäten und kontraproduktiven Prozessen in der Versorgung, wie z.B.

- ineffektive, weil fehlgeleitete Verschiebungen zwischen sozialen und medizinischen Lösungen und eine falsche, weil mit falschen Argumenten (Versprechen, soziale Probleme zu lösen) operierende Legitimierung einer kostenintensiven Hochleistungsmedizin,
- Drehtüreffekte,
- unnötige Medikalisierungen und Kontroll- und Überwachungsvorgänge,
- systematisch fehllaufende Gesundheitskommunikation, die in Fehldiagnosen und -behandlungen mündet,
- und eine vom System selbst verschuldete Chronifizierung von Krankheiten durch fehlende Berücksichtigung der sozialen Aspekte von Krankheit und der Krankheitsbewältigung.

Dies alles sollten auch Argumente sein, die auf kommunaler Ebene überzeugen. Der Weg der Umsetzung führt unter anderem über

- die Kooperation von sozialen und medizinischen Lösungen - Gesundheit ist eine Querschnittsaufgabe,
- die Nutzung der Ressource der Laienkompetenz,
- den Mut, bei der Prävention und Behandlung an den Fragen von personaler Gewalt und gesellschaftlicher Ohnmacht anzusetzen
- und schließlich über die Gesundheitsförderung für Kranke, Integration als Akzeptanz und Wertschätzung von Kranken und Behinderten, Minderung ihrer Belastungen und Verbesserung ihrer sozialen Situation.

Im Namen der Autorinnen möchte ich die Hoffnung ausdrücken, dass wir mit dem Frauengesundheitsbericht einen Beitrag leisten konnten zu einer „Geschichte, die gemacht wird“ - gemacht in der gemeinsamen Anstrengung insbesondere auch derjenigen, die zu dieser Tagung gekommen sind.

Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen – Das Sachverständigengutachten effektiv nutzen

1. Einführende Bemerkungen

Gesundheitsberichte „machen“ durchaus Geschichte, zumindest indem sie Handeln auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssektors anstoßen und steuern. Sie sind in Deutschland für alle die etwas verändern wollen von großem Wert, da sie eine Faktenbasis schaffen, indem sie versuchen eben jene Daten zusammenzustellen und zu ordnen, die gerade für die Gestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland im besonderen Maße vermisst werden. Dem Sachverständigengutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung liegt sicher weniger als in dem Frauengesundheitsbericht ein bestimmtes Menschenbild zu Grunde. Zu Grunde gelegt wird aber (siehe hierzu vor allem Band I Kap. 3 des Gutachtens 2000/01) ein neues Bild von der Patientin/dem Patienten und von der Bürgerin/dem Bürger und Versicherten in ihrer Stellung gegenüber dem Gesundheitssystem. Patientinnen und Patienten werden nicht mehr (nur) in ihrer Rolle als passiv Gesundheitsleistungen in Anspruch Nehmende gesehen. Vielmehr plädiert der Rat dafür, Gesundheitskompetenzen verbreitet zu stärken, und den Patientinnen und Patienten sowohl im Erkrankungsfalle als auch bei der Ausgestaltung des Systems auf Mikro-, Meso- und Makroebene systematisch zu beteiligen.



Die Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung, die der Rat seiner Bewertung zu Grunde legt, ist aus der Tabelle ersichtlich.

Bedarf \ Leistung	wird fachgerecht erbracht	wird nicht fachgerecht erbracht	wird nicht erbracht
	nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung
subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Übersorgung (ggf. Fehlversorgung)	Übersorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

Dabei wird deutlich, dass eine bedarfsgerechte Versorgung immer dann vorliegt, wenn letztlich ein objektiver, d. h. von den Professionellen festgestellter Bedarf besteht und eine darauf abgestimmte nachgewiesenermaßen wirksame Leistung fachgerecht erbracht wird. Die übrigen Konstellationen, d. h. Über-, Unter- und Fehlversorgungen ergeben sich davon abweichend, wie in der Tabelle dargestellt. Diese Definition ist an der Sozialgesetzgebung (SGB 5) orientiert: Sie hebt darauf ab, dass ein Bedarf nur dann gegeben ist, wenn die Medizin in der Lage ist, eine nachgewiesenermaßen wirksame Behandlungsform für ein Problem zu bieten. Stehen z. B. solche Maßnahmen mangels wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht zur Verfügung, z. B. bei noch unerforschten Krankheitszuständen, so ist auch nicht von einem Bedarf an Versorgung auszugehen. Die Aussagen des Gutachtens beziehen sich nicht auf vom Sachverständigenrat selbst erhobene oder zusammengestellte Daten (wie etwa der Frauengesundheitsbericht), sondern sie stützen sich im Wesentlichen auf eine Befragung folgender Institutionen:

- Mitglieder der Konzertierte Aktionen,
- Mitglieder der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,
- Medizinische wissenschaftliche Fachgesellschaften,
- Betroffenenorganisationen (43 von 69 Befragten).

Die Bewertungen des Rates stützen sich darüber hinaus auf eigene Recherchen der wissenschaftlichen Sachverhalte, insbesondere zur Frage der Wirksamkeit angegebener medizinischer Verfahren.

2. Bewertung der Ergebnisse unter frauenspezifischen Aspekten

2.1. Übergreifende Tendenzen

Frauenspezifische Belange finden sich in den Befragungsergebnissen explizit nicht. Psychosoziale Faktoren von Krankheit, die für Frauengesundheit eine wichtige Rolle spielen, werden nur von den Betroffenenorganisationen angesprochen. Die Befragung bestätigt den angenommenen Trend, dass Hightech-Verfahren überwiegend an Männer studiert (z. B. Arzneimittelstudien) und überwiegend an Männern praktiziert werden. Letzteres zeigt Nachteile für Männer - z. B. durch Überversorgung in der diagnostischen Kardiologie.

Aus den abgeleiteten Empfehlungen lassen sich für die Frauengesundheit folgende notwendigen Veränderungen, Verbesserungen und Strategien erkennen:

- Anti-Tabak-Strategie,
- Gesundheitsförderung in der Schule, z. B. auch Vorbereitung auf Elternschaft,
- Förderung der Rehabilitation einschließlich ambulanter Rehabilitation,
- Rehabilitation auch bei Pflegebedarf,
- verbesserte Schmerzbehandlung,
- mehr Verständnis und Eingehen auf die individuelle Situation, Ängste, Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten.

2.2 Krankheitsspezifische Aspekte von Frauengesundheit

Die o. g. Befragung richtete sich auf sechs ausgewählte Krankheitskomplexe, nämlich

- ischämische Herzkrankheiten, incl. Herzinfarkt,
- zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall,
- chronische, obstruktive Lungenkrankheiten, auch Asthma bronchiale bei Kinder,
- Rückenleiden,
- Lungenkarzinom, Mammakarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom,
- depressive Störungen.

Von diesen Krankheiten sind, wenn man epidemiologische Aspekte einer vor allem bei Frauen dominierenden Häufigkeit zu Grunde legt, folgende Erkrankungen für die Frauengesundheit in besonderem Maße von Bedeutung:

- Brustkrebs,
- zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall,
- depressive Störungen.

Auf sie soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Brustkrebs:

Bekannt und inzwischen auch in der Öffentlichkeit diskutiert sind die Qualitätsmängel bei der Erkennung von Brustkrebs in Deutschland. Der Rat fordert hier ein Früherkennungsprogramm gemäß den europäischen Leitlinien. Als besonders problematisch ist die Überversorgung mit einem sog. „Screening“ bei unter 50 jährigen anzusehen, das keinen wissenschaftlich erwiesenen Nutzen bringt. Im Übrigen ist eine Fehlversorgung dadurch eingetreten, dass zwar eine Mammographie indiziert ist, dieselbe jedoch mit unzureichender Qualität erbracht wird. Hier werden in Deutschland die international geforderten Zahlen an jährlich gesehenen Mammographiebildern im Durchschnitt bei weitem nicht erreicht. Die darauf bezogene Forderung lautet: Bildung von Kompetenzschwerpunkten, in denen tatsächlich eine ausreichende Erfahrung für die Erbringung von Mammographien sowie für die feingewebliche Untersuchung von entnommenen Gewebe in einem verdächtigen Befundbereich qualifiziert vorgenommen werden kann. Als weiterer Mangel zeigt sich, dass noch immer zu wenig Brust erhaltend operiert wird. Die zum Teil noch praktizierte Anwendung einer Hochdosis Chemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation ist als Überversorgung anzusehen.

Der Sachverständigenrat fordert in dieser Situation die Einführung der EUREF-Zertifizierung an Stelle jetzt entwickelter Konzepte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er fordert ferner, während der z. Zt. laufenden Modellversuchsphase ein Sofortprogramm zur Qualitätsverbesserung in der sog. kurativen Mammographie und er fordert - siehe oben - den Wegfall der sog. „grauen Mammographie“, d. h. von Mammographieleistungen bei unter 50-jährigen, die den Frauen als zusätzliche Screening-Untersuchung im Rahmen der sog. IGEL-Leistungen („individuelle Gesundheitsleistungen“) angeboten werden.

Schlaganfall

Bei diesem Krankheitsbild, das ebenfalls in höheren Altersgruppen durch die längere Überlebensrate von Frauen hier überwiegt, findet sich vornehmlich Unterversorgung. Sie äußert sich darin, dass der Zugang zur Behandlung verzögert ist, dass die Frührehabilitation ebenso wie das Schnittstellenmanagement insbesondere angesichts der zu erwartenden rascheren Entlassung durch neue Vergütungsregeln im Krankenhaus unzureichend ist. Es fehlen Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation. Insbesondere zeigt sich, dass Rehabilitation beim Vorliegen der Pflegeversicherung bei weitem nicht im erforderlichen Umfang eingesetzt wird und schließlich sind Mängel im Sinne von Unterversorgung bei der medikamentösen Vorbeugung gegenüber dem Schlaganfall festzustellen.

Depressive Störungen

Auch bei diesem Krankheitsbild dominiert eine Mischung von Unter- und Fehlversorgung. Während hier - als Umkehrbild zu Herz-Kreislauf- und Koronarerkrankungen - eine Störung eher bei Frauen angenommen wird, kommt es zu einer unzureichenden Krankheitserkennung z. B. bei jungen Männern. Aber auch insgesamt, d. h. auch bei Frauen, ist die Aufdeckung einer Depression als mangelhaft zu erachten. Fehlversorgung entsteht dadurch, dass die häufig uncharakteristischen Beschwerden in somatische Behandlungsketten einmünden, während die depressive Störung unerkannt bleibt. Unterversorgung ist dadurch gegeben, dass neuere Antidepressiva (SSRI) nur unzureichend verordnet werden und zudem die Pharmakotherapie durch Fehlversorgung mit Beruhigungsmitteln (Benzodiazipine) belastet ist.

Als besonders gravierend stellt sich das Problem depressiver Störungen bei alten Frauen dar. Die größten Raten von depressiven Störungen finden sich bei hochaltrigen Frauen in Alten- und Pflegeheimen. Zunächst ergeben sich auch hier - wie bereits bei jüngeren Altersgruppen - Formen der Unter- und Fehlversorgung dadurch, dass die Krankheit unzureichend erkannt und nicht entsprechend neueren Erkenntnissen behandelt wird.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass das verbreitete Problem einer depressiven Störung institutionalisierter alter Frauen im Wesentlichen soziale Ursachen hat. Angesichts einer fehlenden sozialen Rolle entsteht innere Erstarrung und Daseinsleere. Es fehlen in den Institutionen, bei aller Qualität der eigentlichen Pflege, in der Regel Anregungen und Herausforderungen. Im Übrigen ist auch die Rehabilitation unzureichend. Hierauf reagieren hochaltrige Frauen mit depressivem Rückzug, was ihre Situation z. B. durch schleichende Ausgrenzung aus dem Heimleben weiter verschärft. Es handelt sich also nur begrenzt um ein medizinisches Problem. Dementsprechend müssen Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene ansetzen: Das traditionelle Verständnis und die Ausgestaltung der Lebensformen alter Frauen in Heimen muss durch neue Modelle solcher Institutionen abgelöst werden. Dabei kommt es m. E. im Wesentlichen darauf an, alte Frauen in sinngebender Weise mit Aufgaben zu konfrontieren, die ihnen im Rahmen des Heimlebens eine definierte soziale Rolle und - in Grenzen - eine Pflicht zuweisen.

3. Wie lässt sich das Gutachten effektiv nutzen, weiterführende Ansätze

Im Bezug auf die Frage, inwieweit Berichte „Geschichte machen“ lässt sich erkennen, dass das Sachverständigenratsgutachten bereits eine Reihe von Veränderungen hervorgebracht hat. Diese beziehen sich z. B. auf die Mammographie, auf die Vorschläge zur Position des Arzneimittels im Gesundheitssystem und auf Vorschläge zur Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement und der Qualitätsüberwachung der ärztlichen Kompetenz.

Die Mehrzahl der sich aus den krankheitsbezogenen Missständen ergebenden Empfehlungen bzw. notwendigen Veränderungen sind nur auf Bundesebene denkbar und sinnvoll. Hierzu gehört m. E. insbesondere die Entwicklung neuer (kommunikativer) Lebensformen im höheren Alter, um die Vereinzelungsproblematik, die ein zunehmendes Frauenproblem im hohen Alter darstellt, zu überwinden (siehe oben).

Wesentlich dürfte es sein, die noch immer vorhandene relativ stärkere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Frauen abzubauen. Hierzu muss erreicht werden, dass überflüssige Maßnahmen, wie z. B. umfangreiche Ausschlussdiagnostik im Sinne von Überversorgung unterbleiben. Auch die Medikalisierung normaler biologischer Phänomene (Klimakterium) und selbst limitierender nicht gefährlicher Gesundheitsstörungen gehören hierzu. Schließlich sollte wieder angeknüpft werden an die gut begründeten Forderungen nach vermehrter „sprechender Medizin „ aus den 80er Jahren.

Insbesondere die Befragung der betroffenen Organisationen hat gezeigt, dass soziale Krankheitsfolgen aber auch psychologische Belange aus der Sicht der Betroffenen zu wenig vom Versorgungssystem aufgegriffen und bearbeitet werden. Dies ist besonders von Bedeutung, wenn es um das Problem einer verbesserten integrierten - Schnittstellen übergreifenden - Versorgung z. B. zwischen Krankenhaus und Rehabilitation oder ambulanten Hilfen geht.

Aus der Bedeutung der sozialen Aspekte von Krankheit besonders bei Multimorbidität, Behinderung oder gefährdenden Lebenslagen stellt sich die folgende Frage: Könnte es sinnvoll sein, bei der Bewertung der Krankheitsschwere, die bisher ausschließlich nur nach medizinischen Kriterien (im Rahmen der DRGs) erfolgt, soziale und medizinische Kontextfaktoren innerhalb derer das jeweilige Krankheitsbild sich

auswirkt, zu berücksichtigen? So dürfte beispielsweise eine mittelgradige Inkontinenz bei einer jüngeren Frau ein zwar leidvolles und behandlungsbedürftige Problem sein. Trifft die gleiche Krankheit jedoch eine Patientin, bei der bereits durch eine andere Erkrankung eine erhebliche Bewegungsbehinderung besteht, potenzieren sich die Folgen und der Aufwand sowie die Belastungen beim Umgang mit der Inkontinenz erheblich.

Schließlich ist es auch für Frauen von großer Bedeutung, die neue Bewegung eines veränderten auf Kompetenz, Empowerment und Partizipation zielenden PatientInnen- und Versichertenverständnisses aufzugreifen. Hier stellen sich Aufgaben der Teilhabe auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, bei denen Frauen - nicht nur in den ihr Geschlecht besonders betreffenden Krankheitsbereichen - eine gleichrangige Rolle wie Männer einnehmen müssen.

Auf unmittelbarer regionaler Ebene lässt sich eine Umsetzung in folgender Hinsicht denken:

- Die o. g. Veränderungen in Alten- und Pflegeheimen lassen sich modellhaft einführen.
- Gleichmaßen ist es denkbar, in Absprache mit den medizinischen Diensten zumindest ansatzweise mehr Rehabilitation im Pflegefall sicherzustellen.
- Als besonders ertragreich könnte sich auch die Gesundheitsförderung in der Schule etablieren.
- Schließlich ließen sich integrierte Versorgungskonzepte, die einen bedarfsgerechten Schnittstellen übergreifenden Umgang bei mehrfachen und komplexen Gesundheitsstörungen sicherstellen, auf regionaler Ebene sehr viel besser erproben und durchsetzen.

Regina Jürgens, Landtag NRW, ehem. BAGS, Hamburg
Silke Stroth, Senatsverwaltung für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und
Soziales der Freien Hansestadt Bremen

Sind Gesundheitsberichte erforderlich, um Themen aufzugreifen?

Als ein Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung aus Sicht von Kommunen (hier den Stadtstaaten Hamburg und Bremen) ist dieses Wechselgespräch zu verstehen. Wir bewegen uns damit hin auf die Ebene der Akteurinnen und Akteure vor Ort. Dieser Perspektivwechsel ist Voraussetzung, um die handlungsorientierte Gesundheitsberichterstattung in den Blick zu nehmen. Mit anderen Worten: den Weg von „Daten zu Taten“ transparenter zu machen. Und da bekanntlich viele Wege nach Rom führen, stellen wir hier ebenfalls verschiedene Wege vor, wie Themen der Frauengesundheit in den Kommunen aufgegriffen werden können:



- In **Hamburg** wurde ohne einen Bericht gestartet, aber mit Frauen, die an dem Thema interessiert waren. Dieser Ansatz kann als ‚*expertInnengestützt*‘ umschrieben werden.
- In **Bremen** wurde der Bremer Frauengesundheitsbericht von 2001 - also eine *datengestützte* Aufbereitung relevanter frauenspezifischer Aspekte von Gesundheit - zum Ausgangspunkt genommen.

Die zentralen Voraussetzungen und Folgerungen, die jeweils mit diesen beiden Modellen verbunden waren, wollen wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

1. Regina Jürgens: Der Hamburger Ansatz

Zwei ‚Bausteine‘ waren für die Arbeit in Hamburg maßgeblich: Zum einen die theoretischen Grundlegungen zu einem „Aktionskreis Gesundheit“ (Baustein 1); zum andern die Vorentscheidung, Veränderungsprozesse mit der Akteursgruppe der „Überzeugten“ anzugehen (Baustein 2).

Baustein 1: Aktionskreis Gesundheit (Policy-action-cycle)

Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung sind Instrumente eines sich stufenweise weiterentwickelnden Prozesses gesundheitspolitischer Handelns unterschiedlicher AkteurInnen in einer Kommune.

Angelehnt an den Aktionskreis Gesundheit (vgl. Rosenbrock 1995) werden nachfolgend die Hamburger Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsberichterstattung und -förderung für den Einstieg in das Thema Frauengesundheit beschrieben.



Quelle: *Public Health Action Cycle*: Institute of Medicine, The Future of Public Health, Washington D.C., 1988

Erste Phase: Diagnose und Zielfindung

Gestartet wurde mit dem „Werkstattgespräch: Frauen und Pflege“, das 1998 von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales durchgeführt wurde. Es diente der Einbeziehung von AkteurInnen in diesem weiten Themenfeld der Frauenarbeit und -gesundheit. Das Werkstattgespräch sollte den Fokus auf Themen der Frauengesundheit mit hohem Handlungsbedarf richten. Daher wurden mehrere Bereiche in Arbeitsgruppen thematisiert - angefangen bei „Frauen, die ihre Angehörigen pflegen“ über das Thema „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ bis hin zur Situation der „Professionellen Pflege“. Die beteiligten Expertinnen waren sich einig, dass großer Handlungsbedarf in allen diesen Themenfeldern besteht.

Zur weiteren Bearbeitung wurde dann ein Schwerpunkt ausgewählt: Es war die „Frauengesundheit - Müttergesundheit rund um Schwangerschaft und Geburt“. Hier gab es eine große Anzahl von verschiedenen Akteurinnen, die hierzu an der speziellen Situationsanalyse für einen begrenzten Zeitraum mitarbeiten wollten und als Expertinnen fachliches Wissen beitragen konnten.

Zweite Phase: Zusammenarbeit multidisziplinär und intersektoral gestalten

Im Weiteren wurden insgesamt 4 Veranstaltungen organisiert, um die Sichtweisen zusammenzutragen und den Blick auf die Versorgungslücken zu richten. Dabei arbeiteten wir mit den „überzeugten“ und den für das Thema „unentbehrlichen“ Mitstreiterinnen aus Bereichen der Praxis, Selbsthilfe, Wissenschaft, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung zusammen.

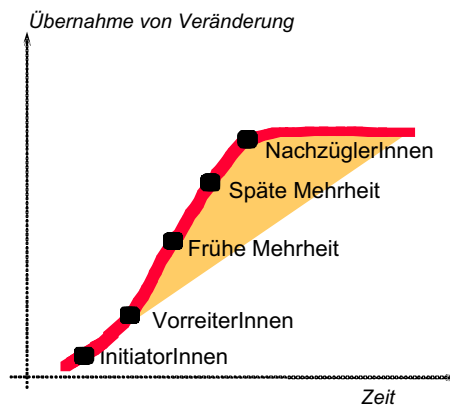
Weiterer Fokus war die Intersektoralität: mit unterschiedlichen Berufsgruppen aus den verschiedenen Versorgungssegmenten. Darum wurde der Arbeitskreis schrittweise erweitert, um auch den stationären Bereich sowie ambulante Anbieter einzubeziehen. Nicht alles was wir uns vorgenommen hatten gelang auch, manches blieb auf der Strecke. Respektvoller Umgang und Zuhören musste zum Teil auch erst gelernt werden. Diese ‚Haltung‘ ist nicht automatisch gegeben und kann nur erreicht werden, wenn das gemeinsame Ziel - hier: *die Situation von Frauen, die Mütter werden, zu verbessern* - im Vordergrund steht.

Baustein 2: Wer kann mitmachen?

Dieser Baustein berücksichtigt den prozesshaften Charakter von Veränderungen: Sie gehen schrittweise und meist langsam vor sich. An ihrem Anfang werden erfahrungsgemäß vor allem „die Überzeugten“ dringend gebraucht. Deshalb wurde auch bei uns mit einer eher kleinen Gruppe von InitiatorInnen und VorreiterInnen angefangen. Zudem wurden sie in ihrer Zusammenarbeit durch eine Unterstützung und Moderation von außen begleitet.

Baustein 2

Wer kann mitmachen?



(Rogers 1983, zit. nach Seibt 1999)

Welche Erfahrungen haben wir nun mit diesem expertInnengestützten Ansatz gemacht? – Berichterstattung durch ExpertInnen

Die Zusammenarbeit am Thema „Frauengesundheit - Müttergesundheit rund um Schwangerschaft und Geburt“ wurde zu einem längerfristigen Arbeitsprozess mit

dem Ziel, Versorgungsangebote transparent zu machen, Zusammenarbeit zu verbessern und Defizite in der Versorgung zu definieren: Zum einen aus der Perspektive der benachteiligten Gruppen, zum anderen aus der Perspektive struktureller Mängel der Angebote und ihrer Vernetzung untereinander. Am Ende dieses 1 1/2-jährigen Prozesses stand eine erste Hamburger Deklaration zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen rund um die Geburt.

Veränderungen brauchen ein förderliches Klima

Bei diesem Prozess zur Frauengesundheit in Hamburg konnten wir auf Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendgesundheit zurückgreifen. Dort wurden die Bedingungen für Fortschritte in Berichten analysiert (vgl. auch Ines Zimmermann in dieser Dokumentation). Als förderliche Bedingungen sind anzusehen:

- Veränderungen sind politisch gewollt.
- Verantwortung wird verteilt und bei bestimmten Personen oder Institutionen verankert; die breite Akzeptanz ist dabei ein wesentlicher Faktor.

• Eine breit angelegte, fachrichtungsübergreifende Zusammenarbeit findet statt. Für den Einstieg in die Frauengesundheitsberichterstattung gab es in Hamburg eine äußerst günstige Konstellation: Sie war Bestandteil der Hamburger Senatsprogrammatik des rot-grünen Senats. Dennoch meine ich, dass durch das Vorhandensein des Bundesfrauengesundheitsberichts die Bedingungen dafür verbessert wurden, heute in allen Kommunen das Thema Frauengesundheit aufzugreifen. In diesem Zusammenhang ist auch daran zu erinnern, dass die Einsetzung von „Runden Tischen“ oder „Foren“, in denen Frauengesundheitsthemen aufgegriffen werden sollen, bereits 1999 vom Städtetag allen Kommunen empfohlen wurde. Auch dies ist eine Grundlage tätig zu werden.

Aus der Kinder- und Jugendberichterstattung lernen

In Hamburg hat die Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung mit der Umsetzung von Daten zu Taten vielfältige Erfahrungen gesammelt. Das **„Modellprojekt Zielpatenschaften“**, das im Rahmen einer Arbeitsgruppe heute vorgestellt wird, hat gezeigt, wie der weitere Weg aussehen könnte: Für die Übernahme von Verantwortung gilt es insbesondere sicher zu stellen, dass

- Patenschaften für Ziele für begrenzte Zeit festgelegt werden,
- jede/r Arbeitsaufträge übernimmt,
- die Arbeitstreffen dokumentiert, protokolliert, evaluiert werden und
- die gemeinsamen Treffen als ein besonderes Ereignis erfahren werden, auf das man/frau „nicht verzichten“ möchte.

In Hamburg ist dieser weitere Weg im Bereich der Frauengesundheit noch nicht beschritten. Ein vorläufiges Ende fand das Aktionsbündnis, als das Ziel, Berichterstattung durch Expertinnen zum Thema „Frauengesundheit - rund um Schwangerschaft und Geburt“ erreicht war. Dieser Bericht wird heute als Arbeitsmaterial zur Verfügung gestellt und ist bei der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG), Frau Petra Hofrichter zu beziehen.

2. Silke Stroth: Der Bremer Ansatz

Um es vorweg zu nehmen: die Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Gesundheitsfragen muss nicht zwingend mit einem Bericht, mit der Darstellung von Fakten, Versorgungsdefiziten oder auch regionalen Highlights beginnen. Dennoch ist es oft hilfreich, zu wissen: wo stehen wir - im Zeitvergleich oder auch im Regionalvergleich. Wie das Verhältnis von „Daten“ und „Taten“ in Bremen aussieht, will ich im Folgenden skizzieren.

Vor welchem Hintergrund entstand der Bremer Frauengesundheitsbericht?

Die Diskussion um eine den frauenspezifischen Belangen gerecht werdende Gesundheitsversorgung und Krankheitsvorbeugung begann in Deutschland mit der Frauengesundheitsbewegung Anfang der Siebzigerjahre. Im Zentrum der Diskussion stand die reproduktive Selbstbestimmung von Frauen - ausgelöst durch die Debatte um das strafrechtliche Verbot des Schwangerschaftsabbruchs. Bald erweiterte sich diese Debatte um Fragen der reproduktiven Gesundheit von Frauen, einhergehend mit der Forderung nach selbstverantworteter Lebensplanung in Bezug auf Sexualität, Schwangerschaft und Geburt. Die Kritik wendete sich damals und wendet sich auch heute noch gegen die Definitionsmacht der männlich dominierten Medizin, die bestimmt was „gesund“ und was „krank“ ist. Gleichzeitig rief die Frauengesundheitsbewegung das durch die Medizin im Laufe der zurückliegenden Jahrhunderte enteignete Frauenheilwissen wieder ins Bewusstsein.

Die Wiederentdeckung der Hilfemöglichkeiten von Frauen für Frauen war deshalb eine Rückeroberung weiblicher Kompetenzen im Gesundheitsbereich - so zum Beispiel durch die Gründung von Frauengesundheitszentren. Die Entwicklung ganzheitlicher Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie das Aufzeigen von Alternativen zur schulmedizinischen Diagnostik und Therapie wurden wesentliche Schwerpunktthemen in der Auseinandersetzung um Frauengesundheit. Die zeitgleich stärker werdende Selbsthilfebewegung bildete einen guten Boden für neue Konzepte der Gesundheitsförderung und eröffnete neue Sichtweisen von Krankheitsentstehung und Behandlung, die die unterschiedliche Lebens- und Alltagsrealität von Frauen und Männern berücksichtigten.

Im Vordergrund der frauengesundheitspolitischen Diskussionen der Neunzigerjahre stand die Forderung der Ent-Pathologisierung und De-Medikalisierung weiblicher Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahre. Dass diese Fragen auch heute noch brandaktuell sind, zeigt sich an folgenden Beispielen: Die „Teenie-Sprechstunde“ gynäkologischer Praxen für junge Mädchen; die von medizinischer Kontrolle dominierte Schwangerschaftsbetreuung mit den mittlerweile selbstverständlich gewordenen „Check-ups“ der Föten durch pränatale Diagnostik; die intensiven Bemühungen der Reproduktionsmedizin, ungewollt kinderlosen Paaren doch noch zu einem Kind zu verhelfen; die medikamentöse Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden einhergehend mit dem Versprechen „länger jung und fit“ zu bleiben.

Die frauengesundheitspolitische Tradition Bremens

Bremen verfügt seit vielen Jahrzehnten über eine lebendige Frauengesundheitszene, die sich engagiert zu unterschiedlichen Themen und aktuellen Problemen zu Wort meldet. Seit Anfang der 90er-Jahre werden unterschiedliche Frauengesundheitsprojekte in Bremen konsequent gefördert. Hinzu kommt, dass an der Bremer Universität - so zum Beispiel im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin und am Zentrum für Public Health - die Frauengesundheitsforschung seit Jahren ein etablierter Forschungsweig ist. Dies war eine günstige Voraussetzung dafür, dass für den Bremer Frauengesundheitsbericht auf regionsbezogene Daten zurückgegriffen werden konnte: Etwa - um zwei wichtige Themen herauszugreifen - zur Prävalenz von Gewalt gegen Frauen und deren gesundheitlichen Folgen sowie zur Frage der Bedeutung gynäkologischer Unterleibserkrankungen.

Und ein weiterer Aspekt ist wichtig: Im Vergleich zu anderen Bundesländern bestehen in Bremen enge Kooperationen und Vernetzungen, die ein effektives Handeln ermöglichen. So wurde beispielsweise von der Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau 1994 das Forum Frauengesundheit als eine regionale Handlungsbühne für die Vernetzung von Fachfrauen aus dem Gesundheitswesen in Bremen für eine frauengerechtere Gesundheitspolitik vor Ort gegründet. Das Forum ist ein Plenum für fachübergreifende Diskussionen zu Frauenge-

sundheitsfragen mit Vertreterinnen aus Frauenprojekten, Beratungsstellen, Bildungseinrichtungen, Hebammenverbänden, Kliniken, Betrieben, Arbeitnehmerkammern und Behörden - alle aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Wissenschaft. Die Interdisziplinarität der Zusammensetzung des Gremiums hat sich als neue Qualität in der Diskussion komplexer Problemzusammenhänge bewährt. Das Forum Frauengesundheit wird vom Deutschen Städtetag als Organisationsmodell guter Praxis empfohlen.

Der Bremer Frauengesundheitsbericht

Der Bericht orientiert sich in seiner Struktur an einem auf die Lebens- und Arbeitswelt von Frauen bezogenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Er umfasst damit zentrale Perspektiven von Frauen im Gesundheitswesen: den Blick der Frauen auf die eigene Gesundheit wie auch - als sorgende Familienangehörige und als Professionelle - auf die Gesundheit anderer.

Damit ist auch verbunden, dass der Frauengesundheitsbericht in Bezug auf Interesse und umsetzungsorientierte Fragestellungen unterschiedliche Zielgruppen anspricht: Während die eher an Gesundheit und Krankheit von Frauen orientierten Kapitel des ersten Teils vorrangig in der Ärzteschaft zu diskutieren sind, ist die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe vorrangig Aufgabe der Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens sowie der beschäftigenden Institutionen. Für diese ist es eine große Herausforderung, den Erwartungen hilfebedürftiger Menschen, den Ansprüchen der Kostenträger und den eigenen berufspolitischen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Die zukünftige Gestaltung eines Sorgesystems für pflegebedürftige Menschen hingegen ist vorrangig eine Aufgabe kommunaler Gesundheitspolitik.

Folgerungen und Forderungen

Einiges Wissen um die unterschiedlichen Wirkungen medizinischer Maßnahmen und Interventionen bei Männern und Frauen wurde durch diverse Studien untermauert, jedoch fehlen nach wie vor geschlechtersensible Daten in Routineerhebungen. In der Konsequenz sind daher Identifizierung und Interpretation geschlechtsspezifischer Risiken, Belastungen und Ressourcen noch immer nur auf der Grundlage einzelner Studien möglich. Hier muss es Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen sein, eine geschlechter- und kultursensible, valide Gesundheitsberichterstattung und solide Informationen als Basis für strategische Entscheidungen kontinuierlich zu entwickeln.

Es müssen ferner Instrumentarien geschaffen werden, um die wichtigsten Akteure und Akteurinnen für die Gestaltung von Frauengesundheitspolitik vor Ort zu gewinnen und zu vernetzen. EntscheidungsträgerInnen sowie Expertinnen und Experten aus Politik, Gesundheitswesen, Selbsthilfe und Wissenschaft sind in diesen Prozess einzubeziehen, um Bündnisse und Bündelung von Kompetenzen im Bereich Frauengesundheit zu ermöglichen und unabhängig von tagespolitischen Ereignissen zu sichern.

Und zuletzt - aber als zentral - ist festzuhalten: Die Frage, wie - ob über einen Bericht oder über ExpertInnenexpertise - das Thema Frauengesundheit in Ländern und Kommunen Eingang findet, ist eher sekundär. Entscheidend ist vielmehr die Organisation von Prozessen, die eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit, gesundheitlicher Versorgung und Prävention - und dann auch eine entsprechende Praxis - ermöglichen.

Literatur:

- *Rosenbrock, Rolf*, 1995: Public Health als soziale Innovation. Das Gesundheitswesen 57, S. 14 - 44
- *Jürgens, Reginam* 1999: Frauen und Gesundheit. Einstieg in die Gesundheitsberichterstattung: Werkstattgespräch Frauen und Pflege, BAGS Hamburg

Berichte aus den Arbeitsgruppen

AG I: Ein Beispiel für kommunale Vernetzung: Forum Brustkrebs Oldenburg

*Dagmar Lienau, Krebsberatungsstelle im Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg;
Kornelia Ehrhardt, Frauenbeauftragte im Frauenbüro der Stadt Oldenburg.*

Wie entstand die Idee zur Gründung des Forum Brustkrebs?

Das Forum Brustkrebs in Oldenburg ist ein typisches Vernetzungsprodukt unter Beteiligung betroffener Frauen

Im Jahre 1999 organisierte das Frauenbüro der Stadt Oldenburg gemeinsam mit anderen im Gesundheitsbereich engagierten Frauen eine Vortragsreihe mit dem Titel „FrauenGESUNDHEIT“. In einer Veranstaltung setzte sich Regina Stolzenberg - Brustkrebs-Initiative und Hilfe zur Brustgesundheit, Berlin - mit der Frage auseinander: Wie politisch ist Brustkrebs? In der sich anschließenden Diskussion entstand die Idee, ein kommunales Bündnis „Brustkrebs“ zu bilden.

Die Krebsberatung im Gesundheitsamt und das Frauenbüro der Stadt Oldenburg luden Anfang 2000 zur konstituierenden Sitzung des Forum Brustkrebs ein. Angesprochen wurden gesunde und betroffene Frauen, Behandler und Behandlerinnen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen.

Das Engagement von Krebsberatung und Frauenbüro

Für die Krebsberatung ergaben sich aus der individuellen Beratung immer wieder Hinweise auf organisatorische und übergreifende Defizite und Koordinationschwierigkeiten. Sinnvoll erschien es deshalb, nicht nur auf der individuellen Ebene im Einzel- oder Gruppengespräch mit den betroffenen Frauen zu arbeiten, sondern zu versuchen, auf diese übergeordneten Zusammenhänge Einfluss zu nehmen bzw. nach weiteren Veränderungsmöglichkeiten zu suchen.

Für das Frauenbüro ergab sich die Chance, als Organisatorin für ein geäußertes Interesse der Zusammenarbeit von betroffenen und interessierten Frauen und dem professionellen System in einer wichtigen gesundheitspolitischen Frage aufzutreten.

Die Zusammenarbeit zwischen der Psychologin der Krebsberatung und der Frauenbeauftragten hat sich nicht nur vor diesem Hintergrund als sehr positiv herausgestellt.

Welche Ziele verfolgt das Forum?

*Über der Arbeit des Forums Brustkrebs sollte stehen und steht bis heute das Motto:
„Wir wollen (nicht) darüber reden...“*

In den ersten Sitzungen wurden die Ziele wie folgt formuliert:

„... wir wollen

- Aufklärung über Brustgesundheit,
- qualitätsgesicherte Versorgung von betroffenen Frauen vom Zeitpunkt der Diagnose bis zur Nachsorge,
- Informationen über bestehende Angebote in der Region,
- optimalen Informationsaustausch und Kooperation aller Beteiligter,
- psychologische und soziale Betreuung von betroffenen Frauen,
- Diskussion über politischen Handlungsbedarf,
- Mitspracherecht Betroffener in Expertengremien (orientiert an Erfolgen der Brustkrebsbewegung in USA)“.

Zudem unterstreichen alle Beteiligten aus ihrer Sicht, dass nach wie vor Brustkrebs ein Tabuthema ist.

Wie arbeitet das Forum?

Kommunale Kooperation - breite Bündelung von Perspektiven

An den regelmäßig stattfindenden Treffen nehmen 10 bis 15 Personen teil. Vertreten sind betroffene Frauen, Ärzte zweier Oldenburger Kliniken u.a. der Vorsitzende des Regionalen Tumorzentrums Weser-Ems, eine Radiologin, eine Vertreterin des Ärztinnenbund, eine Vertreterin der Koordinierungsstelle der Selbsthilfegruppen und die beiden Initiatorinnen aus der Krebsberatungsstelle im Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg und dem Frauenbüro der Stadt Oldenburg.

Der Arbeitskreis tagt freitags nachmittags, weil so den ÄrztInnen eine Teilnahme möglich ist.

Die Aktivitäten gliedern sich in zwei Schwerpunkte:

- rege, teilweise kontroverse Diskussion innerhalb des Forums,
- öffentliche Aktivitäten.

Der Austausch zwischen den betroffenen Frauen und den ÄrztInnen ist ein besonderer Schwerpunkt. So banal es klingt, im Rahmen des Forums Brustkrebs können sich die Beteiligten gleichberechtigt gegenüber treten. Dies ist für die Frauen von großem Wert und auch die ÄrztInnen betonen, wie wichtig für sie das Forum ist. Der regelmäßige Austausch in dieser Form ist unseres Wissens bisher einmalig.

Viel Raum nehmen Diskussionen zu aktuellen Entwicklungen in der Brustkrebsdiskussion ein: Mammographie-Screening, Brustkrebszentren, Disease-Management.

Zu einigen Themen wurden Gäste (Radiologen zum Qualitätsstandard der Mammographie, Vertreter einer Ersatzkasse zum Disease-Management) eingeladen.

Neben dem Austausch innerhalb des Forums wurden immer wieder öffentliche Veranstaltungen angeboten bzw. für eigene Ziele genutzt. Dies sind zum Beispiel:

- Entwicklung eines Flyers für die Öffentlichkeitsarbeit,
- Entwicklung von Plakaten: Eine größer angelegte Plakataktion konnte leider bisher nicht realisiert werden Die von Betroffenen entwickelten Plakate sollten in Umkleidekabinen von Damenoberbekleidungsgeschäften ausgehängt werden.
- Vortrag: Brustkrebs - Entstehung und Erkennung,
- Film: „Lebenskünstlerinnen“, ein Film über betroffene Frauen, in dem in sehr einfühlsamer und auch humorvoller Weise ihre Erfahrungen vorgestellt werden,
- Internetschulung: unter besonderer Berücksichtigung von für Brustkrebserkrankte interessanten Seiten,
- Informationsstand auf der jährlich stattfindenden Gesundheitsmesse: Gemeinsam mit dem Regionalen Tumorzentrum Weser-Ems wurde ein Stand betreut. Einige Frauen hatten Gipsabdrücke ihrer Brüste für den Stand hergestellt, die viel Aufsehen erregten.
- „Rosa-Schärpen-Aktion“: Solidaritätsaktion während des jährlich stattfindenden City-Laufs,
- Patientinnenschulung für brustkrebsbetroffene Frauen.

Welche Erfahrungen ergeben sich aus der bisherigen Arbeit?

Das Engagement betroffener Frauen und der mitarbeitenden Ärzte und Ärztinnen ist - teilweise zu unserer Überraschung - stark und beständig

Gesundheitsfragen werden nicht in der Kommune entschieden, trotzdem lohnt sich ein kommunales Bündnis.

Zentrale Erfahrungen im Einzelnen:

- Das Interesse der Frauen, über die bestehende Selbsthilfearbeit hinaus mit zu arbeiten, ist groß. Das Forum bietet ihnen im wahrsten Sinne eine politische Möglichkeit, sich mit ihrer Erkrankung auseinander zu setzen.

- Die ÄrztInnen nutzen das Forum als Chance - unabhängig von einer Behandlung - Patientinnenerfahrungen und -einschätzungen zu erfahren. Dies beweist die relativ regelmäßige Teilnahme. Interessanterweise ist das Forum offenbar zur Chefsache erklärt worden (es kommen die Chefärzte von Onkologie und Gynäkologie der Krankenhäuser in Oldenburg). Eventuell ist dies ein Ausdruck der besonderen Brisanz und des gesteigerten öffentlichen Interesses am Thema Brustkrebs.
- Eine Herausforderung und eine Bereicherung ist die Zusammenarbeit von betroffenen Frauen mit TeilnehmerInnen aus überwiegend professionellem Bereich. Die gemeinsame Arbeit mit erkrankten Frauen bedeutet für Personen, die über keine Erfahrungen in diesem Bereich verfügen, immer wieder ein Innehalten und Sichzurücknehmen, denn die Welt sieht nach einer Brustkrebsdiagnose anders aus und dies muss im Umgang miteinander beachtet werden. Das Forum arbeitet seit zwei Jahren. Das bedeutet auch zu erfahren, dass bei engagierten erkrankten Frauen die Krankheit wieder ausbricht.
- Es besteht ein guter Kontakt zu der bestehenden Gruppe „Frauen nach Krebs“. Dies ist ein wichtiger Aspekt, um eventuelle Konkurrenz zu vermeiden.
- Teilweise gibt es von anderen krebserkrankten Frauen heftige Kritik, weil sich das Forum nur auf Brustkrebs bezieht. Jedoch wurde die thematische Eingrenzung bisher immer wieder innerhalb des Forums bestätigt.
- Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkologen hat trotz mehrfacher intensiver Bemühungen bisher nicht geklappt. Offenbar ist das Interesse der niedergelassenen Gynäkologen nicht sehr groß. Über die Gründe können wir bisher nur spekulieren.
- Im Forum wurden eine ganze Reihe hervorragender Ideen entwickelt, z. B.: Mama-Sprechstunde bei niedergelassenen Gynäkologen; Leitfaden zur Orientierung für Brustkrebsbetroffene in der Region; individueller Nachsorgeplan; Ausstellung „Brust-Lust-Frust“ nach Oldenburg zu holen, um sich damit dem Thema von einer anderen Seite annähern zu können. Ihre Umsetzung ist schwierig, wenn die finanziellen Möglichkeiten gering sind. Das größte Problem ist jedoch, dass alle Beteiligten über ein begrenztes Zeitbudget verfügen. Ohne die organisatorische Leistung des Frauenbüros würde das Forum in seiner Arbeit erheblich beeinträchtigt.
- Das Forum Brustkrebs in Oldenburg lebt zu einem großen Teil von der Vernetzung. Die „Patientinnenschulung“ z. B. wurde inhaltlich stark geprägt von betroffenen Frauen, die Umsetzung war den vertretenen Institutionen überlassen. Die Psychologin und das Regionale Tumorzentrum Weser-Ems gewannen die ReferentInnen, die Koordinierungsstelle für Selbsthilfegruppen stellte die Räumlichkeiten zu Verfügung und verhandelte mit der Landesversicherungsanstalt Oldenburg über die Übernahme der Druckkosten für das Programm und das Frauenbüro organisierte die Informationsveranstaltung, den Druck u.s.w.
- Bedauerlich ist, dass bisher die Idee für eine Plakataktion (siehe oben) nicht umgesetzt werden konnte.

Die Ansatzmöglichkeiten auf kommunaler Ebene sind bei weitem nicht ausgeschöpft. Eine kommunale Initiative findet ihren Platz - auch in der Gesundheitspolitik und trotz der vielen überregionalen Akteure.

Wir sind zuversichtlich, dass wir noch einiges Interesse im Sinne der betroffenen Frauen erregen und anregen können. Nicht zuletzt deshalb, weil uns die Planung der Aktionen auch Spaß macht und aus Isolation und Opferhaltung, die häufig den Umgang mit Krebs immer noch kennzeichnet, heraushilft.

AG I: Niedersächsische Initiative zur Brust-Selbstuntersuchung

Ursula Jeß, Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Ich möchte eine neue Kampagne des Niedersächsischen Sozialministeriums vorstellen. Wir haben der **Initiative zur Brust-Selbstuntersuchung in Niedersachsen** den Namen „**tastsinn**“ gegeben.

Zusammenfassung und Eckpunkte der Kampagne

Die Veranstaltungsreihe wird mit einer Auftaktveranstaltung vorgestellt und im Anschluss daran in den Regionen Peine, Celle und Oldenburg durchgeführt. Schrittweise wird dieses Angebot auf weitere Regionen in Niedersachsen ausgeweitet.

Die niedersächsische Landesinitiative unterscheidet sich in einigen Qualitätsstandards deutlich von anderen Bundesländern, in denen ähnliche Veranstaltungsreihen durchgeführt werden. Folgende wesentliche Merkmale unserer Initiative sind hervorzuheben:

Die Informationsveranstaltungen werden von einem berufsübergreifenden Tandem durchgeführt. Als Referentinnen haben wir nur Frauen gewonnen. Das Abtasten wird an der eigenen Brust erprobt. Neben einem ärztlichen Vortrag gibt es eine ausführliche Gruppenarbeit, um eine Nachhaltigkeit zu erreichen. Die Gruppengröße beträgt maximal 20 Frauen. Frauen in der Altersgruppe ab 30 sind besonders angesprochen. Das Angebot richtet sich zu vorderst an Frauen ohne Brustbefund. Die Veranstaltungsreihe kann in unterschiedlichen Settings (bisher Landfrauenvereine) angeboten werden. Später ist eine Ausdehnung z.B. auf Betriebskrankenkassen und weitere Institutionen angedacht.

Warum diese Kampagne?

Wir wissen, jede zehnte Frau in Deutschland erkrankt an Brustkrebs. Ein Drittel der Frauen ist jünger als 60 Jahre. Und - vielleicht erstaunlich - 80 % der erkrankten Frauen haben diese Änderungen an ihrer Brust selbst entdeckt: beim Duschen, beim Eincremen oder beim Sex. Wir haben Frauen befragt und wissen, dass weit mehr als die Hälfte sich nicht regelmäßig oder selten selbst untersuchen. Viele Frauen haben Angst, sich selbst anzufassen und wissen nicht, wie sie sich richtig abtasten können. Mythen und Vorurteile (Brotschneiden vor der Brust) sind ein weiteres Hemmnis. Zugleich gewinnt das Thema in der öffentlichen Diskussion an Bedeutung. So berichten zahlreiche Gesundheits- und Politmagazine im Fernsehen zum Thema Brustkrebs; Zeitungen und Zeitschriften greifen das Thema auf. Der Bundesrat und der Bundestag beschäftigen sich mit Beschlussvorlagen und die Europäische Union hat Programme und Empfehlungen zur Früherkennung aufgelegt. Für Niedersachsen hat das Thema auch deshalb Bedeutung, weil in der Weser - Ems - Region (Wittmund und Umgebung) neben Bremen und Wiesbaden ein Standort des Modellprojektes zur Einführung des Mammographie-Screenings ist. Frauen der Altersgruppe ab 49 werden zur Röntgenreihenuntersuchung in ein Mamma-Mobil eingeladen. Etliche Initiativen und Foren fordern seit langem eine qualitätsgesicherte Früherkennung. Schließlich wird der Ausschuss für Ärzte und Krankenhäuser (Institution nach Sozialgesetzbuch, SGB V) einen Beschluss fassen, das flächendeckende Screening einzuführen und die Früherkennungsrichtlinien entsprechend fassen.

Die vorgenannten Beispiele machen deutlich, dass zum derzeitigen Zeitpunkt für das Thema Brustkrebs und Früherkennung eine hohe Sensibilität gegeben ist. Dies hat uns bestärkt, eine Informationsveranstaltungsreihe ins Leben zu rufen, die wir als sinnvolle Ergänzung zum Mammographie-Screening - nicht als Konkurrenz - verstehen.

Folgende Ziele stehen für uns im Mittelpunkt:

- Die Kampagne stellt eine Baustein für eine bessere Früherkennung dar.
- Die Informationsabende steigern das Selbstvertrauen der Teilnehmerinnen (sich trauen im Umgang mit dem eigenen Körper).
- Frauen werden ermutigt, Verantwortung für sich und die eigene Gesundheit zu übernehmen (sich wichtig nehmen).
- Neu erworbene Kompetenz ermöglicht ein selbstbewussteres Auftreten in der ärztlichen Praxis.

Und schließlich:

- Die Abtastübung und die Kenntnis über das richtige und regelmäßige Abtasten soll nachhaltig wirken.

Wer kann tastsinn - Veranstaltung durchführen?

Die Kampagne des Landes Niedersachsen ist zunächst darauf gerichtet, im ländlichen Raum Angebote zur Sensibilisierung für das Thema Brustkrebs und Früherkennung zu schaffen. Ab September 2002 werden die Veranstaltungsreihen vor Ort mit maßgeblicher personeller und organisatorischer Unterstützung der beiden Landfrauenverbände Hannover und Weser-Ems organisiert. Auf der Ebene der Kreis- und Ortsverbände werden die Informationsabende konkret geplant, beworben und durchgeführt.

Die Veranstaltungsreihe tastsinn kann auch von anderen Institutionen, Initiativen oder Einzelpersonen angeboten werden. Besonders geeignete Settings sind Arbeitsplatz/Betrieb, Arbeitsgruppen und Foren auf kommunaler Ebene, die zum Thema Brustkrebs arbeiten oder Verbände/Vereine mit vielen weiblichen Mitgliedern der Zielgruppe.

So sind z.B. auch Frauenbeauftragte auf kommunaler Ebene oder Frauenbeauftragte in Dienststellen des Landes geeignete Anbieterinnen, ggf. auch in Kooperation mit Landfrauenvereinen.

Wie sieht ein Informationsabend konkret aus?

Die Abendveranstaltung gliedert sich in drei Teile. Für den theoretischen und den praktischen Teil werden insgesamt bis zu drei Stunden benötigt.

- Die Ärztinnen halten ein etwa 45 - minütiges Referat zu folgenden Themen: Die Anatomie der weiblichen Brust, gutartige Erkrankungen der Brust, verschiedene Formen von bösartigen Erkrankungen, Brustkrebs, Risikogruppen und schließlich die Technik der Brust - Selbstuntersuchung. Darüber hinaus werden medizinische Fragen beantwortet.
- Nach dem Referat der Ärztin wird allen Teilnehmerinnen angeboten, das Abtasten der eigenen Brust auszuprobieren. Dafür wird ein separater Raum zur Verfügung gestellt. Während des gesamten zweiten Teils können die Frauen einzeln nacheinander das Abtasten der eigenen Brust unter ärztlicher Anleitung erlernen.
- Die psychologisch/sozialpädagogisch geschulte Referentin gestaltet den weiteren Teil des Abends mit Körperübungen, Gesprächskreis, Metaplan, Partnerinnengespräch und Visualisierung. Außerdem enthält auch dieser Part noch einen Informationsblock. Die Referentinnen kommen aus Beratungsstellen und Frauen -Gesundheitsprojekten. Viele haben Erfahrung in der Krebsberatung. Sie werden auf Fragestellungen, die sich aus dem zuvor gehörten Referat ergeben sowie auf Ängste und Befürchtungen eingehen. Probleme und Unsicherheiten der Frauen sollen professionell aufgenommen und diskutiert werden. Es geht darum, mehr als nur medizinische, auf die Brust „reduzierte“ Probleme, anzusprechen.

AG II: Wechseljahre – Über-, Unter- und Fehlversorgung

Maria J. Beckermann, Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF)

Die etwa 14 Teilnehmerinnen der Gruppe waren überwiegend Multiplikatorinnen aus Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen, die in ihren vorwiegend sozialen Arbeitsfeldern mit Frauen in den Wechseljahren zu tun hatten. Die Eingangsrunde mit Vorstellung und Benennung des Hauptinteresses machte aber auch deutlich, dass die Frauen einen großen Informationsbedarf zu Wechseljahren, zur Hormontherapie und zur medizinischen Versorgung in dieser Lebensphase hatten. Der Umgang mit ihren ÄrztInnen war geprägt durch Unsicherheit, Hilflosigkeit und Unzufriedenheit mit der Beratung. Eine Teilnehmerin konnte beispielsweise die Bedeutung von „Hormonspiegeln“ und die Abrechnung dieser Blutanalyse als IGEL-Leistung nicht einschätzen. Angesichts dieser Situation wurde der Diskussion über aktuelle Kenntnisse zu den Wechseljahren in der Arbeitsgruppe großer Stellenwert beigemessen.

Einige Beispiele:

- Die negative Attributierung dieser Lebensphase führt zu hohem Behandlungsbedarf. Der Anteil der beschwerdefreien Frauen und der Frauen, die sich durch Körperwahrnehmungen wie Hitzewallungen nicht beeinträchtigt fühlt (Stichwort: Wechseljahre - Wohlfühl), ist höher, als die ÄrztInnen, aber auch die Frauen selbst, annehmen.¹ Starke Beschwerden treten nur bei 10% aller Frauen auf.
- Ob eine Frau ihre Beschwerden mit Hormonen behandeln möchte oder nicht, kann sie - je nach Leidensdruck - selbst entscheiden. Ein „Hormonspiegel“ bringt nicht die Informationen, die die Frau sich davon erhofft. Er ist bis auf einige medizinische Ausnahmen überflüssig.
- Eine Hormontherapie aus vorsorglichen Gründen ist - ebenfalls bis auf wenige Ausnahmen - nicht zu empfehlen. Oft wird die Angst der Frauen vor dem Alter, vor Krankheit und Hilflosigkeit benutzt, um Behandlungsmotivation zu erzielen. Hilfreicher sind für Frauen aktive Bewältigungsstrategien wie Sport und gute Ernährung, die zudem die körperliche Fitness, das Wohlbefinden und die soziale Einbindung verbessern.

¹ Vgl. weiterführend: Schultz-Zehden 1997: Körpererleben im Klimakterium. München

AG III: Frauenzentrierte gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung - was kann auf kommunaler Ebene dafür getan werden?

Brigitte Hantsche, Königswinter

Ausgehend vom Kapitel 10 des Frauengesundheitsberichtes: „Frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und Versorgung“ geht es auf einen Streifzug über die expliziten und impliziten handlungsleitenden Erträge. Im Rahmen des allgemeinen Themas dieser Veranstaltung: „Was lässt sich aus einer solchen kompakten „Datenzusammenschau“, aus Datenstrukturen und theoretischen Erkenntnissen für die Praxis lernen?“ ist es zunächst sinnvoll, kurz den Stellenwert der dort präsentierten „Daten“ zu umreißen¹⁾: In Kurzform handelt es sich bei den geschilderten Praxisbeispielen um Angebote frauenzentrierter Versorgung und den Kriterien, die Nutzerinnen an frauenzentrierte Versorgung anlegen, um erfahrungsgesättigte, gleichwohl abstrahierend verdichtete Orientierungen darüber, wie in einem durch Ungleichheitsbeziehungen markiertem Feld mit Gesundheit umgegangen werden soll. Kriterien und Leitvorstellungen werden im Frauengesundheitsbericht an Hand von Praxisbeispielen phänomen-, symptom- und fallspezifisch konkretisiert. Für diese Arbeitsgruppe halte ich es für sinnvoll, das Augenmerk weniger auf detaillierte Beschreibungen der empirisch aufgefundenen Praxisbeispiele zu legen - diese können auch später noch intensiver diskutiert werden - als vor allem darauf, Deutungsmuster, Zugangsweisen und Handlungsprinzipien frauenzentrierter Versorgung darzustellen. Frauenzentrierte Versorgung knüpft an ein Gesundheitsverständnis an, das gesundheitliche Ressourcen und Risiken in Lebenswelt und Lebensweisen verankert. Mit Lebensorten und Alltag verbinden sich aus diesem Verständnis heraus „Schlüsselsituationen“ von Gesundheit, Gesundheitshandeln und gesundheitlicher Versorgung. Lebensorte im Alltag sind in Geflechte kommunaler Akteure und Praxen eingebunden; ein lebensweltlicher Ansatz und kommunale Handlungsstrategien sind in diesem Sinne als zwei Seiten einer Medaille aufzufassen.

Im Folgenden wird folgenden Fragen nachgegangen:

- Durch welche Merkmale zeichnen sich frauenzentrierte Praxen aus?
- Welche Handlungsebenen werden angezielt?
- Welche Handlungsstrategien auf kommunaler Ebene haben sich bereits entwickelt?
- Welche Erfahrungen bestehen mit bereits bestehenden Strategien?
- Wie konnten sie initiiert werden?
- Wo wandeln sich Kontexte und Handlungsmöglichkeiten bzw. haben sich gewandelt?
- Gibt es Anzeichen für Schwerpunktverschiebungen und neue Aktionsfelder?
- Wie könnten im Sinne der Selbstreflexion und Selbstevaluation ausgesparte Handlungsfelder eingebracht werden.

Frauenzentrierte gesundheitliche Versorgung - welche Grundüberzeugungen sind wirksam?

Frauenzentrierte Ansätze haben - anknüpfend an die Frauengesundheitsbewegung der 70ziger Jahre - eine Vielzahl von Themen aufgegriffen und Be-Handlungsweisen phänomen- und symptomorientiert weiterentwickelt. Themen wie die Medikalisierung natürlicher Lebensphasen haben hier ebenso ihren Platz wie Belastungen und Risiken in multiplen sozialen Rollen und daraus resultierende Konfliktsituationen. Ein weiteres wichtiges Feld stellen die physischen und psychischen Folgen von Gewalterfahrungen dar, die im System der medizinischen Versorgung in unterschiedlichem Maße ignoriert, verschwiegen oder verleugnet wurden. Die empirische Erhebung im Frauengesundheitsbericht, die darauf abzielte, Praxen, die sich selbst einem frauenzentrierten Ansatz zuordnen, zu erfassen, zeigt sowohl eine Breite und Themenvielfalt als auch eine stärkere Konzentration im Vorfeld des medizinischen Ver-

sorgungssystem. Im System medizinischer Versorgung sind Ansätze eher räumlich vereinzelt und nicht auf allen Ebenen des Versorgungssystems repräsentiert.

Dies sind Zeichen für ein Feld in Entwicklung. Spannungen zum Bestehenden ergeben sich auf Seiten der frauenzentrierten Ansätze durch eine andere Akzentuierung des Verhältnisses von Gesundheitsförderung und Be-Handlung und letztlich durch ein Gesundheitsverständnis, das Gesundheit und Be- Handlung nicht auf ein abgegrenztes System medizinischer Versorgung konzentriert.

Von welchen gemeinsamen Bezugspunkten wird ausgegangen? Ein Essential, welches von „AnbieterInnen“ und „NutzerInnen“ geteilt wird, gruppiert sich um ein lebensweltliches, ganzheitliches Gesundheitsverständnis.

Der Verweis auf Lebenswelt - sei es in Form von Leitbildern, internalisierten Selbstbildern, sozialen Situationen, spezifischen Belastungen, Abhängigkeiten, mangelnder Chancengleichheit - präsentiert sich bei den ExpertInnen in Sedimenten aus Erfahrungen im Umgang mit Frauengesundheitsproblemen, aus der Begegnung und Arbeit mit Frauen, aus der Selbst - Reflexion des gesellschaftlichen „Frau seins“, aus der Auseinandersetzung mit eigener Ausbildung, mit Konzepten und wissenschaftlichen Ergebnissen über Gesundheitsstörungen und Therapie. Von Frauen als Klientinnen werden vor allem mit Hinweis auf Doppel- und Dreifachbelastung Lebenssituationen, Gefährdungen im Lebenslauf thematisiert. Aus dem Interviewmaterial wird eine breite Thematisierung deutlich, etwa der entmutigende, Selbstzweifel nährende Einfluss gesellschaftlicher Frauenbilder, sei es in Vorstellungen von „alte Frau“ oder auch „erfolgreicher, schlanker Frau“. Auch die Befürchtung, als kranke Frau weniger wert geschätzt zu werden, steht in bestimmten Leidenssituationen stark im Vordergrund. Sensibilität gegenüber eigenen leib-seelischen „Stimmungen“ wird von Frauen als spezifische Ressource im Sinne einer „Frühwahrnehmung“ von gesundheitlichen Gefährdungen gesehen, aber auch als Risiko für gesundheitsabträgliche Ängste, zu deren Handhabbarkeit die Hilfe und Unterstützung durch andere notwendig ist. Wegen dieser Spannungen zwischen verschiedenen Sichtweisen und Erfahrungen in einem durch Wissens- und Machtunterschiede geprägtem Feld ist - so ein weiteres Essential eines gemeinsamen, aber anders akzentuierten Bezugs - das ausführliche **Gespräch** von Bedeutung, das auch Lebenssituationen und -umstände thematisiert. Keinesfalls gemeint ist ein oberflächliches Anknüpfen an Befindlichkeiten - in dem Sinne „wie geht es uns denn heute“ oder eine vordergründige Empathiebezeugung. Für die befragten Frauen (Klientinnen) stellt dies ein Element einer wünschenswerten **Behandlungskultur** dar, die auf Ganzheitlichkeit und Vertrauen gerichtet ist. Das gemeinsame Gespräch wird von beiden Seiten - der Expertinnen ebenso wie der Klientinnen - als wesentliche Voraussetzung von Diagnose, vielfach bereits als erster Schritt zur Heilung angesehen. In den Gruppengesprächen mit Klientinnen kam die Funktion der Entlastung, der Beratung oder ein Aufmerksam machen zur Sprache. Hier wurde neben dem aktiven Zuhören auch die überlegte (verbale) Intervention und Ansprache, die Achtung und Entscheidungskompetenz der Klientin erhält und fördert, als Bestandteil des diagnostischen Gespräches beschrieben. Geschätzt wird neben der Sensibilität für Sprache und dem „Wie“ der Mitteilung, dass eigene Befindensinterpretationen und Erklärungen gehört werden, dass auch einem selbst nicht unmittelbar zugängliche Bedürfnisse im Dialog an die Oberfläche treten können. Geschätzt wird auch die Offenheit gegenüber vielfältigen und unterschiedlichen Behandlungsmethoden. Betont wird die Multifunktionalität und Multidimensionalität des diagnostischen Gespräches. Die befragten „NutzerInnen“ umschreiben diese komplexe Situation mit den Kriterien **Fachlichkeit, Zugewandtheit und Respekt**. Sie sehen sie eingebettet in eine Behandlungskultur als **Gesamterfahrung**, in der die Atmosphäre, der persönliche Umgang mit Patientinnen, aber auch des Personals untereinander, sowie die Gestaltung von Räumen und Räumlichkeiten eine wichtige Rolle spielen.

Das dritte gemeinsame Essential: **gegenseitige Achtung, Würde und Respekt** zu wahren, „erinnert“ im Feld von Ungleichheitsbeziehungen an die Notwendigkeit,

der Sensibilität und Achtsamkeit gegenüber der Grenze der Anderen und des anders Seins. Auf Seite der ExpertInnen wird in diesem Kontext auf die Notwendigkeit der Selbstreflexion von Macht der ÄrztIn/TherapeutIn-Klientinnen-Beziehung auf unterschiedlichen Ebenen eingegangen. So halten beispielsweise ExpertInnen eine Strategie der „Umbewertung“ des defizitären weiblichen Selbst für wichtig; diese wird allerdings nicht als normative, sondern selbstreflexiv, die Eigenperspektive unterstützende Strategie, beschrieben. Aus der Sicht der Klientinnen formulieren Frauen, dass auch Kranke als mündige Menschen behandelt werden möchten. Hier - so ein weiterer gemeinsamer Bezugspunkt - trifft der Wunsch, als Kranke nicht nur in Leid zu versinken, sondern sich aktiv um den Gesundheitsprozess zu bemühen, auf ein selbstreflexives Verständnis von „Expertinnenmacht“, welches sich durch Anregung von Selbsthilfepotentialen letztlich versucht, (prozessabhängig/ so weit wie möglich) überflüssig zu werden.

Gesundheitliche Versorgung enthält in diesem Be-Handlungsentwurf, immer den Bezug zur Gesundheitsförderung und zwar auf verschiedene Weise: Gesundheitsförderung ist immer Teil von Be-Handlung, in dem Sinne, dass die **prozessuelle Priorität** auf Förderung von Gesundheit liegt. Medizinische Behandlung von Krankheit und Morbidität bekommt von diesem „Fluchtpunkt“ aus eine andere Einbettung. Bei Gesundheitsförderung geht es um Fragen von Gesundheitsbildung und Beratung, Horizonterweiterung und der Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten - auch gemeinsam mit anderen Frauen. Des Weiteren um die Initiierung solcher Prozesse, die Frauen erlauben, Schwankungen des Leistungsvermögens oder Körperveränderungen aktuell und über die Lebensspanne anzunehmen und in ihr Selbst zu integrieren. Gesundheitsförderung kann daher - je nach prozessuellem Stellenwert - im Vorfeld von medizinischer/therapeutischer Behandlung erfolgen, spielt aber ebenso als gleich- oder nebengeordneter Faktor auf unterschiedlichen Ebenen von „Behandlung“ eine Rolle: bei Diagnose, der Suche nach geeigneter Behandlung und in der Rehabilitation. Aus ExpertInnensicht wird betont, dass eine Diagnose ein sozialer Prozess ist und keine einmalige fachliche Entscheidung darstellt, dass sich Befunde und Befinden wechselseitig ergänzen sollten. Auf Seiten der Klientin kommt hier die Bereitschaft, bei einer bestimmten Behandlung mitzuwirken und selbst anzugeben, was mit *ihr geschehen soll* und *was sie selbst tun* kann, diesen Vorstellungen entgegen.

Gesundheitsförderung und Be - Handlung bezeichnen in dieser Sichtweise ein relationales Nebeneinander, das je nach Bedarfslage und den Notwendigkeiten der fachlichen Verortung eher außerhalb oder im System der medizinischen Versorgung in seinen jeweiligen Komponenten und Funktionen flexibel festgelegt werden sollte. Dieses relationale Nebeneinander hat ebenfalls Konsequenzen auf den Einbezug und die Wertschätzung von Professionen bzw. gesundheitlichen AkteurInnen: verschiedenste Formen von Bildung, Beratung und der Fürsorge des Leibes erhalten prozessual abgestuft ihre Bedeutung und Wertschätzung.

Kommunen als Alltagsorte von Gesundheit: Welche kommunalen Handlungsstrategien gibt es bereits und aus welchen Gesundheitsproblemen sind sie entstanden?

Nach diesem Streifzug zum Thema frauenzentrierter Versorgung und Behandlung ist zur Verdeutlichung des nun folgenden Wechsels der Perspektive ein Verweis auf die unterschiedlichen Ebenen der Einbettung von Gesundheit in kommunale Lebenswelten sinnvoll: Kommunen sind alltägliche Lebensorte, in denen sich die Bildung von gesundheitlichen Ressourcen vollziehen kann, über deren Akteure, Institutionen des Gemeinwesens, Nachbarschaften und konkrete Umwelten Unterstützung und Bewäl-

tigung angeregt wird, sich aber auch Bedrohungen und Risiken manifestieren und verstärken können.

Alle gemeindenahen Aufgaben, welche die Entwicklung von Qualität oder die Lösung von Konflikten in Lebenswelten beinhalten, enthalten auch eine gesundheitsbezogene Dimension. Förderung von Gesundheit ist in diesem Kontext mehr als die Arbeit, die an die Adresse des Gesundheitswesens gerichtet ist; sie gilt der Kommune als Träger und Gestalter von Infrastruktur, der Durchsetzung von Ordnungsaufgaben und Regelungen des sozialen Lebens. Aktives Einwirken auf gesundheitsfördernde Umwelten erfolgt am „Lebensort Kommune“ aus unterschiedlichen Rollen heraus mit verschiedenen Schwerpunkten und Adressaten. Der Gedanke dieser Verbindung ist nicht selbstverständlich. Auf Seiten der Verwaltung stehen Ressortdenken und bürokratische Organisation diesem umfassenden Verständnis entgegen. Diese Begrenzungen haben sich zum Teil als hinderlich, zum Teil als ineffizient bei der Lösung von Frauengesundheitsproblemen erwiesen.

Initiativen von Frauen haben bereits zur Veränderung ehemals separat, isoliert oder zu spezialisiert arbeitender kommunaler Akteure hingearbeitet und hier neue Verknüpfungen angestoßen.

Welche Strategien gibt es?

- „Runde Tische“ haben sich als kommunale oder landesweite Bündnisse gegen häusliche Gewalt entwickelt. Sie tragen dem Faktum Rechnung, dass häusliche Gewalt ein vielschichtiges Geschehen ist, welches nicht mit der Feststellung von Täter und Opfer beendet ist, dass aber zugleich institutionelle Handlungslogiken wenig auf den Gesamtzusammenhang ausgerichtet sind. Als wertvoll wird angesehen, dass unterschiedliche beteiligte institutionelle Akteure wie Jugendämter, Polizei, Familiengerichte, Kinderschutz einen Raum des Austausches und der Kooperation entwickeln, ein Unterfangen, das sich häufig nicht reibungslos herstellen lässt²⁾ und in dem vielfach beteiligte Gesundheitsakteure wie Gesundheitsämter, Notfallambulanzen, niedergelassene ÄrztInnen stärker einbezogen werden müssten. Runde Tische haben einen thematischen Focus, arbeiten interdisziplinär und multi-institutionell, um ein koordinierteres Vorgehen und wirksamere Problemlösungen zu erreichen.
- „Vernetzung“ von FrauenGesundheitsprojekten. Hier finden sich kommunale Ansätze wie auch regionale/ überregionale Aktivitäten mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Praktiziert wird kommunale Vernetzung (Vorreiter waren hier beispielsweise München, Bremen, Freiburg) von allen Maßnahmen und Angeboten, die sich an Mädchen, Frauen in unterschiedlichen (gesundheitlichen) Lebenslagen wenden. Sie hat sich deswegen als sinnvoll erwiesen, weil Maßnahmen, Projekte nicht nur in unterschiedlichen Ressorts angesiedelt sind, sondern auch andere Entstehungshintergründe haben, mit einer oftmals eher im sozialpädagogischen oder sozialarbeiterischen Feld angesiedelten Trägerschaft, die sich in ihren Zielvorstellungen nicht auf Gesundheit bezog. Ziel ist, durch „Bündelung“ von mädchen- und frauenbezogener Arbeit in Bildung und Ausbildung, in Freizeit, Beratung, Agendagruppen, Selbsthilfegruppen, Familienhilfe, Gesundheitseinrichtungen, in Projekten für besondere gesundheitliche Problemlagen etc. Kommunikation und Austausch zu fördern, Projekte und Initiativen gegenseitig bekannt zu machen und auch die impliziten gesundheitlichen Fragen stärker an die Oberfläche zu heben. Vernetzung hat die Aufgabe, Mädchen- und Fraueninteressen in der strukturellen Kommunalpolitik besser zur Geltung zu bringen, der Vereinzelung vorzubeugen, und klientinnenzentriert Ratsuchenden besser zur Seite stehen zu können. Dies hat sich als wichtiger Ansatz erwiesen, um heterogene Arbeitsbereiche, bezahlte und ehrenamtliche Arbeit, EntscheidungsträgerInnen in großen und kleinen Bereichen füreinander zu sensibilisieren und vor allem, um auf konkrete Veränderungen vor Ort hinzuwirken.

Auf einer anderen Ebene, vielfach in Ergänzung oder als Spezialisierung, haben sich häufig weitere Netzwerke gebildet, etwa zu spezifischen Frauengesundheitsfragen oder mit klarer Zielgruppenorientierung. Deren räumliches Aktionsfeld ist uneinheitlich weit gesteckt.

- Gender Mainstreaming kann als ein weiteres strategisches Instrument angesehen werden, das im Moment viel diskutiert, aber auch mit skeptischer Distanz betrachtet wird.³⁾ Es ist als top-down Modell⁴⁾ in die Diskussion eingeführt worden⁵⁾, um in der Europäischen Union Chancengleichheit von Frauen und Männern in den Regierungsorganisationen und Bürokratien zu verbessern. In den Verwaltungen und im Gesundheitswesen geht es dabei erstens um Fragen der angemessenen beruflichen Repräsentation der Geschlechter; zweitens darum, bei allen Entscheidungssituationen zu berücksichtigen, welche Auswirkungen die jeweiligen Vorhaben auf die Lebenssituationen von Männern und Frauen haben; drittens darum, wie Chancengleichheit im Zugang zu Ressourcen gefördert werden kann. Bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming zeichnen sich im Moment auf unterschiedlichen Ebenen Schwierigkeiten ab. Als „Stolpersteine“ auf der Ebene der Verwaltungen bezeichnet Agneta Stark, die für die schwedische Regierung als Organisationsberaterin tätig war, dass bei einem top-down Modell nur dann ein strategischer Effekt entsteht, wenn die Führung der Organisation überzeugend hinter dem Vorschlag steht; sonst wird diese Strategie zum Risiko.⁶⁾ Andererseits lässt sich m.E. unter dem Gesichtspunkt der Evaluation und der politischen Verpflichtung zu Gender Mainstreaming auch aus Sicht kommunaler AkteurInnen zur Frauengesundheit eine Strategie „von unten“ begründen: eine Strategie der Nachfrage und nachfragenden Evaluation, inwieweit beispielsweise auf kommunaler Ebene in den jeweiligen Vorhaben und Entscheidungsprozessen die unterschiedlichen Lebenssituationen von Männern und Frauen sichtbar gemacht und wie sie berücksichtigt worden sind. „Evaluation“ in diesem Sinne müsste Fragen nach den Auswirkungen sozialen, familien- und arbeitsmarktpolitischen Steuerungsmechanismen auf die Lebensbedingungen von Frauen und Männern ebenso stellen, wie nach den Auswirkungen und Einwirkungen auf kommunale Aktionsprogramme im Sinne der Förderung chancengerechter Lebensumwelten. Sie muss bezüglich der Entwicklungen des Gesundheitswesens nach den geschlechterdifferenten Auswirkungen von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention fragen wie auch danach, ob unterschiedliche Behandlungsmodelle und Verfahren gleichermaßen geeignet sind. Gender Mainstreaming aus dieser Perspektive verknüpft z. B. Fragen, inwieweit (politische) Entscheidungen und Institutionen in ihren Maßstäben und Handlungsmaximen ihren Beitrag zu Chancengleichheit, Gleichstellung und Partizipation von Männern und Frauen leisten, mit Entscheidungen im Gesundheitsbereich und einem weiteren Feld von Lebens- und Arbeitsbedingungen, zu denen auch der Zugang (access) von Mädchen/Frauen zu Ressourcen der Lebensgestaltung und der gesundheitlichen Versorgung gehört.

Es lässt sich festhalten, dass Frauengesundheit und Männergesundheit eingebettet ist in Wandel und Veränderung von Lebenswelten. Dieser Wandel betrifft Identitäten und Lebensentwürfe; er betrifft aber auch die Einbindung von Lebensorten in größere Zusammenhänge. Lokale Strategien bringen Kommunen und Gemeinwesen auch als Orte überörtlicher Entscheidungen und Zuweisungen in den Blick. Hier stehen zurzeit die prekären finanziellen Verhältnisse der meisten Kommunen zur Debatte. Gestaltungspolitik und die Herstellung gesundheitsförderlicher Lebenswelten ist ohne materielle Absicherung und Kontinuität nicht zu realisieren. An der entscheidenden Frage der Zuteilung von Ressourcen stellen sich wiederum Fragen danach, wie hier unterschiedlicher Bedarf von Frauen und Männern sichtbar gemacht und berücksichtigt wird. Dies verlangt Transparenz, um hier nicht - wie geargwöhnt wird - mit dem Verweis auf Gender Mainstreaming Konkurrenz unter Frauen anzuheizen und einzelne Projekte finanziell gegeneinander auszuspielen⁷⁾.

Fussnoten

- 1) In Form einer mehrstufigen Erhebung wurden 1. Ansätze gesichtet, die sich selbst als frauenfreundlich, geschlechtersensibel, feministisch etc. bezeichnen, 2. aus diesem Pool wurden exemplarische Angebote ausgewählt und in ihrer Funktionsweise beschrieben, 3. In Gruppengesprächen mit Nutzerinnen von frauenzentrierten Angeboten wurden Erfahrungen, Leitgedanken und Nutzenwert der (erfahrenen) Behandlungen eruiert. Zu erwähnen ist, dass dieses verhältnismäßig junge Praxisfeld zum ersten Mal zum Gegenstand einer eigenen Erhebung gemacht wurde, dass deshalb weniger von Repräsentativität als von ersten Ergebnissen und Mustern gesprochen werden kann.
- 2) Kavemann, B. et al. (2001): Modelle der Kooperation bei häuslicher Gewalt - Wir sind ein Kooperationsprojekt, kein Konfrontationsprojekt- In: BMFSJ (Hg.): Modelle der Kooperation bei häuslicher Gewalt
- 3) Schunter-Kleemann, S. (1998): Mainstreaming - die Geschlechterfrage und die Reform der europäischen Strukturpolitik. In : Zeitschrift für Frauenforschung 3, 22-33
- 4) vgl. Stiegler, B. (2000): Wie Gender in den Mainstream kommt: Konzepte, Argumente, und Praxisbeispiel zur EU-Strategie des Gender-Mainstreaming. Bonn
- 5) Schunter-Kleemann (2001) hat die Kritikpunkte zusammengefasst: Es handelt sich ursprünglich um ein in den USA entwickeltes betriebliches Führungs- und Management Konzept, um Wettbewerbsvorteile durch bessere Ausnutzung von „human resources“ zu erzielen; dabei ging es weder um Demokratisierung noch um Chancengleichheit; als bedenklich ist daher anzusehen, wenn von „geschlossenen Männerbastionen“ wie der Weltbank und der EU-Kommission diese Impulse in den Kontext des Umbaus und Abbaus des Sozialstaates gestellt werden. Nach Ansicht der Autorin wird eine stark administrativ-technokratische Perspektive auf das Problem der Chancengleichheit zum Ausdruck gebracht und vieles deutet auf eine Instrumentalisierung frauenpolitischer Ressourcen hin. In: Gender mainstreaming als neoliberales Projekt? Thesen zur Tagung: „Geschlechter-Aufgabe gender-mainstreaming: Abschaffung, Umdeutung oder Aufwertung von Frauenpolitik“, Berlin 18./19. Mai 2001; www.rosalux.de/Einzel/gendermain/kleemann
- 6) Deswegen sollte eine kontinuierliche Evaluation der Führungsebene und der initiierten Handlungen und Maßnahmen erfolgen. Stark, A. (2001): Erfahrungen mit Gender Mainstreaming in der Regierung Schwedens. Openspace, Tagung des Landes Sachsen - Anhalt am 16./17.Juni; www.ms.sachsen-anhalt.de/frauenimpulse/frauenimpulse_24
- 7) siehe Schunter-Kleemann 2001

AG IV: Beteiligungsorientiertes Arbeiten: Zielpatenschaften als Instrument für Frauengesundheit?

Ines Zimmermann, Behörde für Umwelt und Gesundheit, Hamburg

Die Einrichtung von „Zielpatenschaften“ ist eine Strategie zur frühzeitigen, umfassenden und verantwortlichen Beteiligung von kommunalen AkteurlInnen an der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen lokalen Gesamtpolitik. Sie ist Teil des Hamburger Konzepts einer handlungsorientierten Gesundheitsberichterstattung (GBE) und wurde im Bereich der Kindergesundheit entwickelt und ausprobiert. Zunächst werden die entsprechenden Erfahrungen aufgeführt, dann folgen die Überlegungen, was in den Bereich der Frauengesundheit übertragen werden kann und was weiterentwickelt werden muss.

1. Handlungsorientierte GBE als Planungsgrundlage

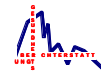
Zum besseren Verständnis des Hamburger Ansatzes, mit „PatInnen“ als Ziel zu kommen, werden zunächst einige Grundlagen der dortigen Gesundheitsberichterstattung (GBE) vorgestellt.

Leit-Ziele einer modernen Gesundheitsberichterstattung (GBE) sind - so das Hamburger Modell¹:

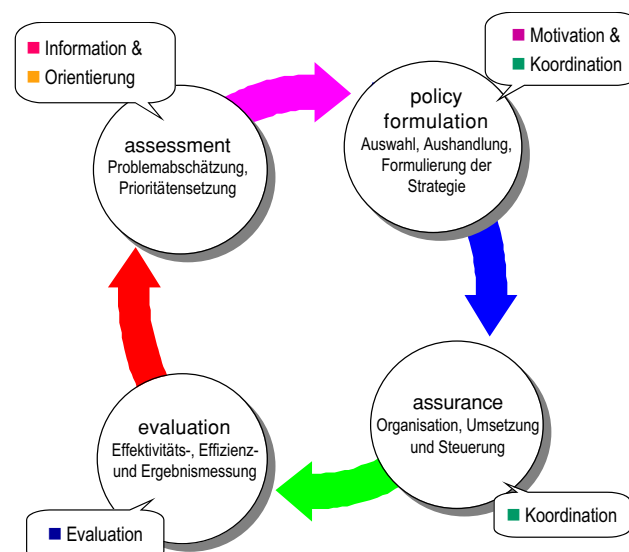
- Eine Verbesserung der *Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen* durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für EntscheidungsträgerInnen in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen.
- *Motivierung* von EntscheidungsträgerInnen und BürgerInnen zu einem verstärkten Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung (Lobby-Förderung).
- Sachgerechte „neutrale“ *Information* der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage und über ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren.

Zentrales Anliegen des Modells ist zudem, aktiv dafür zu sorgen, dass aus den Ergebnissen der GBE praktische Konsequenzen gezogen werden. Zur Sicherung dieses Transfers wurde in Hamburg bereits in den 80er Jahren eine ‚Ständige Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung in der Verwaltung‘ aufgebaut. Sie ist zuständig für die Erhebung von Daten, für die entscheidbare Präsentation von Ergebnissen in Form der Benennung von Handlungsfeldern und zentralen Gesundheitszielen sowie für die Anregung und Unterstützung entsprechender Praxisinnovation. Dabei wird Gesundheitsberichterstattung - sowohl als Produkt, als auch als Tätigkeit - wie folgt verstanden:

GBE als Planungsgrundlage



Der Aktionskreis Gesundheit*



© BfUG 2002

Quelle: *Public Health Action Cycle*: Institute of Medicine, The Future of Public Health, Washington D.C., 1988

Definition der Gesundheitsberichterstattung (GBE)

- GBE ist Lagebeschreibung und Ermittlung von dringlichen Handlungsbedarfen im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Bevölkerungsgruppen.
- GBE zieht dazu gesundheitsbezogene Daten und Informationen heran, bewertet sie hinsichtlich ihrer Aussagekraft, analysiert sie mit wissenschaftlichen Methoden und stellt sie adressatenorientiert dar.
- GBE ist auf Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit angelegt.

Damit die *Berichterstattung als politische Steuerungsprogramm* genutzt werden kann, ist sie in das Handlungsmodell „rationaler“ Politikgestaltung und -entwicklung (den „Aktionskreis Gesundheit“ - vgl. Rosenbrock 1995) eingebettet. Hintergrund ist die triviale Überlegung, dass je nach Planungsphase andere Ansprüche an „Daten für Taten“ gestellt werden. Konkret sind dabei vier Aufgabenbereiche einer handlungsorientierten Gesundheitsberichterstattung zu unterscheiden:

1. Information und Orientierung: Aufgabe einer sachgerechten Situationsanalyse am Beginn eines gesundheitspolitischen Planungszyklus ist die Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen der Bevölkerung. Dabei ist zu beachten, dass die Inhalte einer handlungsorientierten Berichterstattung auch den Ansprüchen einer politischen Steuerungsprogramm genügen müssen. Wichtig ist es nicht nur zu wissen, WAS getan werden muss. Wichtig ist - gerade wenn Forderungen nach veränderten Schwerpunktsetzungen Ergebnis der Analysen sind - das „WARUM“. Daher sind nicht nur Informationen entscheidungsorientiert aufzubereiten (entscheiden erleichtern), sondern es ist auch zu realisieren, dass Akzeptanz und Handlungswille vor allem dann entstehen, wenn ein materieller Erfolg oder ein symbolischer Wert (Benefit) des Handelns sichtbar wird. Hierzu gehört u.E. auch das Klären möglicher Konsequenzen von Nicht-Handeln.

2. Koordination und Motivation: In Vorbereitung der zweiten Planungsphase (policy formulation), wo Problemlagen bereits genügend bekannt sind oder Entscheidungen für Prioritäten bereits gefallen sind, kann eine steuerungsrelevante kommunale Gesundheitsberichterstattung einen Beitrag zu Auswahl, Aushandlung, Formulierung passender Strategien leisten. Ziel muss es sein, mit Hilfe der Berichtsinhalte Intersektoralität zu befördern. Instrumente hierfür sind u.a.: Vernetzung, Lobby, Förderung und das Schaffen von Allianzen.

3. Koordination: Im Bereich der dritten Planungsphase - Organisation, Umsetzung und Steuerung gesundheitspolitischer Maßnahmen (assurance) - liegt der Beitrag der GBE, der weit über den Auftrag einer modernisierten Medizinalstatistik hinaus geht, im Bereich der Aufgaben- und Organisationsentwicklung: Projektmanagement, Kommunikation und Controlling gewährleisten hier ein sicheres Qualitätsniveau.

4. Evaluation: Die vierte Phase im Planungszyklus beschäftigt sich mit Wirkungen und Nutzen des Tuns. Gefragt sind also vor allem Informationen zu Outcomeorientierung, Kosten-Nutzen-Analysen und dem Umgang mit Resultaten.

In Hamburg wurden diese Phasen im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche mehrfach durchlaufen, evaluiert und perspektivisch weiter entwickelt. Bezogen auf das Thema der Beteiligungsorientierung von lokaler Gesundheitspolitik ist insbesondere auf folgendes - 1995 getroffene - Fazit der bisherigen Arbeit aufmerksam zu machen: **Konkrete Gesundheitsziele sind ein geeignetes Instrument**, Entwicklungen zu bewerten und Transparenz über gemeinsame Prioritäten zu schaffen (vgl. auch Zimmermann u.a. 1995). Denn sie geben Orientierung. Als perspektivische Weiterentwicklung hinsichtlich der Umsetzungschancen erkannten wir aber 1995 (BAGS 1995, S. 102): „Mit weiterreichenden und systematischen Aktionen in Zielbereichen ist zu rechnen, wenn

- Veränderungen politisch gewollt sind,
- Verantwortung verteilt und bei bestimmten Personen oder Institutionen verankert wird sowie



- eine breit angelegte, fachrichtungübergreifende Zusammenarbeit stattfindet.“

Auch die Organisation von personeller und organisatorischer Übernahme von Verantwortung, kurz von Beteiligung, sind demnach in den Prozess einer ziel- und handlungsorientierten GBE aufzunehmen. Das aber - so eine weitere Konsequenz - lässt sich nur dezentral und pluralistisch, mit großer Autonomie für die beteiligten AkteurInnen verwirklichen (vgl. auch Trojan u.a. 1997). Konkret heißt das:

- Die AkteurInnen müssen sich Arbeitsschwerpunkte selber aussuchen können.
- Die Steuerung liegt dezentral in den Händen der Verantwortlichen.
- Die Machbarkeit von Maßnahmen steht im Vordergrund, und die kann am besten von „den MacherInnen“ selbst beurteilt werden.

Wir haben deshalb Mitte 1995 das Modellprojekt „Ziel-Patenschaften zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg“ ins Leben gerufen.

2. Modellprojekt Ziel-Patenschaften

Ziel des als Beteiligungsprojekt angelegten Modellversuchs war es, zu den definierten Gesundheitszielen gemeinsam mit Akteurinnen und Akteuren des Hamburger Gesundheitswesens kreative Impulse für eine themenzentrierte fachübergreifende Kooperation im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit zu setzen.

Es sollte ein Rahmen entwickelt und angeboten werden, der es ermöglicht, in überschaubarer Zeit Kooperationspartner zu finden und ein Bündnis zur gemeinsamen Ziel-

Mit Paten ans Ziel Das Hamburger Modell

Überblick

PHASE 1 DIAGNOSE UND ZIELFINDUNG

1990	Basis: erster Hamburger Kinder- und Jugendgesundheitsbericht
1991	Ermittlung von 40 möglichen Gesundheitsbereichen, in denen aus Sicht der GBE Handlungsbedarf gesehen wurde
1991-1992	partizipatorische Zielfindung
1992	Veröffentlichung des endgültigen 14 Ziele umfassenden Zielekatalogs in der Stadtdiagnose - Ländergesundheitsbericht Hamburg

PHASE 2 ÜBERPRÜFUNG I

9/1992	Nutzerbefragung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht
8/1993	Nutzerbefragung Stadtdiagnose
4/1995	zweiter Kinder- und Jugendgesundheitsbericht: Zwischenbilanz der Zielerreichung

PHASE 3 ORGANISATORISCHE INNOVATION

6/1995-12/1997	Modellprojekt Ziel-Patenschaften: Bündnisse in der Stadt zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
----------------	---

PHASE 4 ÜBERPRÜFUNG II

1998	Qualitative Evaluation: Projektdokumentation, Fazit, Ausblick
------	---

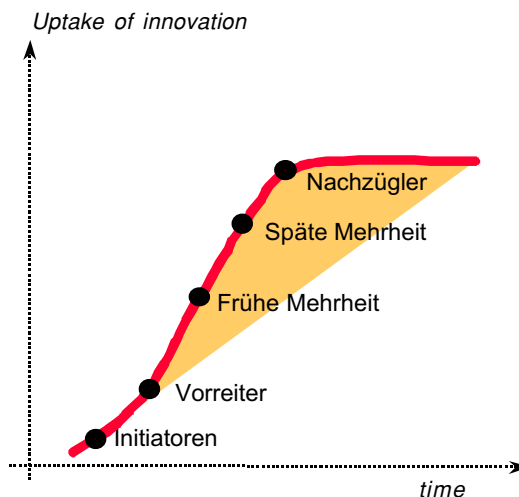
© BfUG 2002



Modellprojekt ZielPatenschaften



Wer konnte mitmachen?



© BfUG 2002



(Rogers 1983, zit. nach Seibt 1999)

verwirklichung zu schaffen. Dabei sollten in Anlehnung an die Diffusionstheorie (vgl. u.a. Seibt 1999) vordringlich so genannte „early adopter“ erreicht und unterstützt werden: AkteurInnen, die 1995 bereits Interesse an innovativen (intersektoralen) Kooperationsstrukturen hatten und die Bündnis-partnerInnen suchten. Denn dieses kontinuierlich gewachsene und gezeigte Interesse konnte als eine gute Voraussetzung für die Übernahme von „Vorreiterfunktionen“ bei der Gestaltung strukturbezogener Impulse angesehen werden.

Als *Minimalstandards* formulierten wir die interdisziplinäre Zusammensetzung des Ziel-Bündnisses, die Moderation aller Bündnistreffen und eine Evaluation der durchgeführten Maßnahme(n). Das Modellprojekt war auf zwei Jahre angelegt, ist also bis Ende 1997 gelaufen.

Was erwarteten wir von den so genannten Ziel-PatInnen? Wir erwarteten, dass sie in überschaubarer Zeit für einen Ziel-Bereich KooperationspartnerInnen finden und ein Bündnis schaffen. Im Bündnis: Zusammen mit den KooperationspartnerInnen Konzepte, Maßnahmen und deren Realisierbarkeit diskutieren, (eine) konkrete Maßnahme(n) vorschlagen sowie die Durchführung vorbereiten, begleiten und besonders: den Prozess dokumentieren sowie im Gesamtprojekt eine Kooperationsvereinbarung über Thema, Laufzeit, Termine schließen und einhalten, Beiträge für die Dokumentation des Gesamtprojekts liefern und an Arbeitstreffen der Bündnisse teilnehmen.

Wer konnte Zielpate werden? Wir suchten Akteure und Akteurinnen (Institutionen oder Personen), die bereits in einem der 14 Zielbereiche für die Kinder- und Jugendgesundheit arbeiten, die in Ihrem Arbeitsgebiet akzeptiert waren, die gerne kooperierten und die neue Wege - oder alte einmal anders - gehen wollten und die bereit waren, dies zu dokumentieren („early adopter“).

Was konnten InteressentInnen von uns erwarten? Wir richteten ein *Koordinationsbüro* mit folgendem Angebot ein: Beratung und Unterstützung bei der Projektplanung, bei der Dokumentation, Vermittlung von Moderation, Informationsfluss zwischen den Ziel-PatInnen und einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch, Öffentlichkeitsarbeit zwischen und für die Ziel-Bündnisse, Realisierung der Projekte und Initiativen unter dem Dach und mit der Legitimation eines „Bündnisses für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen“. Die damalige *Gesundheitsförderungskonferenz* - gesündere Zukunft für Hamburg (GFK) - machte als Schirmherr das Angebot eines (fach-)politischen Unterstützungsnetzwerks, bot in Einzelfällen die Möglichkeit finanzieller Unterstützung, die Vermittlung bei Schwierigkeiten und - in Einzelfällen - Unterstützung durch die Werkstatt Gesundheit im Auftrag der GFK.

Als *Infrastruktur* für das Projekt planten wir, die Beziehungen zwischen Schirmherrn, Projektleitung (BAGS) und Ziel-PatInnen durch Kooperationsvereinbarungen zu regeln. Der Modell-Projektleitung sollte eine Art „Sachverständigenrat“ zur Seite stehen, der themenzentriert und anlassbezogen (ein-) berufen werden konnte. Wir formulierten: „Jede Zielpatin, jeder Zielpate koordiniert „sein/ihr“ Projekt selbständig im Rahmen der Kooperationsvereinbarung. Ein ‚Koordinationsbüro‘ steht ihm/ihr jederzeit mit Rat und Tat zur Seite. Für den projektübergreifenden Austausch werden regelmäßige Zielpaten- / Bündnistreffen organisiert“.

Als *Ansprechpartnerin* fungierte eine Kollegin der Gesundheitsberichterstattung, die das Koordinationsbüro leitete und die Aufgabe hatte, den Gesamt-Projektverlauf zu dokumentieren. Zum Abschluss des Projekts wurde der Bericht über die im Rahmen der Patenschaften durchgeführten Maßnahmen, ihre Evaluation (Zielerreichung, Chance, Hürden) und die Gesamtbewertung eines solchen handlungsorientierten Ansatzes, mündend in Handlungsempfehlungen, beim Berliner Gesundheitspreis 1998 eingereicht und mit einem Preis ausgezeichnet.

Den *Auftakt* des Modellprojektes bildete eine Informationsveranstaltung zu den Ergebnissen des Gesundheitsberichts „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg - Zwischenbilanz 1994“. Eingeladen haben wir alle kommunalen Koopera-

tionspartnerinnen und -partner der Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung seit 1990 sowie die Mitglieder der „Gesundheitsförderungskonferenz - Gesundere Zukunft für Hamburg“².

Und unsere Rechnung ging auf:

Eine erste Bewertung zeigte, in für uns sogar überraschender Deutlichkeit, dass eine große Bereitschaft zur konkreten Arbeit mit den Ergebnissen der GBE und zur Umsetzung der identifizierten Handlungsbedarfe in Hamburg bestand.

Trotz der großen Unruhe und Einbrüche, die die Abschaffung des §20 SGB V in die Gesundheitsförderungslandschaft Ende 1995 gebracht hatte, meldeten sich ausreichend ExpertInnen *in anerkannten, oder auch traditionellen Bereichen* der Kinderge-sundheit, die, wie wir bei der Recherche in den Zielbereichen feststellen konnten (vgl. BAGS 1995, S.95f), bereits Erfahrung mit vernetztem Arbeiten hatten und sich auf diesem Wege erhofften, mit Hilfe des angebotenen Unterstützungsnetzwerks bisher „unerreichte“ KooperationspartnerInnen mit ins Boot zu ziehen oder aber vor der Aufgabe standen, Informationsfluss und Kooperationen weiter auszubauen.

In insgesamt 6 der 14 Zielbereiche machten sich Akteurinnen und Akteure das Angebot der BAGS zu Nutze und übernahmen als „Ziel-Paten“ für eine gewisse Zeit Verantwortung.

Wohlgemerkt: Ziel des Modellprojekts war es nicht, aktiv dafür Sorge zu tragen, dass in dieser Phase für jeden Zielbereich Ziel-PatInnen gefunden werden. Vielmehr galt es, nach *Rahmenbedingungen* Ausschau zu halten, in denen eine organisatorische und/oder personelle Zuordnung von Verantwortlichkeit stattfinden kann.

Zwei Arbeitsbündnisse auf der Basis von „Zielpatenschaften“ werden hier exemplarisch vorgestellt:

Beispiel 1: Aktivitäten im Bereich traditioneller Gesundheitsprobleme - Ausbau von Informationsfluss und Kooperationen

Zielbereich 1: Säuglingssterblichkeit.

Der Plötzliche Säuglingstod (Sudden Infant Death Syndrome = SIDS) ist bundesweit eine der Haupttodesursachen im ersten Lebensjahr. Plötzlich, unerwartet, für Eltern ohne erkennbare Vorzeichen sterben in Deutschland jährlich etwa 600 bis 700 gesunde Säuglinge. Anerkannte Experten im Bereich der Neonatologie standen bis Ende der 80er Jahre vor dem Problem, dass bei einer immer zufrieden stellenderen medizinischen Versorgung von Säuglingen in der frühen Phase nach der Geburt der Anteil der Kinder, die zwischen dem 8. und 364. Tag plötzlich tot in ihren Betten aufgefunden werden, konstant hoch blieb (vgl. u.a. BAGS 1995, S.4ff). In dieser Lebensphase beeinflussen zunehmend soziale und umfeldbezogene Probleme die Entwicklung des Kindes. In Hamburg war 1990 die Sterblichkeit am Plötzlichen Säuglingstod am höchsten: etwa alle 11 Tage starb unerwartet ein Kind (34 Kinder).

Zahlreiche Studien belegen heute die besondere Bedeutung von Risikofaktoren. Ihre konsequente Vermeidung verringert deutlich das Risiko für jedes einzelne Kind. Die wichtigsten Faktoren sind: Bauchlage als Schlafposition, Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und in der Umgebung des Kindes, Nicht-Stillen.

Die Hamburger Arbeitsgruppe „Das Risiko für den Plötzlichen Säuglingstod senken und eine gesunde Entwicklung fördern“ hat sich 1995 zusammengeschlossen. Eine Gruppe anerkannter Wissenschaftler aus Klinik und Forschung (Rechtsmediziner, Neuropädiater, Klinikärzte) hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Risiko für den Plötzlichen Säuglingstod zu mindern und eine gesunde Entwicklung zu fördern.

Sie nutzten den Rahmen des Modellprojekts, um zusammen mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten Kontakt zu Hebammen, Mütterberatungsschwestern und -ärztinnen des ÖGD sowie zu der Berufsgruppe der Frauenärzte zu suchen (und zu finden...). In Zusammenarbeit mit der Gesundheitsberichterstattung der Fachbehörde konnte das Wissen um Häufigkeit und Verteilung von Risiko-

faktoren für SIDS durch wiederholte Datenerhebungen und Sensibilisierungsaktionen in Kinderarztpraxen und Mütterberatungsstellen verbessert werden (vgl. u.a. BAGS 1998). Hieran schloss eine „aktive“ Beratungskampagne für werdende und „junge“ Eltern rund um die Geburt mit Hilfe eines zielgruppenspezifischen Faltblattes (inzwischen in der fünften Auflage) an.

Auch nach Abschluss der Modellprojektphase hat sich die Arbeitsgruppe entschlossen, weiter zu arbeiten. Das Zielbündnis trifft sich zweimal pro Jahr. Dazwischen finden Arbeitstreffen in verschiedenen Kleingruppen zur Vorbereitung verschiedener Arbeitspakete (u.a.: Faltblattentwicklung und -überarbeitung; Erhebung der Risikofaktoren; Gründung des Nicht-Raucher-Netzwerks rund um die Geburt) statt. Fazit von sechs Jahren Bündnis in der Stadt gegen den Plötzlichen Säuglingstod: Es sterben heute in Hamburg deutlich weniger Kinder am Plötzlichen Säuglingstod, als noch vor 10 Jahren (1997 waren 15 Babys und im Jahr 2001 nur noch 11). Der deutliche Rückgang der Häufigkeit von SIDS seit Anfang der neunziger Jahre ist nach Meinung der WissenschaftlerInnen vor allem darauf zurückzuführen, dass Säuglinge heute viel seltener zum Schlafen auf den Bauch gelegt werden. Aber immer noch werden - das zeigen die Hamburger Daten auch - viele Eltern nicht erreicht. Deswegen sollen zukünftige Präventionsstrategien auf den Hauptrisikofaktor Rauchen und auf sozial benachteiligte Regionen der Stadt ausgerichtet sein.

Beispiel 2: Vielfältige Gruppeninteressen zusammenführen, eine Lobby organisieren und das Thema konstituieren

Zielbereich 5: Stillförderung.

In stetigem Bemühen um gute Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und um eine Bestandsaufnahme in der Stillförderung haben die Ziel-Patinnen der AG Stillen des Hebammenverbandes Hamburg einen runden Tisch ins Leben gerufen, an dem sich zweimal jährlich Vertreterinnen und Vertreter der Stillförderung der verschiedenen Berufsgruppen und verschiedenen Versorgungsbereiche rund um die Geburt getroffen (und gestritten) haben: Hebammen, LactationsberaterInnen, Vertreterinnen freier Stillgruppen, Frauen- und Kinderärztinnen und Ärzte aus der Praxis und Klinik sowie Vertreterinnen der bezirklichen Mütterberatung haben zwei Jahre lang an der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards im Bereich der Stillförderung im Krankenhaus und der ambulanten Nachsorge gearbeitet. Ergebnisse des Zielbündnis „Stillen - der beste Start ins Leben“ sind neben dem Bemühen um eine fachliche rationale Diskussion, eine Fortbildung: „Stillen“ in Kooperation mit und für bezirkliche(n) Mütterberatungsstellen, eine interdisziplinäre Fachtagung „Umfassende Betreuung bei Kindern, Kinder mit Lippen- Kiefer- Gaumen- Segelspalte“ (1998) und ein Service-Teil der Stillbroschüre „Stillen der beste Start ins Leben“ für Professionelle mit Hinweisen zu Hilfen und AnsprechpartnerInnen bei Stillproblemen.

In dieser Zielpatenschaft war und ist der Schlüssel für eine ertragreiche interdisziplinäre Kooperation die ergebnisorientierte Moderation der Bündnistreffen durch eine berufserfahrene Moderatorin. Matriachale Strukturen wie sie in der Historie der Hebammen zu finden sind, stoßen konfliktträchtig auf patriachale Herrschaftsmuster in der medizinischen Ausbildung von ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal. Erschwerend für einen sachlich Diskurs kommt das allgegenwärtige Alltagswissen rund um das Stillen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinzu: Eigene Erfolge oder Misserfolge beim Stillen - oder auch die von Ehefrauen, Töchtern, Enkelinnen usw. - führen zu rationalen und irrationalen Überzeugungen, die es in einen fachlichen Diskurs zu integrieren gilt.

Die Ziel-Patinnen wurden als „ehrenamtliche“ Akteurinnen durch die Werkstatt Gesundheit der GfK bei Organisation und Durchführung einschließlich Moderation der Treffen unterstützt. Da das Bemühen um Verständigung erst nach zwei Jahren anfängt Früchte zu tragen, hat sich das Ziel-Bündnis entschlossen, über das Ende des Modellprojekts hinaus weiter zu arbeiten. Zurzeit wird in Kooperation mit Studie-

renden und Dozentinnen der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) ein Fachprojekt „Stillen“ angeboten mit dem Ziel, das Wissen rund um das frühzeitige Abstillen zu verbessern.

3. Ausblick

Nun noch ein paar generalisierende Aussagen zu den Erfahrungen mit Zielpatenschaften.

Was hat geklappt?

Die TeilnehmerInnen am Modellprojekt haben spontan - zum Teil direkt im Anschluss an die Informationsveranstaltung - ihr Interesse an einer Ziel-Patenschaft bekundet. Bei den insgesamt 53 Treffen (26 Bündnistreffen und 17 vorbereitende AG-Treffen) der Modellprojektphase war die Frage „Wer macht was, bis wann?“ kein Problem - alle TeilnehmerInnen (im Durchschnitt 15 Personen pro Treffen) haben bereitwillig Aufgaben übernommen und sich an vereinbarte Zeitschienen gehalten. Besonders hat sich hier die ergebnisorientierte Moderation der Bündnistreffen bewährt. Kein Treffen wurde ohne Ergebnis und Ausblick beendet.

Unsere Voraussetzung der Interdisziplinarität haben alle AkteurInnen von sich aus geplant und zum Teil auch gerade deshalb die Ziel-Patenschaft übernommen. Es war in allen Bündnissen möglich, Evaluation als Qualitätsstandard zu verankern („Nie mehr ohne“) - wenn auch auf unterschiedlich methodischem Niveau. Es hat sich auch als förderlich für den Projektverlauf erwiesen, keine „Zweifler“ anzusprechen, sondern sich in der ersten Phase an die Engagierten zu wenden, die keiner Überredung bedurften, Minimalstandards einzuhalten, sondern diese (bis auf die Moderation von Arbeitstreffen) längst zum eigenen Arbeitsstil zählten.

Wo mussten wir unterstützend tätig werden?

Unterstützung wurde von den Ziel-PatInnen weniger bei der Maßnahmenentwicklung, als vielmehr bei Projektmanagement und Kommunikation (einschließlich Moderation) erbeten. Gerade in der Anfangsphase des Modellprojekts waren zum Teil ausführliche (Telefon-) Kontakte notwendig, um „Wunschpartner“ mit ins Boot zu ziehen.

Was klappte nicht?

Unseren Plan, durch Kooperationsvereinbarungen das gesamte Projekt zu steuern, konnten wir im Rahmen des Modellprojekts nicht verwirklichen - die KooperationspartnerInnen wollten sich ihre Autonomie nicht nehmen lassen. Die Dokumentation des Projektverlaufs wurde gerne den Moderatorinnen „zugeschoben“; Informationsfluss und Erfahrungsaustausch zwischen den Ziel-PatInnen wurde im Rahmen des Modellprojekts nicht eingefordert.

Zusammenfassung

Im Bereich Gesundheitsförderung wird intersektorale Kooperation erwartet und gefordert und gilt als Qualitätsstandard für die Verbesserung der Gesundheit (vgl. auch BAGS 1995, S. 93ff). Sie erweist sich aber immer wieder als Problem - auch (gerade?) weil intersektorale Kooperation eine klare Arbeitsteilung braucht, die dennoch intersektoral, d.h. disziplin- und bereichsübergreifend integriert sein will. Dass das gehen kann, zeigt das Modell der Ziel-Patenschaften.

4. Zielpatenschaften - ein Instrument für Frauengesundheit?

Zusammenfassend stelle ich folgende 7 Thesen zur Diskussion:

1. Nur wenn man/frau konkrete Ziele benennt und auch aufzeigen kann, welche Folgen durch Nichtstun entstehen, werden wir Augen und Ohren von Politikerinnen und Politikern erreichen. Wir müssen weg von einem „Was wollen wir nicht länger hinnehmen?“ und hin zu einem „Das wollen wir erreichen!“.
2. Engagement in der Ziel-Patenschaft erfordert eine *frühe Beteiligung und Autonomie der AkteurInnen* in der Durchführung. Die Rolle der Gesundheitsförderung beschränkt sich hierbei auf: vermitteln, vernetzen, befähigen und unterstützen.
3. Es ist notwendig, *Probleme entscheidbar zu präsentieren*, wie wir es beispielsweise bei der Auswahl und Präsentation von prioritären Handlungsfeldern getan haben.
4. Aufgabenbeschreibung und eine organisatorische und/oder personelle Zuordnung zu konkreten Interventionsbereichen muss mit AkteurInnen *vorher* angesprochen werden.
5. Die an der Auswahl von Zielen beteiligten Personen müssen auch *SchlüsselakteurInnen* für die Umsetzung von Maßnahmen sein und sich für deren Umsetzung verantwortlich fühlen.
6. Auch die sprachliche Formulierung ist wichtig: zu leicht entsteht der Eindruck „von oben“ verordneter Ziele und niemand fühlt sich verantwortlich. Hier besteht noch erheblicher *Entwicklungsbedarf an Methoden der Beteiligung* von BürgerInnen und ExpertInnen.
7. Die AkteurInnen müssen sich Arbeitsschwerpunkte selber aussuchen können, die Steuerung liegt *dezentral* in den Händen der Verantwortlichen, die Machbarkeit von Maßnahmen steht im Vordergrund, und die kann am besten von „den MacheInnen“ selbst beurteilt werden.

Mit dem Bericht der ExpertInnenkommission „Frauen und Gesundheit“ liegen in Hamburg beste Voraussetzungen für einen beteiligungsorientierten Einstieg in einen weiteren Aktionszyklus vor! Wie würden Sie es machen?

ExpertInnengestützter Einstieg in die GBE

FRAUEN UND GESUNDHEIT

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER FRAUENGESUNDHEIT IN HAMBURG

10 gesundheitspolitische Themen:

1. Selbsthilfe	7. Brustkrebs
2. Patientinnenrechte	8. Schwangerschaft und Geburt
3. Migrantinnen	9. Frauen in der Psychiatrie
4. Frauen und Sucht	10. Lebensphasen (Jugend - Wechseljahre - Alter)
5. Gewalt gegen Frauen	
6. Arbeits- und Lebenswelt	

Übergeordnet: 6 Perspektiven:
Information, Transparenz und Kommunikation – eine Adresse und einen Ort – unabhängige Forschung und gesicherte Qualität – Öffentlichkeit und Leitbilder – speziell geschultes Fachpersonal – förderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen

© BMGS 2001

Literatur:

- *Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Hamburg: BAGS 1990.*
- *Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Stadtdiagnose - Gesundheitsbericht Hamburg. Hamburg: BAGS 1992.*
- *Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg - Zwischenbilanz 1994. Hamburg: BAGS, 1995.*
- *Behörde für Umwelt und Gesundheit (BUG): Stadtdiagnose - 2. Ländergesundheitsbericht Hamburg. Hamburg: BUG 2001*
- *Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.): Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Schriftenreihe Band 18, 1996, 2. Aufl. 1998.*
- *Kellerhof, M.; Zimmermann, I.: Von der Information zur Aktion. Prävention 2/1995, 18. Jahrgang, 42-46.*
- *Rosenbrock, R.: Public Health als soziale Innovation. Gesundh.-Wes., 57, 1995, 140-144.*
- *Seibt, AC.: Verbreitung von Innovationen „Diffusion of Innovation“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo. Schwabenheim a.d. Selz 1999.*
- *Trojan, A.; Stumm, B.; Süß, W.: BürgerInnen in der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung. In Altgeld, T.; Laser, I.; Walter, U. (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Juventa: Weinheim 1997, 171-182.*
- *Zimmermann, I.; Albot, M.; Kellerhof, M.; Brand, H.: Gesundheitspolitische Ziele in der Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung: Evaluation in Form einer Zwischenbilanz. Gesundh.-Wes., 57 (1995), 161-164.*

Fussnoten:

1 Hamburger Projektgruppe GBE 1998, S. 17f

2 Im Rahmen der o.g. Veranstaltung übergab die Senatorin der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) die Schirmherrschaft der „Gesundheitsförderungskonferenz - gesündere Zukunft für Hamburg“ (GFK). Die GFK war bis zu ihrer Auflösung und Neuzusammenführung zur Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) im Jahr 1997 ein Zusammenschluss von rund 60 Einrichtungen, Verbänden und Gruppen der gesundheitlichen Prävention in Hamburg mit eigenem Sekretariat, eigenem Budget und eigenen Aktivitäten. Das Projekt „Ziel-Patenschaften“ wurde im Rahmen des Jahres - Schwerpunktthemas „Lebens(t)räume - Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Hamburg“ 1996 von der GFK unterstützt.

Brigitte Vollmer-Schubert, Frauenbeauftragte der Stadt Hannover
Christine Kurmeyer, Frauenbüro Universität Hannover

Ein Ausblick und einige Eindrücke

Gesundheitsberichte machen Geschichte? Ja, das können und das sollen sie auch. Sie können bewegen und regen Prozesse an, die Veränderungen und Verbesserungen für die gesundheitspolitische Landschaft allgemein und die Situation von Frauen darin nach sich ziehen. Auf diesen Satz lässt sich die 15. Tagung des ‚Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit Niedersachsen‘ zu-spitzen, die viele praktische Anregungen gebracht hat.



Den Vorträgen des Vormittags folgte das Streitgespräch: „Sind Gesundheitsberichte erforderlich, um ein Thema aufzugreifen?“.

In den Arbeitsgruppen des Nachmittags wurden konkrete Beispiele aus der Praxis vorgestellt, gewürdigt und diskutiert. Nicht selten entwickelten sich aus den Gesprächen Ideen und Perspektiven für neue Entwicklungen in der Zukunft.

Um einen unmittelbaren Eindruck zu gewinnen, fingen wir in den Pausen und den Arbeitsgruppen Stimmungen und Statements ein. Die entsprechenden ‚Befunde‘ sind nachstehend zusammengestellt.

In allen Arbeitsgruppen kristallisierten sich vier übergreifende Themen heraus:

1. Positive *Resonanz* auf die Veranstaltung allgemein,
2. *Erkenntnisse*, die festgehalten werden konnten,
3. Offene *Fragestellungen* und Probleme,
4. *Strategien* zur Zielerreichung.

Im Einzelnen stellten sich die Diskussionen wie folgt dar:

1. Die Teilnehmerinnen waren mit der Tagung insgesamt sehr zufrieden. Die Vorträge des Vormittags kamen gut an, insbesondere das Streitgespräch „Sind Gesundheitsberichte erforderlich, um ein Thema aufzugreifen?“ gab interessante Hinweise dazu, wie Berichte und Gutachten Anregungen für die Arbeit vor Ort sein können. Wichtig war jedoch auch die Erörterung, wie ohne sie begonnen werden kann. In den Arbeitsgruppen gab es ein großes Interesse an wechselseitigem Informationsaustausch und an Tipps bzw. neuen Impulsen für die Praxis. Der Vernetzungsgedanke kam gut zum Tragen.

2. Folgende *Erkenntnisse* wurden gewonnen oder revitalisiert:

- Eine wesentliche Voraussetzung für die notwendige Kooperation ist die Anerkennung der jeweiligen Grenzen von Problemlagen. Medizinische und sozialpsychologische Probleme bedürfen unterschiedlicher Behandlung. Die unterschiedlichen Sichtweisen und Beratungsansätze dieser behandlungsbedürftigen Situationen haben ihre Berechtigung und ihre Grenzen.



- In den einzelnen Einrichtungen und Beratungsstellen verhindert die Konkurrenz um Mittel und öffentliche Zuwendung die uneingeschränkte Kooperation untereinander. Neue Ansätze können dadurch blockiert werden.

- Probleme und Motivations-Hintergründe sollten klar benannt und respektiert werden! Denn nur auf diesem Weg ist eine konstruktive Zusammenarbeit und das Finden von Lösungen möglich.

- Strukturelle Konflikte können generell nicht individuell gelöst werden. Das heißt, eine einzelne Person kann zwar den Strukturen angepasst werden, das löst aber die Probleme vieler anderer Personen mit den gegebenen Verhältnissen nicht. Mitunter sind es die Rahmenbedingungen, die der Veränderung bedürfen und nicht die Einzelpersonen, die an widersprüchliche Verhältnisse angepasst werden sollen.
- Eine gerechtere Ressourcenverteilung in der Gesellschaft erfordert nach wie vor eine feministische Politik. Das heißt auch: Widerstand ist wichtig!



3. Folgende Fragestellungen wurden formuliert:

- Lassen sich medizinische und sozialpsychologische Probleme und Fragen eigentlich klar voneinander abgrenzen?
- Wie kann interdisziplinäre Kooperation sinnvoll organisiert und durchgeführt werden?
- Wie kann bei immer knapper werdenden Mitteln ein Forum für die geschlechtersensible Thematisierung von ‚Gesundheit‘ etabliert werden?
- Auf welche Art und Weise können die strukturellen Hindernisse aus dem Weg geräumt werden?
- Wie kann auch in Zeiten der Mittelknappheit die Solidarität unter den Frauen gesteigert werden?

4. Als Strategien wurden diskutiert:

- Strukturveränderungen funktionieren von der Basis her (z.B. Brustselbstuntersuchungen).
- Gesundheitsförderung sollte nicht als ein „Benachteiligten-Programm“ eingeführt werden (aber auch nicht als eines für Privilegierte). Es ist sinnvoll, an den eigenen Interessen anzuknüpfen.
- Bestehende Organisationsstrukturen und Bündnisse sind zu nutzen. Darüber hinaus müssen weitere BündnispartnerInnen in unterschiedlichsten Institutionen gesucht werden.
- Für eine breite Kooperation ist es sehr hilfreich Win-Win-Situationen herzustellen. Dabei muss der Benefit für den/die Einzelne(n) verdeutlicht werden.

Informationen zum Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Mitglieder und Ziele

Seit 1995 gibt es das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen mit zur Zeit ca. 130 Mitgliedsfrauen. Dieses Arbeitsbündnis wird von der Landesvereinigung für Gesundheit e.V., dem Pro Familie Landesverband Niedersachsen e.V. und dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales getragen.

Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss von Frauen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen sowie von Vertreterinnen der Gleichstellungspolitik, die daran interessiert sind

- ... in ihren Kommunen oder Institutionen Gesundheitsförderung mit Frauen und/oder Mädchen zu verankern,
- ... ihre Erfahrungen und ihr Wissen zu diesem Thema weiterzugeben,
- ... frauen- und gesundheitspolitische Impulse zu setzen und
- ... sich zu vernetzen.

Soziales Modell von Gesundheit

Das Vertrauen, individuelle, soziale und organisatorische Ressourcen zur selbstbestimmten Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens zu besitzen, oder (wieder) gewinnen zu können, ist ein wichtiger Faktor für Gesundheit. Eine Gesundheitsförderung in diesem Sinne setzt sich für Lebensbedingungen ein, die diese Souveränität stärken und erweitern.

Insofern versteht sich das Netzwerk als eine an den Belangen weiblicher Lebenswelten orientierte sozialpolitische Strategie der Aktivierung, Erschließung und Entfaltung von Handlungsmöglichkeiten und Partizipationschancen von Frauen und Mädchen in der Kommune - also dort, wo sie lernen, Arbeiten, leben und medizinisch versorgt werden.

Unsere Anliegen

Das Netzwerk vertritt die Interessen der Nutzerinnen und Beschäftigten des Gesundheitswesens und setzt sich für eine geschlechtsdifferenzierte Gesundheitsförderung und eine geschlechtssensible Gesundheitspolitik ein. Dazu gehört insbesondere:

- ... Die Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung bei Mädchen und Frauen zum Wahrnehmen und Durchsetzen eigener Interessen.
- ... Die Implementierung des Gender Mainstreaming zur Durchsetzung der Geschlechtergerechtigkeit in den Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens.
- ... Die Etablierung des Themas Gesundheit als Querschnittsaufgabe.

Serviceangebote des Netzwerkes

Das Netzwerk bündelt Informationen und ermöglicht so einen Transfer von Fach- und Erfahrungswissen. Es wirkt mit öffentlichen Veranstaltungen und weiteren Serviceleistungen darauf hin, Frauen- und Mädchengesundheitsförderung im kommunalen Bereich zu verankern und lädt zu einem regelmäßigen themenbezogenen Erfahrung- und Informationsaustausch ein.

Das Netzwerk bietet folgenden Service an

- ... Konzeptionelle Beratung und Patenschaften für Veranstaltungen
- ... Vermittlung von Referentinnen
- ... Unterstützung beim Aufbau geeigneter Strukturen für Gesundheitsförderung mit Frauen/Mädchen in den Regionen, wie z.B. runde Tische
- ... Vorträge zu den Themen „Vernetzung“ und „Frauen und Gesundheit“
- ... Rundbriefe
- ... Tagungen und Tagungsdokumentationen

Möglichkeiten der Mitarbeit

Alle interessierten Frauen sind eingeladen, sich an der Netzwerkarbeit zu beteiligen. Die Mitgliedschaft ist kostenlos. Eine formlose schriftliche Beitrittserklärung reicht aus. Die Organisationsfrauen treffen sich regelmäßig in Hannover. Auch eine zeitweise Mitarbeit zu einem Schwerpunktthema oder zur Vorbereitung einer Tagung ist willkommen.

Kontakte

Niedersächsisches Ministerium für Frauen Arbeit und Soziales, Ref. 205,
Postfach 141, 30001 Hannover
Telefon (05 11) 1 20-29 91, Ursula Jeß,
e-mail: ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.,
Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Telefon (05 11) 3 50 00 52
e-mail: LV-Gesundheit.Nds@-online.de

PRO FAMILIA Landesverband Niedersachsen e.V.,
Steintorstr. 6, 30159 Hannover,
Telefon (05 11) 30 18 57 83, Hildegard Müller,
e-mail: hmueller@profamilia-niedersachsen.de

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

Oktober 2003

Die Referate wurden
unverändert übernommen und geben
daher die Positionen der Autorinnen wider.