

EWHNET
European Women's Health Network



Netzwerk Frauengesundheit:

**Situation, Konzepte, Herangehensweisen und
Organisationen in der Frauengesundheitbewegung**

Länderbericht Großbritannien

September 1998

EWHNET ist ein Projekt im vierten mittelfristigen Aktionsprogramm der Gemeinschaft für die Chancengleichheit von Männern und Frauen (1996 – 2000) und wird finanziell unterstützt durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Verfasserinnen: Jalna Hanmer
Research Centre on Violence,
Abuse and Gender Relations
Leeds Metropolitan University
Calverley Street, Leeds. LS 1 3 HE
Jane Becker
University of Essex
Department of Sociology
Wivenhoe Park
Colchester CO4 3SQ
United Kingdom, Great Britain

Projektleitung: IFG, Dr. Vera Lasch
Bestelladresse: Ute Sonntag and Katja Eichler
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Germany
Phone: 0049 511 350 00 52;
Fax: 0049 511 350 55 95
e-mail: lv-gesundheit.nds@t-online.de

Copyright: Nachdruck von Beiträgen, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Verfasserinnen. Alle Rechte, auch die der fotomechanischen Wiedergabe sind vorbehalten.
The following text reflects the authors' views. The commission is not liable for any use that may be made of the information contained in that publication.

Hannover 1998

Gliederung

Teil I

Die Frauengesundheitsbewegung und die Herangehensweise in Frauengesundheitsprojekte (Jane Becker)¹

- 1. Die Philosophie der Frauengesundheitsbewegung in Großbritannien**
- 2. Frauen-Gesundheitsaktivitäten in Großbritannien**
- 3. Zusammenfassungen und Folgerungen**

Der Glasgower Ansatz für Frauengesundheit: Health for All Women (Monika Scheffler)

- 1. Einführung: Warum das Beispiel Glasgow?**
- 2. Frauengesundheit und New Public Health**
- 3. Charakteristika des Glasgower Ansatzes für Frauengesundheit**
- 4. Historische Entwicklung des Glasgower Ansatzes**
- 5. Arbeitsebenen**
 - 5.1 Beeinflussung der Politikentwicklung
 - 5.2 Implementation und Partizipation auf Gemeindeebene
 - 5.3 Beeinflussung der Gesundheitsversorgung
- 6. Arbeitsschwerpunkte**
 - 6.1 Frauenarmut
 - 6.2 Psychisches Wohlbefinden und psychische Gesundheit
 - 6.3 Häusliche Gewalt
 - 6.4 Besonders benachteiligte und unterversorgte Frauen: Ethnische Minderheiten, lesbische Frauen, behinderte Frauen

¹ Aufgrund von weiteren Bearbeitungen ist nur ein Teil des Textes des Länderberichtes Großbritannien übersetzt. InteressentInnen verweisen wir auf die englische Fassung des Länderberichtes.

- 7. Die hauptsächlichlichen Akteurinnen**
 - 7.1 Die Women's Health Working Group
 - 7.2 Das Centre for Women's Health
 - 7.3 Die Women's Health Section in der Glasgower Gesundheitsbehörde
- 8. Erfolge der Arbeit**
- 9. Bedeutung des Glasgower Ansatzes für Frauengesundheit in Europa**
- 10. Zusammenfassung**

Anhang: Adressen, Materialien und Literaturempfehlungen

Teil II

Organisationen im Bereich „Frauengesundheit“²

² Siehe Länderbericht Großbritannien in der englischen Fassung.

Die Frauengesundheitsbewegung und die Herangehensweise in Frauengesundheitsprojekten

Jane Becker

1. Die Philosophie der Frauengesundheitsbewegung in Großbritannien

Dienstleistungen innerhalb des Staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS), die sich mit physischen Gesundheitsproblemen befassen, stützen sich normalerweise auf das bio-medizinische Gesundheitsmodell, das sich auf Behandlung konzentriert. Diejenigen, die sich mit psychischen Gesundheitsproblemen befassen, bedienen sich eines psychologischen Gesundheitsmodells. Demgegenüber stellt die Ausrichtung der feministischen Frauengesundheitsbewegung an ganzheitlichen und sozialen Gesundheitsmodellen eine Herausforderung dar. Aus der Perspektive eines ganzheitlichen Gesundheitsmodells, das physische, psychische und spirituelle Gesundheit als ein integriertes System betrachtet, argumentieren Feministinnen, daß:

- i) physische und psychische Gesundheitsbedürfnisse zusammen berücksichtigt werden sollen, um das Wohlbefinden der Frauen zu verbessern
- ii) Dienstleistungen sich auf Vorbeugung anstatt Behandlung konzentrieren sollen.
Aus der Perspektive eines sozialen Gesundheitsmodells „das die Wechselbeziehung zwischen sozialen und wirtschaftlichen Faktoren und Gesundheit und Krankheit berücksichtigt“ (Women's Health Unit, CDCSH 1989: 6), plädierten sie für:
- iii) frauenbezogene Dienstleistungen, von Frauen für Frauen selbst organisiert, die Informationen zur Verfügung stellen, Beratung durch Laienfrauen anbieten und es Frauen ermöglichen, sich gegenseitig im Rahmen von Selbsthilfegruppen zu unterstützen;
- iv) ein Verständnis von Gesundheitsproblemen im Kontext weiblicher Lebenswelten und Lebensweisen
- v) einen Ansatz zur Gesundheitsversorgung, der ausdrücklich die kollektive gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit der Frauen anerkennt.

Frauengesundheitsgruppen initiierten Kampagnen für Gesundheitsdienste zur Förderung des allgemeinen Wohlbefindens von Frauen, mit Unterstützung von Fachfrauen, die in Gesundheitsdiensten oder Gemeindeentwicklung tätig waren und diese Ziele Anfang der 80-er Jahre teilten. Jedoch vergingen oft über fünf Jahre, bis diese Ziele erreicht waren. Viele Gruppen stützten ihre an das örtliche Bezirks-Gesundheitsamt (*District Health Authorities - DHA*)¹ in England und Wales oder an das Gesundheitsministerium (*Health Board - HB*) in Schottland gerichteten Vorschläge auf die Richtlinien für die Modellzentren für allgemeines Wohlbefinden, wie sie 1982 vom Verband der Kommunalen Gesundheitsräte (*Association of Community Health Councils for England and Wales (ACHCE&W)*) als Empfehlung an alle kommunalen Gesundheitsräte (*Community Health Councils - CHCs*) gegangen waren (Stutter et al. 1982). Ohne staatliche Frauengesundheitspolitik stand es jeder DHA frei, sich davon überzeugen zu lassen, daß es einen örtlichen Bedarf für die Einrichtung von *well women centres*¹ gab.

Ich habe drei Haupttypen der Frauengesundheitsdienste aufgrund ihrer Philosophie klassifiziert. Diese drei Haupttypen unterscheiden sich durch das ihnen zugrundeliegende Gesundheitsmodell, das entweder bio-medizinisch, ganzheitlich oder sozial ist. Das ganzheitliche wie auch das soziale Gesundheitsmodell enthalten Aspekte der beiden anderen Modelle. Sie variieren auch in ihrem Verständnis von Frauengesundheit: Im engeren Sinne kann sie nur als reproduktive Gesundheit ausgelegt werden, in einem weiter gefaßten Sinne als Wohlbefinden, auf dem Hintergrund einer feministischen Analyse der schädigenden Auswirkungen von Ungleichheit im Geschlechterverhältnis auf das Leben von Frauen. Ganzheitliche Gesundheitsmodelle bestehen aus beiden Varianten. Es ergeben sich folgende vier Typen:

- Typ 1 - bio-medizinische Herangehensweise an die reproduktive Gesundheit der Frauen (bio-medizinisch/eng)
- Typ 2a) - ganzheitliche Herangehensweise an die reproduktive Gesundheit der Frauen (holistisch/eng)
- Typ 2b) - ganzheitliche Herangehensweise an das Wohlbefinden der Frauen (holistisch/breit)
- Typ 3) - soziale Herangehensweise an das Wohlbefinden der Frauen (sozial/breit)

2. Frauengesundheits-Aktivitäten in Großbritannien

Typ 1 bio-medizinische Herangehensweise an die reproduktive Gesundheit der Frauen

Dieses Modell dominiert im staatlichen Gesundheitsdienst (NHS). Zusätzlich zu den pränatalen und Mutterschafts-Diensten, wurden in den 70-er Jahren von den DHA Krebsvorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs sowie einige unterstützende Dienste für Brust-Vorsorgeuntersuchung angeboten. Die allgemeine Strategie der DHA, die in den frühen 80-er Jahren den Bedarf für *well women clinics* erkannten, war, das Angebot zur Zellabstrichvorsorge und die ambulante Beratung in den entsprechenden Fachkliniken zu erweitern.

Diese *well women clinics* wurden auf der gleichen Basis geführt wie andere Vorsorgekliniken, in denen die Rolle des Arztes durch seine Funktion als *Community Medical Officer* (vom Gesundheitsdienst bestellter Arzt) begrenzt war. Wo eine ambulante Einrichtung auch Familienplanung einschloß, wurden Verhütungsmittel angeboten. In allen anderen Fällen konnten diese Ärzte keine Behandlung anbieten oder Arzneimittel verschreiben, dies blieb das Vorrecht des Hausarztes (General Practitioner). Frauen, die weiterer Behandlung bedurften, mußten wieder an ihren Hausarzt verwiesen werden. Ausnahmen bildeten Dienste, zu denen Patienten direkten Zugang hatten, wie beispielsweise ambulante Patienten bei Diensten für Geschlechtskrankheiten, vormals *Genital Urinary Medicine clinics* (Uro-Genitale Medizinische Beratungsstellen) genannt.

Der Schwerpunkt lag darauf, ambulante Einrichtungen mit weiblichen anstatt männlichen Ärzten auszustatten und medizinische Vorsorge für gesunde Frauen, z.B. Blutdruckmessungen und Brust-Selbstuntersuchung einzuführen. Frauen, die diese Einrichtungen aufsuchten, beschrieben einen großen Unterschied zwischen der *clinic* und ihrem Hausarzt: hier wurde ihnen Zeit gewidmet, sie hatten das Gefühl gehört und ernst genommen zu werden. Diese neuen Arrangements erlaubten es selbstsicheren Frauen, sich stärker an Entscheidungen über ihre Gesundheit zu beteiligen. Diese *well women clinics* wurden jedoch innerhalb bestehender, am bio-medizinischen Gesundheitsmodell orientierter Dienste eingerichtet. Der Unterschied zu den bestehenden Diensten war lediglich, daß man sich des Geschlechts bewußt und etwas vorsichtiger war, einen alleinigen Anspruch auf Fachkenntnis für sich zu reklamieren. Ende der 80-er Jahre wurden die *well women clinics* von zwei Veränderungen beeinflusst. Erstens wurde aufgrund der Einführung der staatlichen Vorsorgepolitik von 1988 für Vorsorgeuntersuchungen vermehrt geworben und diese den Frauen zugänglich gemacht. Den Hausärzten wurde als Ziel gesetzt, die Frauen konsequent zu ermutigen, Abstriche in ihren Praxen anstatt in den *well women clinics* vornehmen zu lassen. Zweitens, viele DHAs, die *well women clinics* eingerichtet hatten, legten diese mit ihren normalen Familienplanungseinrichtungen zusammen, um kombinierte Kliniken zu erhalten. Auf diese Weise wurden Ressourcen von den *well women clinics* abgezogen und für die Bedürfnisse älterer Frauen und auch für Kliniken für jüngere Leute eingesetzt - als Antwort auf die Aidskrise. Eine schottische Kommunalstudie, die zwischen 1992 und 1993 durchgeführt wurde und alle 14 Gesundheitsämter einschloß, erfaßte Familienplanungsdienste und *well women clinics*. Diese Studie bestätigte den Trend: 25% der Einrichtungen waren Beratungsstellen für Familienplanung, 8% waren reine *well women clinics*, 58% waren kombinierte Kliniken und 9% waren Spezialkliniken

(Reid and Murray 1994). Die neuesten Gutachten, die Aufschluß über die Anzahl der *well women clinics* in England und Wales geben, sind über 10 Jahre alt. Bereits 1987 hatten 58% der DHAs erkannt, daß *well women clinics* benötigt werden (Richardson 1987). Eine Umfrage unter den CHCs Mitte der 80-er Jahre im Rahmen einer Untersuchung für den Verband der Familienplanung führte zu dem Ergebnis, daß 85 von 120 DHAs irgendwelche Vorsorge anboten (ACHCE&W 1991). Diese Umfrage berücksichtigt nicht jene Frauengesundheitszentren, die Teil des freiwilligen Sektors sind.

Typ 2a) Ganzheitliche Herangehensweise an die reproduktive Gesundheit

Well women clinics bieten nach den Richtlinien der ACHCE&W Beratung, offene (Gruppen-) Sitzungen und die Möglichkeit an, über viele Fragen mit dem Personal des Gesundheitsdienstes zu sprechen. Frauen haben hier auch die Gelegenheit, Erfahrungen mit freiwilligen Laienfrauen auszutauschen oder Selbsthilfegruppen zu bilden. Das ganzheitliche Modell war tonangebend und lieferte die zugrundeliegende Philosophie der „Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens des ganzen Menschen“, mit Schwerpunkt auf Vorsorge und verstärkter persönlicher Verantwortung zur Erhaltung der Gesundheit (ACHCE&W 1991: 12). Die folgenden beiden Beispiele zeigen, wie unterschiedlich das ganzheitliche Gesundheitsmodell in den *well women clinics* des NHS Trusts² in der Praxis aussah.

1). *Women's Health & Information Centre, Coventry*

Zusätzlich zu einem umfassenden Familienplanungsdienst werden Zellabstrich, genetische Vorsorge und Beratung, Beistand bei Fehlgeburt, Wechseljahreberatung und Frauengesundheitsinformationen über eine Vielzahl von Gesundheitsfragen angeboten. Zielgruppen sind vor allem Frauen, die die meisten Schwierigkeiten beim Zugang zu Hausärzten haben, z.B. junge Frauen unter 16 und asiatische Frauen. Das Zentrum versucht, einen formellen Klinikcharakter zu vermeiden: Es gibt eine kleine Bücherecke, rücksichtsvolle Aushänge und einen eigenen Kinderhort, wo die Kinder bei bestimmten Behandlungsarten betreut werden. Es besteht auch die Möglichkeit, zur Unterstützung freiwillige Laienfrauen anzusprechen, und ein Ausbildungs- und Sitzungsraum steht den Frauen- und Selbsthilfegruppen zur Verfügung.

Dieser Dienst sieht sich vor zwei Kernprobleme gestellt. Zum einen sind einige Allgemeinmedizinische Fonds³ nicht gewillt, weiterhin für diesen Dienst zu bezahlen, wenn dieser in ihren Augen ein doppelter Dienst ist, den Allgemeinärzte bequemer in ihren Praxen anbieten können. Zweitens entwickelt sich ein wachsendes Verständnis dafür, daß Familienplanung nicht nur Frauensache ist. Dies ist dann ein Problem, wenn der Service aus einem WH & IC betrieben wird und der Druck entsteht, einen weniger geschlechtsspezifischen Namen in Erwägung zu ziehen oder es als einen Teil des Sexual- und Familiengesundheitsdienstes neu zu organisieren.

2). *Clinics für gesunde Frauen im Ballantay-Stil*

Zwischen 1986-1989 wurden vom Scottish Office Mittel für eine 3-jährige Pilotphase des ACHCE&W-Modells der *well women clinics* zur Verfügung gestellt. Hier wurden die Richtlinien genau befolgt. Diese Kliniken wurden verglichen mit bestehenden Einrichtungen, die das bio-medizinische Modell anwenden. Aufmerksamkeit, Beachtung und Zufriedenheit nahmen zu, und der Community & Mental Health Service Trust gab seine Zustimmung, dieses Modell als Regelmodell in seinen Kliniken einzuführen. 1994 wurde ein Koordinator für die Modellkliniken bestellt. Während der Durchführung wurde festgelegt, daß alle Kliniken nach diesem Modell betrieben werden sollten und bis heute sind x/28 Gemeindekliniken als Modellkliniken ausgewiesen.

Jede Modellklinik bzw. Einrichtung verfügt über eine Gesundheitsdienst-Assistentin, die verschiedene Unterstützungsfunktionen sowohl für ratsuchende Frauen als auch für das Gesund-

heitsteam der Klinik ausübt. Ein Teil dieser Arbeiten sollte von freiwilligen Laienfrauen in der Pilotklinik übernommen werden. Diese Modellkliniken sind weniger hierarchisch, da die MitarbeiterInnen des Gesundheitsdienstes, Ärzte und Verwaltungskräfte, gleichermaßen geschätzt werden und im Team arbeiten. Die Atmosphäre ist ungezwungener, Erfrischungen und Information stehen in den Warteräumen zur Verfügung. Die Besucherzahlen sind gestiegen, ebenso wurden die Beratungszeiten verlängert, indem Krankenschwestern und Ärzte ihre Beratungstechniken verbesserten. Kinderbetreuung wird ebenfalls angeboten.

Typ 2b) Ganzheitliche Herangehensweise an das Wohlbefinden

Diese medizinischen Versorgungszentren für Frauen basieren auf dem ganzheitlichen Gesundheitsmodell, haben jedoch weitergesteckte Aufgaben: Sie haben ein breiteres und ausdrücklicher feministisches Verständnis von den Auswirkungen der Geschlechterdifferenz auf das Leben von Frauen. Viele dieser Zentren befinden sich im freiwilligen Sektor. Einige bieten keine Vorsorge für gesunde Frauen an und haben keine regelmäßige Mitarbeit durch Spezialisten im Gesundheitsdienst, können aber in spezifischen Projekten eng mit ihnen zusammenarbeiten, während andere ihre Aufgaben auf dem Gebiet der sozialen Unterstützung entwickelt haben. Es besteht ein unhinterfragtes Engagement dafür, sichere, bequeme und leicht zugängliche Orte für Frauen anzubieten, die den dringenden Wunsch verspüren, hineinzuschauen. Gegenseitige soziale Unterstützung unter den Frauen wird sehr geschätzt. Die beteiligten Frauen betrachten ihre Dienste als zusätzlichen Beitrag zum staatlichen Gesundheitsdienst (NHS) und nicht als Konkurrenz, und viele Besucherinnen konsultieren ebenso ihren Hausarzt.

Sie bieten spezielle Dienste für geschlechtsspezifische Thematiken an und helfen bei negativen Erfahrungen, die aus der Geschlechterdifferenz entstehen, einschließlich der Unterstützung für Opfer häuslicher Gewalt und sexuellem Mißbrauch. Sie entwickeln innovative Methoden für Frauen, die unter Agoraphobie und Eßstörungen leiden. Diese Themen werden alle vor dem Hintergrund der Ungleichheit im Geschlechterverhältnis angesprochen. Zusätzlich stehen Selbsthilfe, Information, Beratung und Unterstützung zu einer Vielzahl von Gesundheitsfragen zur Verfügung, die Frauen befähigen und ermutigen sollen, mehr als zuvor Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Die Arbeit einiger Zentren, die in wirtschaftlich benachteiligten Gebieten liegen, hat sich auf Bildung und Hilfe zur Förderung der wirtschaftlichen Aktivitäten von Frauen verlagert, und andere Frauenzentren, die mit dem allgemeinen Ziel auf Frauenbedürfnisse einzugehen, begonnen haben, befassen sich mittlerweile mit mehr als nur Gesundheitsfragen.

Eines der Hauptziele ist es, den Bedürfnissen von Frauen in besonderen sozialen Situationen nachzukommen, da sie entweder zusätzliche Schwierigkeiten haben, einen Zugang zu bestehenden Diensten zu finden und/oder Dienste nicht in Anspruch nehmen, weil sie für ihre Bedürfnisse ungeeignet sind. Es werden Beispiele genannt von erfolgreichen Praktiken zur Einbeziehung von Frauen, denen es schwerfällt, herkömmliche Dienste zu nutzen. Die nachstehend genannten Zentren wurden ausgesucht, um auf die Vielfalt ihrer Aktivitäten hinzuweisen.

1). *Women & Health, London*, mit einer ausgeprägten ganzheitlichen Philosophie, bietet eine Reihe von Körpertherapien zu günstigen Preisen und einen Service für an das Haus Gefesselte an, sowie individuelle Beratung, Gruppenarbeit und einen Service für gesunde Frauen, der von klinisch ausgebildetem Personal geleitet wird.

2). *Women's Health Information Centre, Suffolk* dessen Funktion in der Selbsthilfe und der Unterstützung von Benutzerinnen liegt, bietet Beratung, Workshops und soziale Unterstüt-

zungsaktivitäten durch Laienfrauen, jedoch nicht von klinisch ausgebildetem Personal an und ist bestrebt, Frauen die Möglichkeit zu geben, wirksameren Gebrauch von Gesundheitsdiensten zu machen. Dem Zentrum wurden Lotteriegelder für ein Projekt zur Verfügung gestellt, um Außenstellen in ländlichen Gemeinden einzurichten, wo Frauen ohne eigene Verkehrsmittel isoliert sind und keinen Zugang zu unterschiedlichen Informationsquellen haben.

3). *The Women's Health Centre, Stratford, London*, ein integrierter Service mit ganzheitlichem Gesundheitsmodell, 1995 eröffnet, bietet eine Reihe von Gesundheits- und unterstützenden Diensten für Frauen aus einem Zentrum an, einschließlich Behandlung und Vorsorge.

4). *Women's Centre, Keighley*, dort hat sich Mitte der 80-er Jahre der medizinisch orientierte Service, der auf freiwilliger Basis durch pensionierte Krankenschwestern angeboten wurde, auf Bildung, Ausbildung und Gesundheitsförderung verlagert. Es entwickeln sich dort Spezialbereiche wie soziale Unterstützung, besonders für Betreuer von Verwandten, die an der Alzheimerschen Krankheit leiden sowie ein Ernährungsprojekt, das Gesundheitskost günstig anbietet. Diese Wachstumsbereiche entwickeln sich auf dem Boden ungedeckter Bedürfnisse, die durch das Anwachsen der Politik der „Betreuung in der Gemeinde“ in den vergangenen 10 Jahren entstanden. Laut Aussage des jüngsten Geschäftsberichtes bedeutet dies „unparteiische Information anzubieten und Frauen die Möglichkeit zu geben, selbst die Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Leben zu übernehmen“ (Keighley Women's Centre Business Plan 1997). Das Zentrum ist vom staatlichen Gesundheitsdienst (NHS) unabhängig, hat Lotteriegelder, "single regeneration bid awards" und Mittel von *English Partnership* für die neuen Geschäftsräume erhalten.

5). *Women's health project, Stirling*, 1990 eröffnet, erhält 75% der Mittel vom Schottischen Büro und hat ein besonderes Interesse, die Folgen von Armut für die Gesundheit zu bekämpfen und ein Fachzentrum für Osteoporose einzurichten.

Typ 3 – Soziale Herangehensweise an das Wohlbefinden

Die Bedeutung eines sozialen Gesundheitsmodells, in dem die Dienste Vorsorge durch gemeinsame Aktion betonen und in dem ganzheitliche und bio-medizinische Grundsätze mit einem weitreichenden Verständnis für Frauengesundheit verbunden sind, liegt darin, daß Förderung, Erhaltung und Verbesserung von Frauengesundheit nicht mehr als ein Projekt betrachtet wird, das von einzelnen Diensten wirksam vorgenommen werden kann. Statt dessen verlangt es eine Zusammenarbeit der Anbieter von Gesundheitsdiensten und Nicht-Gesundheitsdiensten innerhalb eines politischen Rahmens. In Großbritannien wurde dieser Rahmen durch zwei Initiativen der Weltgesundheitsorganisation, nämlich "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000", und das "Gesunde Städte"-Projekt bereitgestellt. Beide beruhen auf der Philosophie des *New Public Health Movement* und benötigen die aktive Unterstützung aller öffentlichen Behörden für eine Zusammenarbeit mit dem freiwilligen Sektor und anderen, z.B. örtlichen Universitäten, Colleges und Unternehmen. Ziel ist es festzustellen, wie sich die Dienste auf die Gesundheit von Männern und Frauen auswirken, und gemeinsame Initiativen mit einem hohen Beratungsniveau und einer starken Einbeziehung der Kommune zu entwickeln.

Für die Entwicklung der Glasgower Frauengesundheitspolitik war wichtig, daß Glasgow eine „Gesunde Stadt“ ist. Erstens zählt mit zur Philosophie des Modells „Gesunde Stadt“ die Erkenntnis, daß auch Faktoren außerhalb des Gesundheitsdienstes sich auf die Gesundheit auswirken, z.B. Armut und Ungleichheit. Zweitens bildete es die Strukturen und die Legitimität für die Arbeit in verschiedenen Bereichen. Jedoch haben „Gesunde Stadt“ -Projekte nicht notwendigerweise ein ausgeprägtes Profil in den Bereichen *gender* oder Frauengesundheit; sie

bieten lediglich Möglichkeiten, wenn andere Faktoren vorhanden sind. Hier waren die Aktivitäten des *Womans's Health Movement* entscheidend; kommunale Aktivitäten für Frauengesundheitsfragen waren das Ergebnis und letztendlich waren Frauen mit ausgeprägtem Bewußtsein für die Probleme der Geschlechterdifferenz in Positionen, wo sie potentielle Möglichkeiten nutzen konnten, eine Frauengesundheitspolitik zu entwickeln, koordinieren und durchzuführen. Die drei folgenden Beispiele weiter unten zeigen, wie Frauen diese „Gesunde Städte“-Netze für innovative Arbeit für Frauengesundheit nutzen konnten. Andere Frauengesundheitszentren arbeiten kooperativ an Einzelprojekten statt an einer großen Bandbreite von Themen, z.B. Gesundheitserziehung für asiatische Frauen wie in Preston und Derry, Erstellung eines Krebsatlas, was vom örtlichen Gesundheitsamt (*Health Board - HB*) übernommen wurde.

1). *Women's Health Policy Group, Kirkless*, wo Mittel für eine Beauftragte für Frauengesundheitspolitik zwischen 1994-97 vorhanden waren. Diese hat umfangreiche Beratungen von Frauen in vielen verschiedenen Situationen durchgeführt, um ein einheitliches Bild über die Vielfalt von Gesundheitsbedürfnissen von Frauen in diesem Gebiet zu präsentieren.

2). *Women's Forum, Camden*, das durch den lokalen „Gesunde Stadt“-Koordinator eingerichtet wurde. Ein Mitglied des Management-Komitees "Frauen und Gesundheit" (*Women and Health*) hat zur Zeit den Vorsitz dieses Frauen-Forums inne, das Vertreter aus dem staatlichen und freiwilligen Bereich einschließt. Dies direkte Treffen von Laienfrauen und einem Beauftragten des Gesundheitsdienstes und bietet die Möglichkeit zur Beratung und gemeinsamer Arbeit, um von Frauen in Anspruch genommene Gesundheitsdienste zu beurteilen, z.B. ressortübergreifende Planung der Dienste für an das Haus gefesselte Personen und deren Betreuer, Auditzugang zu medizinischen Versorgungszentren für behinderte Personen und Verbesserung des Inkontinenz-Service. Eine lokale Frauengesundheitspolitik ist in Arbeit.

3). *Women's health policy, Glasgow* - die am weitesten entwickelte Strategie für Frauengesundheit - wurde vom Gesundheitsamt von Groß-Glasgow/Frauen und Gesundheit (*Greater Glasgow Health Board*) übernommen (*Women's Health Working Group 1996: 12*).

Es handelt sich um ein bereichsübergreifendes Projekt mit ausdrücklichem Bewußtsein der schädigenden Auswirkungen von Geschlechterungleichheit auf die Gesundheit von Frauen. Dieses umfassende Modell berücksichtigt Frauengesundheit im sozialen Kontext und schließt die Untersuchung von politischen, wirtschaftlichen und Umwelt-Gesundheitsaspekten sowie bio-medizinische, ganzheitliche und Selbsthilfe-Ansätze ein.

Centre for Women's Health, Glasgow - mit Mitteln des örtlichen NHS-Trust als Teil eines bereichsübergreifenden Projekts im Rahmen der Frauengesundheitspolitik mitfinanziert, wird von den „Gesunde Städte“-Partnern unterstützt. Die Dienste bestehen aus einem Beratungsservice, einem umfassenden Informations-Service mit einer ausgebildeten Vollzeitbibliothekarin, einem Lesben-Gesundheitsdienst mit klinischer Behandlungsmöglichkeit und der Weiterbildung für Beschäftigte im öffentlichen und freiwilligen Sektor, um ihr Verständnis über die Auswirkung ihres Services auf Frauengesundheit zu verbessern. Das Zentrum hat im Auge, daß die von ihm neu entwickelten Arbeitsweisen als Modelle dienen, die in anderen Diensten eingesetzt werden könnten, z.B. Arbeit bei Eßstörungen. Es hat zur ressortübergreifenden Arbeit bei häuslicher Gewalt gegen Frauen beigetragen, einem der wichtigsten Bereiche der Frauengesundheitspolitik.

3. Zusammenfassung und Folgerungen

Konzentration auf die Bereitstellung von Service

Die beste Praxis im staatlichen Gesundheitsdienst (NHS) bedient sich eines ganzheitlichen Gesundheitsmodells bei einem engagierten Service für das allgemeine Wohlbefinden von Frauen.

Im freiwilligen Bereich hat sich eine gute Praxis im Sinne einer Verbesserung des Zugangs zu Diensten entwickelt, indem gezielt Dienste an bestimmte, ansonsten ausgeschlossene Gruppen von Frauen gerichtet werden. Im gleichen Zuge wurde daran gearbeitet, den Gesundheitsbedürfnissen von Frauen auf geschlechtsspezifische Weise entgegenzukommen. Das Überleben der Zentren in den 90-er Jahren ist davon abhängig, ob sie Zentren mit hervorragender Qualität werden und/oder Lücken im Service füllen; beide Arten könnten gute Vorbilder werden, die innerhalb des Gesundheitsdienstsystems eingesetzt werden könnten, z.B. dem staatlichen Gesundheitsdienst (NHS) in Großbritannien und dem freiwilligen Sektor. Andernfalls bleibt ihre Wirkung auf ihr lokales Umfeld und dessen Bevölkerung beschränkt.

Konzentration auf Politik

Einige Trusts und Gesundheitsministerien (HA) verfügen über eine Frauengesundheitspolitik. Grundsätze jedoch, die Wohlbefinden und Gesundheit von Frauen aus der Perspektive eines sozialen Gesundheitsmodells unter ausdrücklicher Anerkennung der schädigenden Auswirkungen geschlechtsspezifischer Ungleichheit ansprechen, sind bisher kaum verbreitet. Normalerweise werden Frauen im Kontext ihrer traditionellen sozialen Rolle als Betreuerinnen innerhalb der Familie und der Gesundheit der Kinder betrachtet, die auf einem eingegengten Verständnis der Frauengesundheit, nur bezogen auf ihre reproduktiven Gesundheitsbedürfnisse, beruhen. Die Ungleichheit der Geschlechter zu bekämpfen, Ungleichheit als Basis für die besonderen Bedürfnisse an Frauengesundheit aufzufassen und Strategien zu entwickeln, die diese Bedürfnisse ansprechen, verlangt Engagement von staatlichen Behörden und die politische Scharfsinnigkeit von geschlechts-bewußten Frauen. Dies ist nicht immer garantiert.

Danksagung

Diese Forschung wurde durch ein ESRC-Stipendium Nr. R00429534020 zwischen 1995-98 unterstützt. Das Dept. of Sociology's Fuller Bequest/ Research Fund der University of Essex hat zusätzliche Fieldwork-Kosten übernommen.

Quellenangabe

¹ DHA bildeten in der Zeit von 1974 bis 1991 den untersten Rang der administrativen Struktur des NHS. Im 1974-er Modell waren sie unter den Area Health Authorities (Gebiets-Gesundheitsbehörde) eingruppiert, die den Regional Health Authorities (RHAs) (Bezirks-Gesundheitsbehörden) unterstanden. Die 1982 eingeführten Änderungen schafften den mittleren Rang ab, so daß die DHAs direkt durch RHA verwaltet wurden. Als Teil der gleichen Umstrukturierung 1974, wurden in England und Wales Community Health Councils (CHCs) (Gemeinschafts-Gesundheitsräte) - eine für jede 200 DHAs - gegründet. Ihr Aufgabe war es, die Stimme des Verbrauchers innerhalb der NHS-Bürokratie zu vertreten und im besonderen diese Klientengruppen zu vertreten die „am wenigsten in der Lage waren, ihre Forderungen zu artikulieren.“ (Klein 1995, 88).

Die den CHCs entsprechenden Behörden in Schottland sind Health Councils.

² NHS Trusts wurden 1991 als Teil einer Umstrukturierung eingeführt, um auf die Einführung des Binnenmarktes und den Käufer/Versorger-Split vorzubereiten, wo Gesundheitsbehörden Käufer und der Trust Versorger wurden. Allgemeinmediziner als Inhaber von Staatsanleihen wurden gleichzeitig geschaffen und waren in der Lage, Dienste zu kaufen und sie anzubieten.

³ Siehe obige Bemerkung

Der Glasgower Ansatz für Frauengesundheit: Health for All Women

Monika Scheffler

1. Einführung: Warum das Beispiel Glasgow?

Die Glasgow Women's Health Policy verbindet die Inhalte der Frauengesundheitsbewegung mit den Health for All Prinzipien der New Public Health Bewegung, wie sie insbesondere durch die Ottawa Charta der WHO beschrieben wurden. Sie beinhaltet ein geschlossenes Konzept einer kommunalen interdisziplinären, multi-organisatorischen Frauengesundheitspolitik. Obwohl dieser Ansatz in Glasgow seit Jahren erfolgreich umgesetzt wird und im vergangenen Jahr 1997 neben der Ernennung zum WHO-Colaboration Centre for Women's Health auch den Commonwealth Award for Excellence als Modell guter Praxis erworben hat, genießt er in Europa wenig Publizität. Dies ist umso bedauerlicher, da kein anderes Beispiel bekannt ist, das einen ähnlich umfassenden und theoretisch fundierten Ansatz in der Praxis umsetzt. In Großbritannien wird die Glasgow Women's Health Policy als der am weitesten entwickelte Ansatz für Frauengesundheit geschätzt: "This initiative is based on a social model of health. It is multi-sectoral in its approach and represents the most advanced strategy for women's health in the UK." (Doyal, 1997)

Aus den genannten Gründen liegt der Schwerpunkt dieses Länderberichtes auf der ausführlichen Darstellung der Glasgow Women's Health Policy. Zunächst wird der theoretische Hintergrund der Glasgow Women's Health Policy dargestellt, indem die Ziele und Prinzipien der Frauengesundheitsbewegung mit denen der New Public Health Bewegung in Verbindung gebracht werden. Um die Übertragbarkeit des Glasgower Ansatzes für Frauengesundheit auf andere Kommunen in Europa auszuloten, gibt eine kurze Darstellung der Geschichte des Glasgower Ansatzes Einblicke in dessen Entwicklungs- und Erfolgsbedingungen. Danach werden die Ebenen, Schwerpunkte und Akteure der Glasgow Women's Health Policy vorgestellt, da die starke Vernetzung der Arbeit ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg ist. Schließlich werden die wesentlichsten Erfolge der letzten Jahre präsentiert, nicht zuletzt um dem Vorwurf zu begegnen, ein so breiter sozialer Ansatz könne keine konkreten Ergebnisse nachweisen. Am Schluß wird die Bedeutung des Ansatzes für die Entwicklung einer europäischen Frauengesundheitsstrategie herausgestellt.

2. Frauengesundheit und New Public Health

Der Verdienst des Glasgower Ansatz für Frauengesundheit ist es, die Inhalte der Frauengesundheitsbewegung mit den Prinzipien der New Public Health Bewegung zu verbinden und entsprechend in der Praxis umzusetzen. Obwohl fast zeitgleich entstanden und teilweise sehr ähnlich in der Kritik an der Misere des herrschenden Medizinsystems, beruhen beide Bewegungen auf einer unterschiedlichen Analyse der zugrundeliegenden Ursachen.

Ausgangspunkt der Frauengesundheitsbewegung war die Analyse, daß die männlich dominierten Praktiken und Institutionen der Gesundheitsversorgung Frauen kontrollieren und entmündigen, wobei das männlich geprägte mechanische und individualistische Verständnis der modernen Medizin die sozialen Ursachen von Krankheit verschleiert, die in der ungleichen Machtverteilung zwischen den Geschlechtern wurzeln. Die anfängliche Gegenstrategie bestand in der Wiedererlangung von Wissen und Kontrolle über den eigenen Körper. Fokus war die zentrale Rolle des Körpers für das Selbstbewußtsein der Frauen. Die

Themen kreisten vor allem um die Medikalisierung sozialer Probleme (z.B. Depressionen), die Medikalisierung des weiblichen Körpers (z.B. Menopause), die medizinische Behandlung von Frauen in der Dritten Welt, gesundheitsschädigende Frauenarbeitsplätze etc. Die Vision war der (auch sexuell) freie weibliche Körper als Gegenstück zum ausgelieferten Frauenkörper auf dem Gynäkologenstuhl. (The Boston Women's Health Book Collective, 1970).

Mit dem Dahinschmelzen der Frauenbewegung im Verlauf der achtziger Jahre haben sich in den entwickelten Ländern auch die feministischen Selbsthilfe-Basisgruppen nahezu aufgelöst. Die Aktivitäten haben sich verschoben zu einem eher anwaltlichen Eintreten professionell im Gesundheitswesen tätiger Frauen für das Recht von Frauen auf eine die Geschlechtsdifferenzen berücksichtigende Gesundheitsversorgung und für einen adäquaten Präventionsansatz, der objektive Lebensbedingungen mit einbezieht. Insbesondere innerhalb der Frauengesundheitsforschung plädieren viele Autorinnen für eine Förderung der Gesundheit von Frauen durch soziale Veränderungen. Trotz der komplexen und differenziert verlaufenden Entwicklung der Frauengesundheitsbewegung lassen sich einige gemeinsame Ziele identifizieren. Auf den vorderen Rängen der Forderungen standen immer das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung, eine erschwingliche, adäquate und humane medizinische Versorgung, die Befriedigung von Grundbedürfnissen, ein sicherer Arbeitsplatz sowie physische Unversehrtheit und Sicherheit. (Doyal, 1995)

In der Praxis blieb die Mehrheit der Frauengesundheitsbewegung trotz aller Kritik an den Grenzen des Medizinsystems befangen in dem Versuch, Einfluß auf eben dieses System zu gewinnen, um eine den Geschlechtsdifferenzen angemessene Versorgung zu erkämpfen. Nicht das Medizinsystem an sich sondern seine geschlechtsspezifische Prägung und männliche Dominanz blieben Hauptkritikpunkte der Frauen.

Ausgangspunkt der New Public Health Bewegung war dagegen die grundsätzliche Infragestellung des medizinischen Modells. Der Nachweis, daß der Gesundheitsstatus der Bevölkerung nicht, wie von der Medizin beansprucht, auf den medizinischen Fortschritt, sondern auf den gestiegenen Lebensstandard zurückzuführen ist, wurde begleitet von der Kritik, daß viele medizinische Heilverfahren nicht nur unwirksam sind, sondern auch Schaden anrichten. Der Schaden beruht, so die radikalen KritikerInnen, neben den unerwünschten Nebenwirkungen der Therapien selber vor allem auf der Medikalisierung des Lebens, welche die Fähigkeiten der Menschen zerstöre, ihr Leben autonom und selbstverantwortlich in der Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Realität zu gestalten.

Auch wenn die Radikalität nicht von allen geteilt wurde, führte diese Kritik zu der mittlerweile zumindest theoretisch akzeptierten Erkenntnis, daß ein weiterer Gesundheitsgewinn nicht durch die medizinische Wissenschaft und die Gesundheitsversorgung, sondern durch Veränderung der Lebensbedingungen zu erzielen ist. Die WHO Strategie Health for All by the Year 2000 reflektiert diesen Paradigmenwechsel weitgehend. Aus den 1985 vom Europäischen Regionalbüro der WHO aufgestellten 32 Zielen der Health for All Strategie lassen sich sechs zugrundeliegende Richtungen herausfiltern:

- Bekämpfung der Ungleichheit im Gesundheitsstatus,
- Gesundheitsförderung statt Krankheitsbekämpfung,
- Beteiligung und Empowerment statt Entmündigung,
- multisektorale Kooperation,
- Schwerpunktsetzung auf gesundheitliche Grundversorgung,
- Verstärkung internationaler Zusammenarbeit.

Darauf aufbauend hat die Ottawa Charta der WHO 1986 die Aufgaben der Gesundheitsförderung wie folgt neu definiert:

- Aufbau gesundheitsfördernder Politik in allen Politikbereichen,
- Schaffung einer die Gesundheitspotentiale unterstützenden Umwelt,
- Stärkung der Basisaktivitäten durch soziale Netzwerke,
- Entwicklung persönlicher Fähigkeiten zur Kontrolle der eigenen Gesundheit,
- Umorientierung der Gesundheitsdienste vom kurativen zum präventiven Modell.

Um die praktische Umsetzung der Health for All Prinzipien voranzutreiben, wurde 1985 das Healthy City Projekt gestartet. Ursprünglich sollten nur wenige Städte einbezogen werden, um praktische Beispiele der neuen Gesundheitsförderung zu entwickeln, von denen andere Städte lernen sollten. Das enorme Interesse an diesem Projekt ließ jedoch eine weltweite Healthy City Bewegung entstehen, in der heute neben den offiziellen WHO-Projekt-Städten mehr als 400 Städte in verschiedenen nationalen Netzwerken einbezogen sind.

Die Verbindung der theoretischen Grundlagen der Frauengesundheitsbewegung mit denen der New Public Health Bewegung ist nicht nur theoretisch möglich, sondern eröffnet auch neue Horizonte für die Frauengesundheitsbewegung. Die Analyse der Frauengesundheitsbewegung, daß durch die Geschlechtshierarchie verursachte soziale Verhältnisse krankmachend sind, und daher ein die Lebensverhältnisse und Geschlechtsdifferenzen einbeziehender Präventionsansatz entwickelt werden muß, kann ohne Abstriche bestehen bleiben, wobei die Ziele und Aufgaben der New Public Health Bewegung als richtungsweisende Lösungsvorschläge interpretierbar sind.

Der Aufbau gesundheitsfördernder Politik in allen Politikbereichen bedeutet dann nichts anderes als die Erringung einer gleichen Machtverteilung zwischen den Geschlechtern in allen gesellschaftlichen Bereichen, die Schaffung einer die Gesundheitspotentiale unterstützenden Umwelt bedeutet die Kreation einer frauenfreundlichen Umwelt, die Verstärkung der Basisaktivitäten durch soziale Netzwerke heißt u.a. die Förderung von Fraueninitiativen und Selbsthilfegruppen, die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten zur Kontrolle der eigenen Gesundheit bedeutet, Frauen die Kontrolle über ihren Körper zurückzugeben, etc.

Die mittlerweile weitgehend anerkannten von der WHO entwickelten Health for All Prinzipien ermöglichen es, die geschlechtshierarchische Machtverteilung zwischen den Geschlechtern in allen Bereichen der Gesellschaft als Hindernis für eine gesundheitsförderliche Entwicklung aller Frauen anzugreifen. Eine die Geschlechtsdifferenzen berücksichtigende Gesundheitsversorgung ist in diesem weitreichenden Konzept nur noch ein Teilziel.

3. Charakteristika des Glasgower Ansatzes für Frauengesundheit

Die Glasgow Women's Health Policy ist ein systematischer und strategischer Ansatz, Frauengesundheit in der Stadt nach den Health for All Prinzipien zu fördern. Sie basiert auf einem sozialen Modell von Gesundheit und sieht ihr Aufgabenfeld weder begrenzt auf Gesundheitsprobleme aufgrund biologischer Unterschiede noch begrenzt auf geschlechtsspezifische Unterschiede der Ätiologie von Krankheit, sondern versucht auch die Geschlechtshierarchie selbst als Hindernis einer gesundheitsförderlichen Entwicklung für Frauen anzugreifen. Verantwortlich dafür sind alle politischen, sozialen und wirtschaftlichen Organisationen bzw. Gruppen in der Stadt. Die Politik und ihre Umsetzung wird von einer überinstitutionellen, multisektoralen Women's Health Working Group entwickelt bzw.

gesteuert. Die Glasgow Women's Health Policy ist ein Schwerpunkt des Glasgower Healthy City Projekts und wurde von den Projektpartnern (Stadtverwaltung, Gesundheitsbehörde, Universitäten u.a.) angenommen.

Die Glasgow Women's Health Policy entwickelt sich, was ihre Schwerpunkte und Strategien anbetrifft, weiter, hat jedoch einige beständige zusammenhängende Charakteristika, die eine starke Übereinstimmung mit den Health for All Prinzipien aufweisen:

- Sie versucht, Frauengesundheit mit der sozialen, geschlechthierarchisch geprägten Rolle von Frauen zu verbinden;
- sie hat eine explizite strategische Perspektive, d.h. über die Finanzierung von Frauengesundheitsprojekten oder -aktivitäten hinaus soll eine Veränderung der Institutionen und ihrer Politik angestrebt werden;
- sie versucht, alle gesetzlichen und ehrenamtlichen Organisationen einzubeziehen, nicht nur der Gesundheitsdienste;
- sie hat eine stark gemeindebezogene Perspektive;
- zur Durchsetzung von Veränderungen wurden innerorganisatorische Bemühungen mit äußerem Druck kombiniert;
- sie hat stets die Verbindung mit Parallelaktivitäten der Frauenbewegung gesucht.

4. Historische Entwicklung des Glasgower Ansatzes

Der folgende Abriss der historischen Entwicklung des Glasgower Ansatzes soll deren Entwicklungsbedingungen in groben Zügen nachvollziehen. Er betont vor allem die Veränderungschancen und Aktionen, die den Erfolg ermöglichten.

Den Anstoß für die heutige Arbeit gab die Frauengesundheitsmesse 1983 in Glasgow, deren Organisation von Frauen aus verschiedenen Einrichtungen getragen wurde. Die bei diesem Anlaß aufgestellten Forderungen wurden von einer Kampagne aufgenommen, die 1984 gegründet wurde und in den nächsten Jahren ein Kristallisationspunkt für einige hundert Frauen aus verschiedensten Bereichen wurde. Erarbeitet wurde eine Frauengesundheits-Charta für die Region mit vielen Forderungen, u.a. der Forderung nach einem öffentlich geförderten Frauengesundheitszentrum. Die Kampagne hat einen wesentlichen Beitrag geleistet, um das Profil der Frauengesundheit innerhalb von Schlüsselorganisationen zu stärken. Dabei ist immer versucht worden, eine möglichst große Bandbreite von Frauen und Männern wirklich demokratisch zu beteiligen, so daß ein Netz von Ideen und informellen Beziehungen zwischen Frauen und Organisationen entstanden ist, das durch spätere gemeinsame Aktionen noch gestärkt wurde.

Mit der Aufnahme Glasgows in das WHO Healthy City Project 1988 war der Weg offen, das Thema Frauengesundheit im Kern der städtischen Institutionen zu verankern. Da die bisherige Frauengesundheitspolitik bereits die Health for All Prinzipien enthielt, wurde sie seit 1990 zu einem Schwerpunkt des Healthy City Projekts. Die bereits vorher existierende Women's Action Group wurde in die Women's Health Working Group umgewandelt. Diese Gruppe ist ein Forum für Repräsentantinnen der Partnerorganisationen des Healthy City Projektes sowie einer Reihe von interessierten Organisationen, Projekten und Initiativen. Ihre Aufgabe ist die Diskussion von Frauengesundheitsfragen und das Finden praktikabler Wege, die Förderung von Frauengesundheit zu etablieren. Die Women's Health Working Group ist im Vorstand des Healthy City Projektes vertreten, worüber beschränkt Ressourcen für die eigene Arbeit erschlossen werden konnten.

Wesentlich für die Akzeptanz der Frauengesundheitsbelange waren auch Entwicklungen in den Partnerorganisationen. Von Bedeutung war die "Social Strategy for the 1980's" des regionalen Kommunalverbandes, welche sowohl Gesundheit als auch Frauenfragen als zwei ihrer Prioritäten nannte. Dies ermöglichte die Einrichtung eines Frauenbüros und die Ernennung einer Frauenbeauftragten, was die Berücksichtigung von Frauengesundheit auf der Entscheidungsebene und in den Abteilungen sicherstellte. Die Stadtverwaltung Glasgow hat eine vergleichbare Struktur erst 1994 als Ergebnis einer konzertierten Aktion eingerichtet, in der die Frauengesundheitsarbeit ein wesentlicher Katalysator war.

Nach ihrer Einrichtung war die Women's Health Working Group mit einer Fülle von Aufgaben und Erwartungen konfrontiert. Eine große Schwierigkeit bestand darin, daß die Vertreterinnen verschiedener Organisationen zwar gewillt waren, die Praxis ihrer Organisationen in Frage zu stellen, jedoch gleichzeitig in deren Strukturen gefangen waren. Zusätzlich war es für einige Mitglieder schwierig, ihre Organisationen von der Mitarbeit in dieser Gruppe zu überzeugen. Die Herausforderung für die Women's Health Working Group war daher enorm. Es mußte sichergestellt werden, daß sie eine effektive Struktur bildete, die in der Lage ist, das Engagement ihrer Mitglieder zu erhalten und sie gleichzeitig in ihrer eigenen Arbeit zu unterstützen. Außerdem war es erforderlich, Frauengesundheitsfragen in einer Weise voranzubringen, daß sie einen sichtbaren Einfluß ausüben.

Ein strategisches Mittel war die Schaffung der Women's Health Policy als ein Hebel für Veränderungen. Sie wurde 1991 als Konsultationspapier veröffentlicht, was ein wichtiger Schritt war, denn die Fülle der Antworten bezeugten das Interesse, das durch vorhergehende Aktivitäten geweckt worden war. Die Women's Health Policy wurde 1992 von den Partnerorganisationen und einer Frauenkonferenz formal angenommen. Allgemeines Ziel ist, die Gesundheit von Frauen und Mädchen in Glasgow zu verbessern. Die Empfehlungen sind hauptsächlich auf strukturelle Veränderungen gerichtet. Sie beinhalten sowohl die Schaffung von Gender-Sensitivität bei bestehenden Dienstleistungen als auch die Entwicklung spezieller Einrichtungen für Frauen. Die Politik hat fünf Prioritäten benannt: Psychische Gesundheit, Frauen als Pflegende, reproduktive Gesundheit, Verringerung der Krankheitsinzidenz, Gesundheit und Sicherheit daheim und am Arbeitsplatz. In der Abteilung Public Health der Gesundheitsbehörde wurde 1993 eine Koordinatorin für Frauengesundheit eingestellt, die die Implementation der Women's Health Policy stadtweit koordiniert.

Ein zweites Politikdokument wurde 1996 verabschiedet, um das Profil der Frauengesundheitspolitik trotz einer lokalen politischen Reorganisation zu wahren. Die übergreifenden Ziele für die zweite Phase sind:

1. die Wahrnehmung und das Verständnis von Faktoren, die die Gesundheit von Frauen beeinflussen, soll gefördert werden;
2. die Beeinflussung der allgemeinen Politikentwicklung, Planung und Dienstleistungen im Sinne einer Verbesserung von Frauengesundheit;
3. die Schaffung von Strukturen innerhalb von Organisationen, die eine Berücksichtigung von Frauengesundheit beeinflussenden Faktoren gewährleisten;
4. die Sicherstellung, daß die von Frauen identifizierten Schlüsselthemen prioritär behandelt werden.

Zusammenfassend wird der Erfolg der Glasgower Arbeit von der Koordinatorin der Women's Health Policy folgendermaßen erklärt: "In no little measure this progress can be attributed to persistence, a willingness to work across boundaries and grasp opportunities as they occurred combined with the support of some key politicians and officers in the organisations

concerned. A strategic perspective together with some fine examples of good practice by women's projects have been also vital." (Laughlin, 1997) Der zukünftige Erfolg hängt davon ab, ob es gelingt, die bestehende Arbeit zu konsolidieren, neue Bereiche erfolgversprechender Arbeit zu bestimmen, die Verbindungen zu den anderen städtischen Institutionen zu stärken und weitere veränderungswillige Menschen zu gewinnen.

5. Arbeitsebenen

Die Glasgow Women's Health Policy versucht Veränderungen zu erreichen, indem sie auf verschiedenen Ebenen die jeweils angemessenen Hebel sucht. Während die Beeinflussung der Politikentwicklung versucht, Einfluß auf die Entscheidungsebene zu nehmen, soll durch die Arbeit auf Gemeindeebene der entsprechende Veränderungsdruck von unten aufgebaut werden. Die Beeinflussung der Gesundheitsversorgung wird wegen der besonderen Erfolge in diesem Bereich als gesonderter Punkt behandelt.

5.1 Beeinflussung der Politikentwicklung der Stadt Glasgow

Die Beeinflussung der allgemeinen Politikentwicklung hat sich in den vergangenen Jahren zu einem immer stärker definierten Arbeitsfeld der Glasgow Women's Health Policy entwickelt. War im Konsultationspapier 1991 nur allgemein die Rede davon, daß die Politik Gleichberechtigung in allen Lebensbereichen anstrebt, enthielt das erste Politikdokument 1992 bereits die Aufgabenstellung, das Wissen über die Gesundheitsbedürfnisse von Frauen und das Verständnis einer Frauengesundheitsperspektive in die Politik und den Planungsprozeß der gesetzlichen und freien Institutionen einzubringen. In zehn Unterpunkten wurden konkrete Empfehlungen genannt: von der Berücksichtigung von Frauenfragen in allen Strategiepapieren der Stadt, über die Schaffung einer Strategie für die psychische Gesundheit von Frauen, die Kreation alternativer Pflegemuster, die Beachtung von Sicherheits- und Zugangsfragen bei der Planung neuer Gebäude bis zu flexiblen Öffnungszeiten aller Dienstleister. Im 1996 angenommenen Politikdokument heißt das Ziel knapp: " Veränderung der generellen Politikentwicklung, Planung und Dienstleistungserbringung, um die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen zu verbessern." Nur noch sechs Unterpunkte sind formuliert, die das konkrete Aufgabenfeld nicht mehr einzeln benennen und daher umfassender sind. Jedoch werden die Mittel zur Erreichung der Ziele klarer benannt. So wird z.B. explizit gefordert, daß die für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen relevanten Daten systematisch in der Politikentwicklung genutzt werden, oder daß alle Dienstleistungen einem Qualitätsassessment unterzogen werden, um deren Angemessenheit gegenüber den Bedürfnissen von Frauen zu prüfen.

Da die Stadt Glasgow und die anderen Partnerorganisationen des Healthy City Projektes die Women's Health Policy angenommen haben, liegt die Verantwortung für deren Umsetzung bei ihnen. Zur Zeit wird im Rahmen einer Doktorarbeit evaluiert, inwieweit die Women's Health Policy in die allgemeine Stadtpolitik implementiert wurde. Die Ergebnisse der Evaluation sind voraussichtlich Anfang 1999 verfügbar.

5.2 Implementation und Partizipation auf Gemeindeebene

Ein wichtiges Prinzip der Women's Health Policy ist die Beteiligung und Konsultation auf Gemeindeebene. Die Sicht der Betroffenen auf ihre eigene Gesundheit und die sie beeinflussenden Faktoren soll maßgeblich für die Politikentwicklung sein. Da Frauen aus der

Gemeinde in der Regel beschränkten Zugang zur Entscheidungsebene haben, ist es notwendig, Frauen durch formalisierte Prozesse aktiv einzubeziehen. Die Women's Health Working Group versucht, insbesondere durch regelmäßig stattfindende dezentrale Netzwerktreffen in den Stadtteilen den Informationsfluß zwischen Politik und Basis herzustellen. Gesundheitsprojekte, Beschäftigte der Verwaltung, Bürgerinitiativen, Frauengruppen oder auch einzelne Interessierte werden auf Stadtteilebene einbezogen, um erstens in einem Prozeß von unten nach oben die Schwerpunkte der Politik zu bestimmen und um zweitens die Politik auf lokaler Ebene zu verankern und zu verbreitern.

Neben den Netzwerktreffen wurde eine Reihe von Initiativen entwickelt, um die Partizipation auf Gemeindeebene zu fördern. Seminare wurden durchgeführt. Auf einer Großveranstaltung wurde 1993 unter Beteiligung von über 100 Organisationen die Bedeutung der Politik für die Gemeinden in zahlreichen Arbeitsgruppen diskutiert. Veranstaltungen mit schwarzen Frauen, Frauen ethnischer Minderheiten, behinderten Frauen oder jungen Frauen sollen sicherstellen, daß spezielle Gesundheitsbedürfnisse berücksichtigt werden, etc.

Ende 1997 wurde begonnen, in einzelnen Stadtteilen durch gezielte Interventionen die Women's Health Policy in den Gemeinden zu implementieren, d.h. Frauengesundheitsaktivitäten in einem der Politik entsprechenden sehr weiten Sinn zu fördern. Als Schlüsselpersonen identifizierte Frauen aus den Stadtteilen definieren die Faktoren, die ihre Gesundheit betreffen selber (z.B. Doppel- und Dreifachbelastung, mangelnde Kinderbetreuung, Verantwortung für Pflege, Isolation und Stress) und entwickeln daraus eigenständig Aktivitäten (z.B. öffentlichkeitswirksame Umfrage unter Frauen im Stadtteil zur Kinderbetreuung und den Effekten für die Partizipationschancen von Frauen in der Gemeinde). Die Aktionen werden nach Möglichkeit durch das Centre for Women's Health unterstützt. Eine Evaluation der ersten drei Implementationsversuche wird im Rahmen einer MPH-Arbeit durchgeführt. Die Ergebnisse werden Ende 1998 zur Verfügung stehen.

5.3 Beeinflussung der Gesundheitsversorgung

Bereits in den achtziger Jahren begann innerhalb der Glasgower Gesundheitsbehörde der Prozeß, Frauengesundheit im Rahmen eines sozialen Modells zu fördern. Zunächst wurde Potential der Gesundheitsdienste abgeklärt, die relevanten geschlechtsspezifischen Daten gesammelt. Die Ernennung einer Beauftragten für Frauengesundheit im Jahr 1987, welche die Aufgabe hatte, die Planung und Entwicklung von Gesundheitsleistungen zu beraten, war ebenfalls ein wichtiger Schritt.

Darüberhinaus wird der Einfluß der Women's Health Policy auf die Gesundheitsversorgung organisatorisch seit 1992 durch eine behördeninterne Arbeitsgruppe und zusätzlich seit 1993 durch eine Koordinatorin für Frauengesundheit, die dem Direktor für Public Health direkt unterstellt ist, sichergestellt.

Die Bemühungen und Ansatzpunkte, Gesundheitsdienste so umzugestalten, daß sie den Bedürfnissen von Frauen entsprechen, sind vielfältig. Zu nennen ist vor allem die Einrichtung eines Centre for Women's Health, dessen Aufgabe es u.a. ist, ungedeckten Gesundheitsbedarf von Frauen auszumachen und Wege guter Praxis zu finden, die Lücken durch besondere Dienste oder innerhalb der Regelversorgung zu füllen. Bedeutend ist auch der laufende Umgestaltungsprozeß der 22 Glasgower Familienplanungskliniken nach einem Modell, das klinische Dienste mit verschiedenen, teilweise über den engeren Gesundheitsbereich hinausgehenden Beratungsangeboten sowie mit Selbsthilfe- und

Gesundheitsförderungsangeboten in einer frauenfreundlichen Atmosphäre kombiniert. Weiterhin wurde eine Strategie für psychische Gesundheit entwickelt, die Optimierung der Reaktion der Gesundheitsdienste auf Frauen mit Gewalterfahrungen untersucht, die geschlechtsspezifische Diagnose- und Überweisungspraxis, Behandlung, Rehabilitation und Heilergebnisse bei Herzkrankheiten überprüft. Richtlinien wurden erarbeitet, um den Auftrags- und Planungsprozess zu beeinflussen. In allen Qualitätsvereinbarungen werden frauensensitive Dienste eingefordert und deren Implementation überwacht. Im nächsten Stadium sollen Datenerhebungssysteme für häusliche Gewalt in den Notfall- und Unfalldienst und die Zahnkliniken eingeführt werden und Richtlinien für die Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen in psychiatrischen und Gemeindediensten eingeführt werden. Darüberhinaus wurden geschlechtsspezifische Richtlinien für die Untersuchung von Gesundheitserfolgen erarbeitet, deren Empfehlungen in der Planung berücksichtigt werden sollen. Eine gezielte Bewußtseinsbildung durch ein Seminarprogramm für ManagerInnen und PraktikerInnen flankiert einen Teil der genannten Maßnahmen.

Trotz der vielen Erfolge, innerhalb des Gesundheitsdienstes frauensensitive und -spezifische Dienste zu fördern, macht der Mangel an Präzedenzfällen die Arbeit oft mühsam. Und sie neigt zu Kurzlebigkeit, wenn nicht strukturelle Veränderungen sie flankieren.

6. Arbeitsschwerpunkte

Die Schwerpunkte der Arbeit haben sich in der Vergangenheit entwickelt und verändert. Die im folgenden genannten Themen sind daher keine vollständige Aufzählung, sie markieren nur die im Moment besonders herausragenden Arbeitsschwerpunkte. Daneben wurden und werden Themen wie Frauen als Pflegende, reproduktive Gesundheit, Gesundheit am Arbeitsplatz, Frauen und Herzkrankheiten, Inkontinenz etc. bearbeitet.

6.1 Frauenarmut

Das in den letzten Jahren geschlechtsspezifisch aufbereitete Datenmaterial ergab, daß 45% aller Frauen unter 50 Jahren in den ärmsten Stadtteilen Glasgows wohnen, was nicht weiter wundert, wenn die Einkommensdaten von Frauen betrachtet werden und zusätzlich einbezogen wird, daß ein Drittel aller Haushalte von Alleinerziehenden (90% weiblich) geführt werden. Gleichzeitig zeigen die Daten, daß die Wahrscheinlichkeit, vor dem 65. Lebensjahr zu sterben, für Frauen in den ärmsten Stadtteilen, verglichen mit den in gehobenen Wohnvierteln lebenden, doppelt so hoch ist. Die Wahrscheinlichkeit an Lungenkrebs oder einer Herzkrankheit zu sterben, ist sogar 3,5 mal höher.

Dies führte dazu, daß die Frauen in Glasgow Armut als wesentlichen gesundheitsbeeinträchtigenden Faktor betrachten und das Thema zu einem Schwerpunkt der Frauengesundheitspolitik machen. Eine Unterarbeitsgruppe der Women's Health Working Group beschäftigt sich speziell mit dem Thema Frauenarmut. Sie beobachtet die kommunale Politikentwicklung unter dem Gesichtspunkt des Zusammenhanges von Frauenarmut und Frauengesundheit und versucht, entsprechenden Einfluß darauf zu nehmen.

6.2 Psychisches Wohlbefinden und psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit wurde in allen Untersuchungen von Frauen in Glasgow als ihre erste Gesundheitspriorität genannt. Obwohl die psychische Gesundheit von Frauen nicht durch die Gesundheitsversorgung alleine verbessert werden kann, sondern dies wesentlicher sozialer

Veränderungen bedarf, spielen die Gesundheitsdienste eine wichtige Rolle. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus VertreterInnen der Gesundheitsbehörde, der Gemeinden und der psychiatrischen Dienste haben die Aktivitäten der PraktikerInnen in den Gemeinden und die Rolle der Beratung im Bereich psychischer Probleme einem Audit unterzogen. Die Gruppe hat die Aufgabe, die Planung und den Vertragsprozeß für Gesundheitsdienste der psychischen Versorgung zu beraten. Ein systematisches Screening für postnatale Depression ist ein Ergebnis dieser Arbeit.

6.3 Häusliche Gewalt

Da häusliche Gewalt die Gesundheit von Frauen schwer beeinträchtigt, ist sie ein Thema der Gesundheitsversorgung. Folgerichtig teilfinanzierte die Gesundheitsbehörde eine große Öffentlichkeitskampagne gegen häusliche Gewalt, die sogenannte Zero Tolerance Campaign. Diese Kampagne war außerordentlich erfolgreich in ihrer Öffentlichkeitswirksamkeit, hat jedoch gleichzeitig den Blick auf die viel zu geringen Hilfsangebote für Frauen mit Gewalterfahrung gerichtet.

Daneben wurde eine Untersuchung initiiert, wie Dienste und Ärzte in verschiedenen Settings auf Frauen mit Gewalterfahrungen reagieren, um dann die Dienste durch Trainingsprogramme für Mitarbeiter und die Einführung von Richtlinien zu verbessern. Die bisherigen Studien haben gezeigt, daß zwar das Wissen und die Einstellung der PraktikerInnen sich durch Fortbildung stark verändert haben, während die Praxis im wesentlichen unverändert blieb! Im Moment werden andere Wege für Veränderungen erkundet.

6.4 Besonders benachteiligte Frauen: Ethnische Minderheiten, Behinderte und Lesbierinnen

Obwohl viele Faktoren die Gesundheit aller Frauen betreffen, gibt es doch Gruppen von Frauen, die aus unterschiedlichen Gründen besonders stark oder anders betroffen sind als die Mehrheit der Frauen, da sie unter einer zusätzlichen Diskriminierung leiden. Ein Schwerpunkt der Glasgow Women's Health Policy besteht daher darin, dafür einzutreten, daß den speziellen Gesundheitsbedürfnissen dieser Frauen adäquat entsprochen wird.

Frauen ethnischer Minoritäten und schwarze Frauen leiden, wie diverse kleine in Glasgow durchgeführte Studien ergaben, häufig in eklatant höherem Maße als andere Frauen an psychosomatischen Symptomen, aber auch an Herzkrankheiten oder Schlaganfällen. Häufig verstärken kulturell bedingte Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten die Probleme. Eine Unterarbeitsgruppe der Women's Health Working Group arbeitet daher speziell daran, die Gesundheitsbedürfnisse schwarzer Frauen und Frauen ethnischer Minderheiten festzustellen. Studien über die Gesundheitsbedürfnisse chinesischer und pakistanischer Frauen wurden durchgeführt, Informationen in diverse fernöstliche Sprachen übersetzt.

Auch behinderte Frauen leiden in vielfältiger Weise unter einer doppelten Diskriminierung. Die gesellschaftliche Reaktion auf behinderte Frauen führt häufig zu vermeidbaren Einschränkungen. Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten gehören auch für behinderte Frauen zum Alltag. Hierzu gehören nicht nur für Behinderte unzugängliche Gebäude, sondern auch Einstellungen der PraktikerInnen, z.B. zur reproduktiven Gesundheit von behinderten Frauen. Eine Untergruppe der Women's Health Working Group erkundet speziell die

Gesundheitsbedürfnisse behinderter Frauen und begleitet diese Arbeit durch öffentlichkeitswirksame Aktionen.

Da Lesbierinnen sich häufig besonders in der gynäkologischen Behandlung diskriminiert sehen, wurde im Centre for Women's Health eine gynäkologische Sprechstunde speziell für lesbische Frauen eingerichtet.

7. Die hauptsächlichen Akteurinnen

Zu den Akteurinnen bei der Entwicklung und Umsetzung der Glasgow Women's Health Policy gehören hunderte von Frauen in den Gemeinden, in der Verwaltung, in der Wohlfahrtsarbeit, in Initiativen, Frauengruppen, etc. Ein so breiter sozialer Ansatz für Frauengesundheit in einer Stadt lebt von der Zusammenarbeit von Frauen aus verschiedenen Bereichen. Die Women's Health Working Group, das Centre for Women's Health und das Women's Health Team in der Gesundheitsbehörde haben jedoch eine besondere strategische Bedeutung für die Entwicklung und Umsetzung der Politik und werden daher im Folgenden kurz gesondert beschrieben.

7.1 Die Women's Health Working Group

Die Women's Health Working Group wurde 1990 unter dem Dach des Glasgower Healthy City Projektes eingerichtet. Sie ist die zentrale politikbestimmende und koordinierende Gruppe für die Entwicklung und Umsetzung der Frauengesundheitspolitik in Glasgow. Die Women's Health Working Group ist im Vorstand des Healthy City Projektes vertreten. Mitglieder der Gruppe sind sowohl Repräsentantinnen verschiedener Abteilungen der Partnerorganisationen des Healthy City Projektes, d.h. der Stadt Glasgow, der Glasgower Gesundheitsbehörde, der Universitäten und anderer Organisationen und Initiativen. Den Vorsitz der Women's Health Working Group hat die Koordinatorin für Frauengesundheit der Glasgower Gesundheitsbehörde. Die Gruppe trifft sich monatlich; ihre Aufgabe ist, Frauengesundheitsfragen zu diskutieren und praktikable Wege zu finden, die Förderung von Frauengesundheit zu etablieren. Die Gruppe hat viele Ergebnisse vorzuweisen, u.a. die Entwicklung der Glasgow Women's Health Policy, das Centre for Women's Health, die Einrichtung von Untergruppen zu Schwerpunktthemen, die Herausgabe vieler Publikationen und Arbeitsmaterialien.

7.2 Das Centre for Women's Health

Das Centre for Women's Health ist das greifbarste Ergebnis der Women's Health Policy. Es wurde 1995 nach über zehnjährigen Bemühungen eingerichtet und relativ gut ausgestattet. Neben der Bereitstellung von Informationen, Beratung, Räumlichkeiten für Selbsthilfe- und andere Gruppen und einer ständigen Kinderbetreuung sind die Hauptziele des Zentrums, die ungedeckten Gesundheitsbedürfnisse von Frauen zu bestimmen und adäquate Antworten darauf zu finden, gute Praxis in der allgemeinen Versorgung zu verankern sowie MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen und Frauengruppen weiterzubilden.

Das Centre for Women's Health hat also, anders als viele Frauengesundheitszentren in Europa, nicht nur eine Versorgungsrolle für spezielle Dienstleistungen für Frauen, die von der allgemeinen Versorgung nicht wahrgenommen werden, sondern gleichzeitig eine strategische Funktion. Diese besteht vor allem darin, seine Erfahrungen in das

Versorgungssystem und in die Politik der Stadt zu übertragen. Hierzu sind eine Beauftragte für Entwicklung, eine Bildungsreferentin und zwei Außendienstmitarbeiterinnen eingestellt, deren Aufgabe es ist, die Verbindung zu anderen Organisationen und Stadtteilen herzustellen.

7.3 Die Women's Health Section in der Glasgower Gesundheitsbehörde

Die Women's Health Section ist ein multidisziplinäres Team von acht Frauen mit Fachkompetenz im Bereich Gesundheitsförderung, Sozialwissenschaften, Epidemiologie, Bedarfsanalyse innerhalb der Abteilung Public Health der Glasgower Gesundheitsbehörde. Das Team wird geleitet von der Koordinatorin für Frauengesundheit. Es ist den Health for All Prinzipien verpflichtet, insbesondere der Sichtweise, daß Gesundheit mit der Geschlechterhierarchie innerhalb der Gesellschaft verkoppelt ist. Seine Aktivitäten sind eng verbunden mit der Glasgow Women's Health Policy. Das prinzipielle Ziel der Sektion Frauengesundheit ist, im Bereich der Aufgaben der Abteilung Public Health, Gesundheitsüberwachung, Gesundheitsschutz und Gesundheitsplanung, die bestmöglichen Effekte auf die Gesundheit von Frauen zu erzielen. Die Beschreibung von Krankheitsmustern, ihrer Ursachen und der Gesundheitsversorgung mit Blick auf das weibliche Geschlecht, jedoch auch auf die ethnische und soziale Herkunft gehört zu den grundlegenden Tätigkeiten des Teams. Die Planung und Implementation innovativer Pilotprojekte und die Beratung des Planungs- und Vertragsprozesses für die allgemeinen Gesundheitsdienste bauen darauf auf. Die Aktivitäten des Teams sind jedoch nicht auf die Gesundheitsversorgung beschränkt, die Unterstützung von Frauengesundheitsaktivitäten anderer Gruppen gehört ebenfalls zu seinem Aufgabenbereich. Die Sektion Frauengesundheit arbeitet zur Zeit an den Themen psychische Gesundheit, häusliche Gewalt, Inkontinenz, reproduktive Gesundheit und Krebs. Spezielle Zielgruppen sind chinesische Frauen und arme Frauen. Darüberhinaus koordiniert die Sektion Frauengesundheit die Zusammenarbeit mit der WHO als Kolaborationszentrum für Frauengesundheit.

8. Erfolge der Arbeit

Die Ergebnisse der bisherigen Arbeit sind vielfältig und komplex, sie umfassend zu beschreiben, ist oft nicht einfach und würde den Rahmen dieses Berichtes bei weitem sprengen. Um jedoch dem Vorwurf zu begegnen, ein so breiter Ansatz könne keine konkret faßbaren Ergebnisse vorweisen, seien hier einige Erfolge hervorgehoben:

- Das Centre for Women's Health wurde im März 1995 eingerichtet, verhältnismäßig gut ausgestattet und hat eine strategische Funktion für die Entwicklung der gesundheitspolitik in der Stadt.
- Häusliche Gewalt wurde durch eine Zero Tolerance Campagne öffentlichkeitswirksam zum Thema gemacht. Eine Untersuchung der Rolle verschiedener Dienstleistungen bei der Unterstützung von Frauen mit Gewalterfahrungen hat erste Ergebnisse erzielt.
- Strukturen, Studien und Dienstleistungen für Frauen mit besonderen Bedürfnissen und Defiziten in der Versorgung, z.B. schwarze Frauen oder behinderte Frauen, wurden entwickelt sowie Einfluß auf die lokale Anti-Armutspolitik genommen.
- Der Einfluß auf das Konzept der Well-Women-Clinics führte dazu, in einem klassischen Bereich der medizinischen Versorgung Beratung über soziale Rechte und Hilfen zu verankern. Eine teilweise fünffache Nutzung durch benachteiligte Frauen kann als Erfolg verzeichnet werden.

- Die Rekommunalisierung der Pflege wurde direkt von der Policy beeinflusst.
- Internationale Aktivitäten ergaben, daß alle Teile der Glasgow Women's Health Policy in einem WHO-Multi-City Action Plan for Women's Health zusammengefaßt und angenommen wurden. Schließlich wurde Glasgow im Herbst 1997 zum WHO-Colaboration Centre for Women's Health ernannt, um einen Erfahrungstransfers auf internationaler Ebene zu gewährleisten. Erstes Beispiel ist ein Unterstützungsprojekt im Bereich Gewalt und Frauengesundheit in Tadschikistan.

9. Bedeutung des Glasgower Ansatzes für Frauengesundheit in Europa

Der Glasgower Ansatzes für Frauengesundheit kann für die Entwicklung einer europäischen Frauengesundheitsstrategie und eine Lobby-Arbeit für Frauengesundheit von großer Bedeutung sein. Er stellt eine adäquate, theoretisch fundierte und praktisch umgesetzte Antwort auf die Analyse der Frauengesundheitsbewegung dar, daß durch die Geschlechterhierarchie verursachte soziale Verhältnisse krankmachend sind, indem er die geschlechterhierarchische Machtverteilung selbst zum Angriffspunkt macht. In diesem Sinne hat der Glasgower Ansatz für Frauengesundheit einen Entwicklungsvorsprung vor den sich üblicherweise auf die Gesundheitsversorgung beschränkenden Bemühungen anderer europäischer Beispiele von Frauengesundheitsaktivitäten. Die jahrelange Praxis in Glasgow beweist, daß ein in den Health for All Prinzipien fundierter Ansatz für Frauengesundheit nicht nur umsetzbar ist, sondern auch erfolgreich sein kann. Bemühungen in anderen europäischen Städten, ein ähnlich anspruchsvolles kommunales Konzept für eine Frauengesundheitspolitik umzusetzen, können sich argumentativ auf dieses von der WHO anerkannte Modell guter Praxis beziehen. Daneben bietet der reiche Erfahrungsschatz, der in Glasgow in vielen Bereichen gesammelt und veröffentlicht wurde, einen unvergleichlichen Fundus für frauengesundheitspolitische Aktivitäten.

Als problematisches, jedoch nicht unüberwindliches Hindernis ist die Provokation, die es für viele Männer und einige Frauen bedeutet, die Definition von Frauengesundheit vor dem Hintergrund von Gender Gleichheit auszuweiten. Der wachsende Anteil der Rhetorik über Männergesundheit erfordert eine konstante Entgegnung, da sie die begrenzten Ressourcen für Frauengesundheit bedroht.

Da der Glasgower Ansatz für Frauengesundheit in mehrerer Hinsicht gegenläufig zu anderen gesellschaftlichen Entwicklungen ist, erfordert seine Durchsetzung einen mutigen und beharrlichen Kampf gegen den Strom. Das Glasgower Beispiel kann auch in der Hinsicht als Modell gelten, daß es auch in nicht vielversprechenden Zeiten möglich ist, Erfolge zu erzielen. Die Akteurinnen der Glasgow Women's Health Policy ermutigen ausdrücklich dazu, den Versuch zu wagen, denn so die Glasgower Koordinatorin für Frauengesundheit: "Opportunities obviously vary from city to city and area to area but themes and the direction of the work could be transferred to any area." (Laughlin, 1997)

10. Zusammenfassung

Die Glasgow Women's Health Policy beinhaltet ein geschlossenes Konzept einer kommunalen interdisziplinären, multi-organisatorischen Frauengesundheitspolitik nach den Health for All Prinzipien der New Public Health Bewegung, wie sie insbesondere durch die Ottawa Charta beschrieben wurden. Sie verbindet Frauengesundheit mit der sozialen, geschlechterhierarchisch geprägten Rolle von Frauen in allen Bereichen der Gesellschaft, sieht

dementsprechend ihr Wirkungsfeld nicht nur innerhalb der Gesundheitsversorgung und hat eine stark gemeindebezogene Perspektive. Ihre Umsetzungschancen in Glasgow erhöhten sich mit dem Eintritt der Stadt in das WHO Healthy City Projekt 1988. Seitdem stieg der Einfluß auf die Politikentwicklung der Stadt und die Strukturen der Gesundheitsversorgung, während die Partizipationsbemühungen auf Gemeindeebene sich ebenfalls verstärkten. Die Arbeitsschwerpunkte sind vielfältig, konzentrieren sich jedoch auf von Frauen selbst definierte Prioritäten, z.B. psychische Gesundheit oder häusliche Gewalt, oder besonders benachteiligte Zielgruppen, z.B. arme Frauen oder ethnische Minderheiten. Zentrale politikbestimmende Institution ist die Glasgow Women's Health Working Group; von zentraler strategischer Bedeutung ist weiterhin das Centre for Women's Health und die Women's Health Section innerhalb der Glasgower Gesundheitsbehörde. Die Arbeit der vergangenen 15 Jahre Frauengesundheitspolitik in Glasgow war extrem erfolgreich. Obwohl oft komplex und in manchen Fällen schwer bestimmbar können auch viele konkret faßbare Erfolge benannt werden. Glasgow kann als Modell guter Praxis für kommunale Frauengesundheitspolitik in Europa genutzt werden.

Anhang: Adressen, Materialien, Literaturempfehlungen

Adressen:

Glasgow Women's Health Working Group
and
Women's Health Section, Department of Public Health,
c/o Sue Laughlin, Women's health Policy Co-ordinator, Greater Glasgow Health Board, PO
Box 15327, 350 St Vincent Street, Glasgow, G3 8YU

Centre for Women's Health,
6 Sandyford Place, Sauchiehall Street, Glasgow G3 7NB

Ausgewählte Materialien (Materialien zu Einzelthemen wie Gewalt gegen Frauen oder Frauen ethnischer Mioritäten bitte anfragen):

The Glasgow Women's Health Book, 1993; Ein Handbuch mit Adressen

Glasgow's Health - Women Count, 1994; Ein Frauengesundheitsbericht

Women's Health Policy for Glasgow, Phase 2, Creating equality in health for women, October 1996; Eine Kurzdarstellung wichtiger Daten, Ziele, Erfolge

Action for Women's Health, Making Changes Through Organisations, 1997; Ein Aktionspaket mit konkreten Beispielen und Hilfestellungen

Women's Talking, A series of mini-magazines on women's health in Glasgow, seit 1994; Eine Reihe von speziell für Frauen entwickelten Informationsblättern zu verschiedenen Themen der Gesundheitsförderung

Literaturempfehlungen:

Lesley Doyal, *What Makes Women Sick, Gender and the Political Economy of Health*, London 1995, MACMILLAN PRESS LTD: Eine gut geschriebene, umfassende und sehr gut strukturierte Arbeit zu den Bedingungen von Frauengesundheit mit einer sehr weiten Perspektive, beinahe ein Handbuch. Nahezu unverzichtbar!

Lesley Doyal (Ed.), *Women in the NHS: Is there a case for change*, erscheint voraussichtlich im Oktober 1998: Eine umfassende Sammlung der momentanen Frauengesundheitsaktivitäten innerhalb des National Health Services in Großbritannien mit einer Bewertung und einem Ausblick. Enthält auch einen Aufsatz von Sue Laughlin über die Effekte der Glasgow Women's Health Policy auf die Glasgower Gesundheitsdienste.

The Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves*, New York 1970: Der Klassiker der Frauengesundheitsbewegung.

Wendy Renade: *A Future for the NHS? Health Care in the 1990s*, London and New York 1994, Longman Group UK limited: Eine leicht zu lesende und genial kurze Zusammenfassung der Entwicklung des National Health Services im Kontext ideologischer Kritik, inklusive feministischer und New Public Health Kritikpunkte.

ⁱ Der Terminus "well women clinics" wurde nicht übersetzt. Vergleichbare Einrichtungen gibt es in Deutschland nicht. Es handelt sich um Einrichtungen, die Frauen besuchen können, um ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit zu erhalten. Es gibt Gesprächsangebote und medizinische Diagnostik, aber keine Behandlung. Da zu werden die Frauen zum Hausarzt überwiesen. Sie kommen aber besser informiert dorthin.