

EWHNET
European Women's Health Network



Netzwerk Frauengesundheit:

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

Länderbericht Bundesrepublik Deutschland

September 2000

EWHNET ist ein Projekt im Vierten Mittelfristigen Aktionsprogramm der Gemeinschaft für die Chancengleichheit von Männern und Frauen (1996 – 2001) und wird finanziell unterstützt durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Verfasserinnen: Vera Lasch, Brigitte Hantsche, Eva Schindele, Catrin Halves, Cornelia Burgert, Christina Sachse, Regina Stolzenberg, Ute Wülfing, Christiane Niehues, Birgit Babitsch, Judith Fuchs, Daphne Hahn, Karin Wieners, Hildegard Hellbernd

Bestelladresse: Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
30165 Hannover
Germany
Tel.: 0511 3500052
Fax: 0511 3505595
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 texts reflect the authors' views. The commission is not liable for any use that may be made of the information in that publication.

erste Auflage: Hannover 1998 (Vera Lasch; ifg, Institut Frau und Gesellschaft)

zweite Auflage: Hannover 2000 (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen)

Inhalt:

Teil I	5
1. Einleitung	5
2. Aspekte der Geschichte der Frauengesundheitsbewegung	7
3. Vertiefende Beiträge	9
3.1 <u>Der Aufstieg der Gynäkologie und die Pathologisierung des Weiblichen unter besonderer Berücksichtigung der weiblichen Übergangsphasen: Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre</u>	9
3.1.1 <u>Aufstieg eines Berufstandes</u>	9
3.1.2 <u>Der Hormonboom</u>	9
3.1.3 <u>Risiko: weiblich</u>	9
3.1.4 <u>Die Erwartungen der Frauen an die Gynäkologie</u>	11
3.1.5 <u>Zur Diskussionen gestellt - Standortbestimmung der Frauengesundheitsbewegung</u>	12
3.2 <u>Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe zwischen Normierung und Reform</u>	13
3.2.1 <u>Einführung</u>	13
3.2.2 <u>Kritik an der Klinikgeburt</u>	13
3.2.3 <u>Einwände gegen die Pränataldiagnostik</u>	13
3.2.4 <u>Das Konstrukt der Risikoschwangeren</u>	14
3.2.5 <u>Klinikroutine und Marketingstrategien</u>	14
3.2.6 <u>Alternativen zur Klinikentbindung</u>	15
3.2.7 <u>Stillen</u>	16
3.2.8 <u>Hebammenforschung</u>	16
3.3 <u>Wechseljahre</u>	18
3.3.1 <u>Das Erscheinungsbild der Wechseljahre in unserer Gesellschaft</u>	18
3.3.2 <u>Sozialer Hintergrund</u>	18
3.3.3 <u>Der Umgang mit den Wechseljahren in der Medizin</u>	19
3.3.4 <u>Zur Problematik der Osteoporoseprophylaxe</u>	20
3.3.5 <u>Alternativen und andere Behandlungsweisen</u>	20
3.3.6 <u>Organisationen, die sich dem Thema Wechseljahre widmen</u>	21
3.4 <u>Mammakarzinom</u>	24
3.4.1 <u>Das Problem</u>	24
3.4.2 <u>Historische Entwicklung</u>	25
3.4.3 <u>Was soll anders werden?</u>	26
3.4.4 <u>Welche Organisationen nehmen sich des Themas an?</u>	26
3.4.5 <u>Strukturmerkmale des Gesundheitssystems</u>	27
3.5 <u>Kritikpunkte an der operativen Gynäkologie</u>	29
3.5.1 <u>Gynäkologie als "chirurgisches" Fach</u>	29
3.5.2 <u>Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie</u>	29
3.5.3 <u>Problembereich operative Technik</u>	30
3.5.4 <u>Systembedingte Interessenskollisionen</u>	30
3.5.5 <u>Bewertung weiblicher Organe und psychosomatischer Zusammenhänge</u>	31
3.5.6 <u>Rehabilitation und Nachsorge</u>	31
3.6 <u>Gewalt macht krank - Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit</u>	32
3.6.1 <u>Gewalt gegen Frauen und Mädchen</u>	32
3.6.2 <u>Gesundheitliche Auswirkungen der Gewalt gegen Frauen und Mädchen</u>	36
3.6.3 <u>Gewalt als Thema in der medizinischen Versorgung</u>	38

3.6.4	Unterstützungsangebote für von Gewalt betroffene Frauen und Mädchen	40
3.6.5	Ausblick und Forderungen	41
3.7	Frauengesundheitsforschung in Deutschland	46
3.7.1	Entwicklung der Frauengesundheitsforschung in Deutschland:	46
3.7.2	Frauengesundheitsberichterstattung	48
3.7.3	Soziale Lage und die Gesundheit von Frauen	51
3.7.4	Methoden einer geschlechtssensiblen Gesundheitsforschung	53
4.	Kurze Charakteristik der Strukturen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik	58
4.1	Grundzüge	58
4.2	Organisation des Gesundheitswesens	58
4.3	Gesundheitsreformgesetz	60
4.4	Diskussionen zum Gesundheitssystem	61
Teil II	62
5.	Organisationen im Bereich "Frauengesundheit"	62
5.1	Verbände, Netzwerke, Vereine, Stiftungen	62
5.1.1	Koordinierungs- und Informationsstellen	62
5.1.2	Naturheilkunde	65
5.1.3	Berufsverbände und vergleichbare Organisationen	68
5.1.4	Netzwerke, Vereine, Stiftungen im Bereich der Gesundheitsförderung	94
5.2	Einzelne gesundheitliche Problemlagen	114
5.2.1	Aids	114
5.2.2	Essstörungen	118
5.2.3	Krebs	124
5.2.4	Psychiatrie	126
5.2.5	Sucht	129
5.3	Reproduktive Gesundheit	137
5.3.1	Sexualität	137
5.3.2	Müttergenesungswerk	147
5.3.3	Schwangerschaft und Geburt	149
5.4	Gewalt	161
5.4.1	Organisationen und Projekte im Bereich Gewalt und Gesundheit	163
5.4.2	Projekte und Organisationen im Bereich Gewalt und medizinische Versorgung	163
5.4.3	Kooperations- und Interventionsprojekte gegen Gewalt gegen Frauen	165
5.4.4	Fortbildungsangebot im Bereich der therapeutischen Versorgung	165
5.5	Migrantinnen	166
5.6	Mädchen	169

Teil I

1. Einleitung

Ähnlich wie in anderen westeuropäischen Ländern entwickelte sich die Frauengesundheitsbewegung zu Beginn der 70er Jahre. Zwei Anlässe und Themen waren hier wichtig:

- Die Kampagne für eine straffreie Abtreibung, die eine große Zahl von Frauen vereinte
- Der Besuch kalifornischer Frauen in Berlin, die in die Methode der Selbstuntersuchung einführten

Inzwischen haben sich vielfältige Ansätze, Organisationen und Einrichtungen entwickelt. Ein großer Teil arbeitet autonom bzw. finanziert sich weitgehend selbst. Schwerpunkte sind deutlich in der Gesundheitsförderung, -bildung und -beratung auszumachen. Es hat auch eine Ausstrahlung von Frauengesundheitsfragen in Verbände (Volkshochschulen, Wohlfahrtsverbände) und staatliche Institutionen stattgefunden. Insbesondere die Frauenbeauftragten nehmen sich hier auf kommunaler Ebene Frauengesundheitsfragen an. Auch die Politik erkennt zunehmend diese Fragen, wobei das Fachministerium selbst aber mit keinem eigenen Schwerpunkt Frauengesundheitspolitik betreibt, sondern Frauengesundheitsfragen als Querschnittsaufgaben vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend sowie von anderen öffentlichen und politischen Akteuren vertreten werden wie z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und jüngst auch des Deutschen Städtetages. Die Ausstrahlung auf das Medizinsystem selbst beginnt sich zu entwickeln. Vereinzelt werden Frauengesundheitsperspektiven in Ausbildung und Ausbildungsinstitutionen aufgenommen. Ebenfalls (auch vereinzelt) sind frauenzentrierte Ansätze in Behandlung, Rehabilitation und psychiatrischen Institutionen entstanden.

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem einen im Vergleich hohen Standard aufweist, gibt es folgende Felder, an denen sich Kritik und Veränderungswünsche von Seiten der Frauen artikulieren. Die Diskussion lagert sich an folgende Themen an: Professionelle Kompetenz, Konflikte um angemessenere Methoden, Unterschiede zwischen Frauen. Im ersten Diskussionsfeld geht es um andere Modelle von Behandlung und Unterstützung, beispielsweise bei gynäkologischen Problemen, prä- und perinatale Begleitung, Psychotherapie und reproduktive Technologien. Der nächste Diskussionschwerpunkt gruppiert sich etwa um unnötige Operationen, Gewalt gegen Frauen, Menopause und Hormonsubstitution, Screening bei Brustkrebs, Unterdrückung von Frauenmeinungen in der Forschung. Die Bedeutung von Unterschieden zwischen Frauen wird im Hinblick auf unterschiedliche Diskriminierungen, auf unterschiedliche Störungen, unterschiedliche ethnische Gruppen sowie unterschiedliche sexuelle Orientierungen geführt.

Die folgende Übersicht hat nicht den Anspruch, *alle* Entwicklungen, Aspekte und Themen vorzustellen. Er soll ein Kurzüberblick über Themen und Organisationen gegeben werden. Die einzelnen vertiefenden thematischen Beiträge, die in sich als unabhängige Bausteine zu lesen sind, markieren *eine Auswahl*. Den Einzelbeiträgen sind folgende Fragestellungen zugrundegelegt:

- Was hat Unmut und Konflikt ausgelöst?
- Welche strukturellen Probleme wurden deutlich?
- Welche anderen Möglichkeiten wurden gefunden?
- Welche Organisationen haben sich der Fragen angenommen?

Verantwortlich für die Auswahl der Beiträge, den einleitenden Rahmen sowie die Charakteristik des Gesundheitssystems sind Dr. Vera Lasch und ihre Mitarbeiterin Brigitte Hantsch (Institut Frau und Gesellschaft). Die Aktualisierung des Berichtes und die Ergänzung um die Beiträge zu Gewalt gegen Frauen und Gesundheit sowie zur Frauengesundheitsforschung in Deutschland erfolgten durch die neue Projektleiterin Ute Sonntag und ihre Kollegin Katja Eichler. Die Beiträge wurden von Expertinnen im Frauengesundheitsbereich geschrieben.

2. Aspekte der Geschichte der Frauengesundheitsbewegung

Wenn in Deutschland von Frauengesundheitsbewegung die Rede ist, dann ist die Gesundheitsbewegung in Westdeutschland gemeint. Das heißt nicht, dass in Ostdeutschland Frauengesundheit kein Thema war. Sie war vielmehr eingebunden ein "sozialpolitisches Modell" der staatlichen Daseinsfürsorge. Der Staat fühlte sich verantwortlich dafür, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Frauengesundheit bereitzustellen. D.h. vor allem für Vereinbarkeitsregelungen zwischen Beruf und Familienleben (Mutterschutz, Arbeitsschutz, Kinderbetreuung, Freistellung im Krankheitsfall), für gesundheitliche Vorsorge durch Reihenuntersuchungen in Betrieben zu sorgen und den finanziellen Rahmen dafür bereitzustellen, dass Krankheit und Krankheitsfolgen im Rahmen zumutbarer Belastbarkeit blieben. Eingeschlossen waren Familiensicherung, Wohnung, Erholung und Teilhabe an Kultur. In diesem staatlichen Rahmen waren auch Schwangerschaftsunterbrechungen als ein Weg der Familienplanung integriert. Eine Diskussion frauenspezifischer Wünsche und Probleme in der Öffentlichkeit gab es nicht, bestimmte Themen wurden tabuisiert, wie häusliche Gewalt und Medikalisierung bei Depressionen. Mit der Wende wurden die Strukturen des staatlichen Gesundheitswesens aufgelöst. Gesundheit wurde von Seiten der Anbieter und der Nachfrager zum Feld von Eigeninitiative. Hier konnten einerseits bisher tabuisierte Bereiche im Feld der Frauengesundheit angegangen werden, wie die Einrichtung von Frauennotruf und Frauenhäusern und gemeindenaher Versorgung im psychiatrischen Bereich, sowie frauenfreundliche Initiativen und Frauengesundheitszentren entstehen, auf der anderen Seite waren die sozialpolitisch Strukturen für eine Frauengrundsicherung weggebrochen, ebenfalls auch der einzige Lehrstuhl für soziale Gynäkologie, den eine Frau inne hatte.

In Westdeutschland begann die Frauengesundheitsbewegung mit drei Themen: dem Kampf gegen die Kriminalisierung von Abtreibungen, der Veränderung der Muster der Klinikgeburt und der Kritik an der Enteignung durch das Medizinsystem. Im Gesundheitsbereich bildete sich an diesen Themen der Kampf um *Selbstbestimmung* der Frauenbewegung in dieser Zeit ab, der zu einer allgemeinen Sensibilisierung gegenüber männlich geprägten Machtstrukturen geführt hatte. Auseinandersetzung mit Frauengesundheit bedeutete auch immer eine Auseinandersetzung mit der Position der Frau in der Gesellschaft und sollte in einer Politisierung münden, denn Unterdrückung sollte bewusst werden. Die kritische Betrachtung der Sichtweise des Frauenkörpers und der Behandlung von Frauen in der Medizin führte zum Wunsch, die eigene Sicht und verschüttetes weibliches Wissen (Hebammenwissen, Naturheilkunde) diesem abwertenden Bild entgegenzusetzen. In selbstorganisierten Gruppen begannen Frauen mit Selbstuntersuchung, eine Auseinandersetzung mit Weiblichkeit wurde geführt. Schon früh entstand die Forderung nach eigenen Frauengesundheitszentren. Das Erste wurde Ende der 70er Jahre in Berlin gegründet, weitere folgten. Die Kritik am Medizinsystem konzentrierte sich auf die Spannungsfelder:

- Organmedizin vs. Ganzheitlichkeit
- Hierarchisch vs. egalitär
- Pathologisierung vs. Wertschätzung
- Medikalisierung vs. Naturheilkunde

Angesichts der mangelnden Aufklärung in der Öffentlichkeit über weibliche körperliche Funktionen, über weibliche Lebensweisen und Probleme waren (und sind) wichtige Ziele der Frauengesundheitszentren (und nicht nur dieser) die *Weitergabe von Wissen* (im gynäkologischen und schulmedizinischen Bereich, zur Naturheilkunde, alternativen Heilweisen und präventativer Gesunderhaltung) und die *Anleitung zur Selbsthilfe* sowie die *Förderung von Selbstheilungskräften*.

In den 80er Jahren entfaltete sich nicht nur die Diskussion um Gewalt gegen Frauen, die im Aufbau gemeindenaher Einrichtungen der Zuflucht und Hilfe mündete, auch bestehende therapeutische Ansätze wurden kritisch hinterfragt. Es entstanden frauenspezifische Therapiekonzepte und (Beratungs-) Einrichtungen (z.B. für Essstörungen, Drogenberatung und Therapie, später auch die Aids-Hilfe) sowie Methoden und Institutionen der feministischen Therapie. Konzepte und Angebote zur Gesundheitsförderung wurden weiterentwickelt und ausgedehnt. Vom Wissenschaftsbereich aus werden von den Gender Studies Fragen der Geschlechterdifferenz auch auf Frauengesundheitsfragen bezogen.

Ende der 80er und zu Beginn der 90er Jahre kam es zum Aufbau überregionaler und (interdisziplinärer) nationaler Organisationen und Netzwerke, zu Ansätzen einer stärkeren Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene (aber nicht zu einem Healthy City Projekt mit frauenspezifischem Schwerpunkt wie in Glasgow) und zur vorsichtigen Thematisierung von Frauenperspektive in den ärztlichen Landesorganisationen.

Die Frauengesundheitsbewegung hat sich vom Schwerpunkt reproduktive Gesundheit ziemlich schnell auf weitere Bereiche ausgedehnt. Es ist schwierig, den gegenwärtigen Stand der Frauengesundheitsbewegung auf einen Nenner zu bringen. Ein Spannungsfeld lässt sich durch die Begriffe Autonomie vs. Integration beschreiben. Die westdeutsche Frauengesundheitsbewegung folgte in weiten Teilen dem Prinzip der Autonomie. Unabhängigkeit von "fremdbestimmter Macht" und Finanzierung sowie Stärkung der Unabhängigkeit der Ratsuchenden von Institutionen als Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe sind in ihren Auswirkungen ambivalent. Sie schützen vor Vereinnahmung und aktivieren die Suche nach eigenständigen Lösungen, sind aber auch mit der Gefahr der Isolierung verbunden. Diese Tendenz trifft auf Teile der westdeutschen Frauengesundheitsbewegung zu. Auf Seiten der Adressatinnen ist ein Wunsch zur Selbstorganisation und Eigenverantwortung vonnöten. Hier macht sich ein Generationswechsel bemerkbar. Ein Teil der Frauen verlangen individuelle und spezialisierte Hilfe, die teilweise durch die Gruppenstruktur vieler Angebote nicht aufgefangen werden kann. Andere konsumorientierte Gesundheitsangebote und Fitness machen der Beschäftigung mit sich selbst durch Selbstuntersuchung Konkurrenz. Junge Frauen bauen auf den Errungenschaften der Frauenbewegung auf, ohne deren Ziele und Inhalte als solche zur Kenntnis zu nehmen.

Auf der anderen Seite zeigt die Entwicklung, dass Integrationen (z.B. durch kommunale und staatliche Förderung von Frauenberatung) und Wandlungen in den Gruppen und Initiativen zu verzeichnen sind. Dieses ist nicht immer unproblematisch wie die vertiefenden Beiträge zeigen.

Auch im Gesundheitssystem sind neue Problematiken entstanden. Dies gilt z.B. für die gesetzliche Veränderung der Beratungspraxis bei Schwangerschaftsabbrüchen oder auch für die Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes etwa durch die Ausweitung von Zuzahlungen und die Begrenzung von Ausgaben zur Gesundheitsförderung.

3. Vertiefende Beiträge

3.1 Der Aufstieg der Gynäkologie und die Pathologisierung des Weiblichen unter besonderer Berücksichtigung der weiblichen Übergangsphasen: Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre

Dr. Eva Schindele

3.1.1 Aufstieg eines Berufstandes

Die Gynäkologie erlebte in den letzten 30 Jahren eine stürmische Entwicklung. In den alten Bundesländern verdoppelte sich die Anzahl der niedergelassenen GynäkologInnen von 1976 (mit 3870 Niedergelassenen) bis 1997 (7811).

Gleichzeitig sind die FrauenärztInnen zu den HausärztInnen der Frauen geworden. Dabei sind die meisten Frauen, die einen Frauenarzt/ärztin aufsuchen, nicht krank, sondern höchstens in ihrer Weiblichkeit verunsichert. Es gelang der Gynäkologie in den letzten Jahrzehnten, sich der gesunden Frau zu bemächtigen und die Selbstwahrnehmung von Frauen tiefgreifend zu beeinflussen (Schindele 1993/95)¹.

Mehrere Faktoren haben den Aufstieg des Berufsstandes in Deutschland mit vorangetrieben:

3.1.2 Der Hormonboom

Der Erfolg der Gynäkologie ist eng verbunden mit der Pharmaindustrie, vor allem dem Boom der Hormone:

- Die hormonelle Verhütung (Anti-Baby-Pille), die sich seit den 70er Jahren immer mehr als Verhütungsmethode durchgesetzt hat,
- Die Hormone zur Regulierung des Zyklus und zur Stimulation des Eisprungs bishin zur In-Vitro-Fertilisation (seit Mitte der 80er Jahre),
- Hormonsubstitution in den Wechseljahren (seit Anfang der 80er).

Hormone sind rezeptpflichtig und erfordern eine regelmäßige Untersuchung durch die GynäkologIn. Dies bindet Frauen an den Fachmann/frau. GynäkologInnen sind zu den AnsprechpartnerInnen bei sexuellen und Partner-Problemen geworden. Abgesehen davon, dass Gynäkologen als Organmediziner kaum Wissen über psychische oder psycho-sexuelle Fragen haben, werden so die Verhütungsfragen oder Partnerkonflikte auch zu den alleinigen Problemen der Frauen gemacht, und die Frauen sind für ihre Lösung zuständig.

3.1.3 Risiko: weiblich

Vor allem durch die Einführung des Risikobegriffes in die Gynäkologie ist es gelungen, die Frauen an sich zu binden. Denn wen schüchtert die Vielzahl von Risiken, der angeblich Frauen schon allein durch ihre Geschlechtlichkeit ausgesetzt sind, nicht ein? Dabei sind ja Risiken nichts weiter als Wahrscheinlichkeitsberechnungen für ein Ereignis, das eintreten kann, oder auch nicht. Die Gynäkologie bietet an, diese statistischen Risiken nun durch ständige Überwachung bei der individuellen Frau zu bändigen, nicht selten, ohne dass mit wissenschaftlichen Studien wirklich belegt wäre, dass diese oder jene medizinische Maßnahme auch wirklich sinnvoll ist.

¹ Schindele, Eva: Pfusch an der Frau. Krankmachende Normen. Überflüssige Operationen. Lukrative Geschäfte. Aktualisierte Ausgabe: Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1996

Der Vorsorgegedanke wurde im letzten Jahrzehnt von der Gynäkologie zunehmend propagiert. Dabei geht es um ein sehr eingeschränktes Verständnis von Vorsorge: der frühen Erkennung von Krankheitsanzeichen, um sie in diesem Stadium (so hofft man zumindest) besser behandeln zu können. Vorsorge heißt also, den weiblichen Körper ständig auf Pathologisches durchzuchecken. Dabei ist die Abgrenzung von Pathologie und Noch-Normalem in der Praxis oft schwierig, deshalb werden vorsichtshalber viele Abweichungen bereits im Vorfeld als krankheitsverdächtig eingestuft, um sie unter Kontrolle zu halten.

Im Mittelpunkt der Propaganda steht die Drohung an die Frauen, krank zu werden, wenn sie nicht dem ärztlichen Ratschlag folgen: keine Früherkennungsuntersuchungen machen, keine Mammographie, nicht regelmäßig zur Schwangerenvorsorge gehen oder keine Hormone schlucken. Das heißt, dieser Risikobegriff transportiert von vornherein - Angst vor Krankheit (oder im Falle einer Schwangerschaft Angst vor einem kranken Kind), statt Lust und Freude am Leben und der eigenen Körperlichkeit zu fördern.

Weibliche Lebensübergänge

Frauen leben in Monats- und Lebenszyklen. Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre sind solche Umstellungszeiten, die mit körperlichen Veränderungen einhergehen - die aber gleichzeitig eine seelisch-geistige und eine soziale Komponente haben. Gerade in diesen Phasen des Übergangs sind Frauen durch die Umbruchsituation verunsichert und suchen Halt und Rat beim Frauenarzt/ -ärztin.

Pubertät

Bereits junge Mädchen lernen inzwischen, dass zum Erwachsenwerden der Gang zu Frauenarzt oder -ärztin gehört. Mädchen beschreiben zum Teil ihre Erfahrungen bei Frauenärztin oder -arzt wie einen Initiationsritus, eine Einführung in eine Kultur, in der ihre Weiblichkeit von Fachmännern (und auch Frauen) definiert und geprüft wird. Sie lernen, dass sie zukünftig ihre Normalität von Experten- und Expertin regelmäßig bestätigen lassen müssen. Dabei stehen nicht nur ihre Sexualorgane zur Disposition, sondern ihr Selbstbild als Frau mit den verschiedenen Rollen, die sie in dieser Gesellschaft inne hat: z.B. als Frau, Geliebte, Mutter.

Solche Erfahrungen prägen das Selbstverständnis und die Selbstachtung der Mädchen. Mit Eintritt in ihre körperlich fruchtbare Phase der Weiblichkeit, wird ihnen der Besuch beim Frauenarzt wohlwollend als "Service" für den Körper nahegebracht. Die weiblichen Sexualorgane werden als tickende Zeitbombe beschrieben, die angeblich die Integrität der Frau bedrohen könnte, wovon sie der Gynäkologe schützt. Dem Mädchen wird dadurch schon früh vermittelt, dass ihre Geschlechtlichkeit kontrollbedürftig ist und ihre Geschlechtsorgane besonders krankheitsanfällig sind. So werden Mädchen wenig motiviert, die eigenen körperlichen Impulse wahrzunehmen, oder gar ihnen zu trauen. Ihr Körper (und ihre Sexualität) wird zur Sache des Fachmanns (oder der Fachfrau). Hier wird die Basis für die abhängige Patientin gelegt, die ihr Leben lang regelmäßig den Gynäkologen aufsucht, um sich bestätigen zu lassen, dass sie gesund oder in "Ordnung" ist.

Schwangerschaft

Schwangerschaft und Geburt sind heute in Deutschland weniger soziale Ereignisse als vielmehr medizinische Projekte². Die "anderen Umstände" wurden zu einem riskanten Zustand umgedeutet, der der permanenten Kontrolle durch die Gynäkologie bedarf. Durch die Möglichkeiten, ein Bild des Ungeborenen auf einen Monitor zu projizieren, hat sich auch die Ansicht von Schwangerschaft verändert: Aus einem kraftvollen weiblichen Leib wurde ein

² Schindele, Eva: Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg 1995

nackter Embryo, von dem sich die Medizin berufen fühlt, ihn (mitunter sogar vor der Mutter) zu beschützen. So interessiert sich heute die Gynäkologie weniger für die Beziehung zwischen schwangerer Frau und ihrem Kind im Leib, sondern das optimale "Schwangerschaftsprodukt" teilt im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Die Schwangerenvorsorge wurde zu einem Check-up der Schwangeren und des Fötus ausgebaut. Die Zahl der medizinischen Untersuchungen hat sich in den letzten 15 Jahren verfünffacht, die Zahl der Frauen, die als Risikoschwangere eingestuft werden, ist gleichzeitig drastisch gestiegen, ebenso die Rate der Kaiserschnitte (1996: 17,8%).

Wechseljahre

Gerade dieser Lebensphase hat sich die Gynäkologie in den letzten Jahren bemächtigt. Frauen lernten neue Begriffe wie "Hormonsubstitution" und "Osteoporose", hinter denen sich für viele das Schreckgespenst des Alterns per se verbirgt. Frauen lernten von Menopausenexperten, dass die Menopause ein zur Krankheit führender Prozess sei, und dass sie deshalb ein Grundrecht auf Östrogensubstitution haben³. Hinter der Forderung nach dem Recht auf Hormonsubstitution versteckt sich die Drohung: Wer nicht mitzieht, wird früher oder später an Knochenschwund oder am Herzinfarkt sterben.

Die Gynäkologie zeigt wenig Achtung vor der älteren Frau. Ihre Gebärmutter wird als "morsch", "zersetzt", "schwerverknorpelt" oder als "überflüssig" bezeichnet. Damit wird der Frau vermittelt, dass ihre Sexualorgane -und letzten Endes sie selbst- nicht mehr viel wert sind. Noch bis vor wenigen Jahren wurden serienmäßig die Gebärmütter vor oder während der Wechseljahre entfernt - davon, so schätzen Expertinnen 80% ohne handfeste medizinische Indikation. So kommt es, dass jede 2. Frau in Deutschland, die älter als 50 ist, keine Gebärmutter mehr hat (Ehret-Wagener, 1994)⁴. Inzwischen scheinen vor allem aufgrund der massiven Kritik engagierter Frauenärztinnen die Hysterektomien abgenommen zu haben, trotzdem, so zeigen erste Trends, ist die absolute Zahl der gynäkologischen Eingriffe keineswegs niedriger geworden. Vor allem die "schnelle" Bauchspiegelung bei unklaren Befunden wird inzwischen häufig durchgeführt, ebenso die laproskopische Entfernung von Zysten, die niemanden, außer dem Gynäkologen stören. Ebenso hat die Entnahme von Brustgewebe aufgrund falsch-positiver Befunde, die durch die Mammographie erhoben werden, zugenommen.

3.1.4 Die Erwartungen der Frauen an die Gynäkologie

Ohne die Mitwirkungsbereitschaft der Frauen wäre es der Gynäkologie nicht gelungen, so tief in die geschlechtliche Intimität vorzudringen. Frauen erhoffen sich von der Gynäkologie Halt und Sicherheit, wenn sie sich durch ihre Körperlichkeit irritiert fühlen. Dies ist vor allem in Übergangsphasen der Fall.

Sie wünschen sich dort, wo gesellschaftliche Leistungsanforderungen mit den Bedingungen der eigenen Leiblichkeit kollidieren, ärztliche Entlastung. Dies trifft z.B. auf die Wechseljahre zu: So wirbt ein Hormonhersteller für die Hormonsubstitution mit dem Slogan: "Keine Zeit für den Wechsel".

Auch gelten GynäkologInnen als die kulturelle Instanz, die nicht nur hilft (durch IVF) Kinder zu erzeugen, sondern durch ihre Propaganda stärkt sie weiter den gesellschaftlichen Trend, gesunde Kinder machbar erscheinen zu lassen.

³ zit. nach Balanceakt der Hormone. In Focus 7/93

⁴ Ehret-Wagener, Barbara; Stratenwerth, Irene und Richter, Karin (Hrsg.): Gebärmütter – das überflüssige Organ? Sinn und Unsinn von Unterleibsoperationen. Reinbek b. Hamburg: 1994

3.1.5 Zur Diskussionen gestellt - Standortbestimmung der Frauengesundheitsbewegung

Die Frauengesundheitsbewegung kritisiert die Pathologisierung der Weiblichkeit. Sie baute in den 70er und 80er Jahren in vielen Städten Frauengesundheitszentren auf, die unter anderem durch das Angebot der Selbstuntersuchungen den Frauen einen nicht-medizinischen Zugang zum eigenen Körper ermöglichen wollte. In den letzten 15 Jahren hat sich die Frauengesundheitsbewegung tendenziell zu einer Selbsthilfebewegung entwickelt. Im Mittelpunkt steht die praktische Hilfe oder die Hilfe zur Selbsthilfe. Oftmals sind die Beraterinnen auch damit ausgelastet, dass sie das Unheil, das der herkömmliche Medizinbetrieb an Frauen zum Teil anrichtet, abzufedern. Initiativen zu strukturellen Veränderungen waren in den letzten Jahren eher nachrangig. Nur rudimentär nehmen einzelne Gruppierungen zu gesundheits-politischen Fragen (z.B. zur Schwangerenvorsorge/ Pränataldiagnostik) Stellung. Frauen sind kaum Lobbyistinnen in Sachen Frauengesundheit, und nur wenige Laien-Frauen begeben sich mit medizinischen ExpertInnen in einen öffentlich-politischen Diskurs. Trotzdem ist die Kritik der Frauengesundheitsbewegung inzwischen in verschiedene Institutionen hineingetragen worden, z.B. Pro Familia, die Frauen in ihrer Präventions- und Beratungsarbeit in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken versucht. Außerdem gibt es auch auf kommunaler Ebene sogenannte "Runde Tische", in denen professionelle Frauen aus dem Gesundheitsbereich und Frauen aus dem Selbsthilfebereich aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik erörtern und kommunal versuchen, politische Entscheidungsprozesse zugunsten einer frauengerechteren Medizin zu verändern. Ein Beispiel dafür ist das 1995 gegründete Forum Frauengesundheit in Bremen. Kann die Frauenheilkunde durch die Patientinnen verändert werden? Sind sie nicht möglicherweise mit dieser Rolle überfordert? Schließlich denkt die Mehrzahl der Frauen erst über die Frauenheilkunde nach oder stellt gar deren Frauenbild bzw. Therapiekonzepte in Frage, wenn sie schlechte Erfahrungen mit der Gynäkologie gemacht hat. Andere kommen erst ins Grübeln, wenn sie selbst ernsthaft erkrankt sind. Können Ärztinnen die Frauenheilkunde verändern? In den letzten Jahren haben sich auch immer mehr Frauenärztinnen mit ihrer Rolle auseinandergesetzt (z.B. der Deutsche Ärztinnenbund). Auch heute noch sind zumindest in den alten Bundesländern die Frauen in der Minderzahl (5377 Männer und 2434 Frauen sind als FrauenärztInnen niedergelassen). Die Frauenärztinnen haben eine Frauenheilkunde gelernt, die von Männern geprägt ist. Außerdem besteht die Gefahr, dass die Auseinandersetzung in den Anfängen stecken bleibt, da viele Frauenärztinnen (ich glaube mit Recht!) fürchten, Patientinnen zu verlieren, wenn sie Frauen zur Selbstwahrnehmung ermutigen, statt sie vom Urteil der Gynäkologie abhängig zu machen. Nach wie vor wird an der Krankheit verdient und nicht an der Gesundheit, deshalb sehen sich auch FrauenärztInnen gezwungen, Frauen den Stempel "krankhaft" aufzudrücken. Das bedeutet, für eine andere Frauenheilkunde einzutreten, verlangt nach strukturellen Veränderungen - nicht nur des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe, sondern auch innerhalb des Gesundheitswesens. 1994 wurde der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) gegründet. Unter seinem Dach haben sich inzwischen professionell im Gesundheitswesen Arbeitende, aber auch Frauen aus Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen. Sie versuchen, durch interdisziplinäres Zusammenwirken strukturelle Veränderungen in der Frauengesundheit zu erreichen.

3.2 Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe zwischen Normierung und Reform

Catrin Halves

3.2.1 Einführung

Die Diskussion um Normen in Geburtshilfe und Schwangerschaft wird durch verschiedene Spannungsfelder beeinflusst. Unter anderem durch die Kontroverse und Konkurrenz zwischen Hebammen und Ärzten, dem Wunsch nach dem perfekten Kind und der Suggestion von Sicherheit durch Pränatale Diagnostik, der neuen "Mütterlichkeit" und einer feministischen Gesellschaftskritik.

Alle Auseinandersetzungen im gesundheitlichen Bereich werden in der Bundesrepublik auf der Grundlage eines Versorgungssystemes, finanziert durch Krankenkassen und Staat, geführt. Die Mehrheit der Bevölkerung ist in der gesetzlichen Krankenkasse versichert. Hierdurch haben die Krankenkassen einen wesentlichen Einfluss auf Entwicklungen im Gesundheitswesen, so zum Beispiel der standardisierten Schwangerenvorsorge. Die Arztwahl ist frei, Fachärzte können ambulant konsultiert werden. Schwangerenvorsorge wird in der Mehrheit durch niedergelassene Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe ausgeübt. Hebammen sind freiberuflich oder angestellt tätig und rechnen ihre Vertragsleistungen mit den jeweiligen Krankenkassen ab. Sie können normale Geburten selbständig leiten und Schwangerenvorsorgen und Wochenbettbetreuungen durchführen. Allerdings sind die Richtlinien der Schwangerenvorsorge ohne Einbeziehung der Hebammenverbände⁵ festgelegt worden und daher vollkommen am ärztlichen Vorsorgemodell orientiert.

3.2.2 Kritik an der Klinikgeburt

Aus der Unzufriedenheit mit der Klinikgeburt, die seit den vierziger Jahren in Westdeutschland forciert wurde, haben sich vor 25 Jahren Interessengruppen angefangen zu bilden, die sich kritisch mit dem Klinikbetrieb, der medizinischen Technik und der psychosozialen Betreuung von Schwangeren auseinandersetzten. Anfang der 70er Jahre ging es zunächst um die "sanfte Geburt", gegen eine Trennung des Neugeborenen von der Mutter (rooming-in) und um eine Aufwertung des Stillens als wichtigem psychosozialen Aspekt der Mutter-Kind Beziehung. Wesentliche Diskussionsfelder sind die gegenwärtig die pränatale Diagnostik, die humangenetische Beratung, die Klinikgeburt, künstliche Säuglingsnahrung und die psychosoziale Begleitung während der Schwangerschaft.

3.2.3 Einwände gegen die Pränataldiagnostik

So haben sich im Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik⁶ Einzelpersonen und Einrichtungen aus den Bereichen Schwangerenberatung, Geburtshilfe, Frauengesundheitsarbeit und Behindertenarbeit zusammengeschlossen, um einen bewussteren Umgang mit der pränatalen Diagnostik zu fördern und deren Einsatz zurückzudrängen. Eine wesentliche Kritik besteht in der Zielsetzung der Schwangerenvorsorge, nicht nur der Gesunderhaltung von Mutter und Kind zu dienen, sondern gezielt zur Suche nach Schädigungen eingesetzt zu werden, für die es keine Therapie gibt. Kritisch wird zudem die mangelnde Aufklärung über die durchgeführten Tests und Untersuchungen gesehen, insbesondere deren Konsequenzen bezüglich weiterer Diagnostik und der weitreichenden Entscheidung, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Durch eine kompetente Beratung sollten die betroffenen Frauen und ihre Partner die Problematik der

⁵ Bund deutscher Hebammen und Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland

⁶ Netzwerk gegen Selektion und Pränataldiagnostik, c/o Bundesverband für Körper und Mehrfachbehinderte Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf

pränatalen Diagnostik erkennen und nicht als Routine in der Schwangerschaftsvorsorge verstehen. Von den schärfsten KritikerInnen werden Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen einschließlich deren Grundlage den Mutterschaftsrichtlinien als selektiv und damit als sittenwidrig bezeichnet.⁷

3.2.4 Das Konstrukt der Risikoschwangeren

Seit der Einführung des Mutterpasses sind die Kriterien für die Schwangerschaftsvorsorge angewachsen. Untersucht werden Parameter von Mutter und Kind; dies ist besonders durch die Einführung der Ultraschalldiagnostik und neuer Labortests möglich. Im neuen Vorsorgeprogramm sind drei Ultraschalluntersuchungen vorgegeben, tatsächlich werden durchschnittlich bis zu 7 Untersuchungen pro Schwangerschaft durchgeführt. Vor allem umstritten ist die zweite Ultraschalluntersuchung in der 19. - 22. Woche, die zur Erkennung von Fehlbildungen dient. Ähnliches gilt für die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) in der 15. - 17. Woche, die besonders "Risikoschwangeren" angeboten wird.

Das Konstrukt der Risikoschwangeren hat in der Vorsorge eine besondere Bedeutung. So gilt z.B. jede Schwangere über 35 automatisch als Risikoschwangere, obwohl die meisten erblichen und nicht erblichen Krankheiten der Kinder unabhängig vom Alter der Mutter sind. Statistisch gesehen treten Chromosomenabweichungen, insbesondere die Trisomie 21, mit zunehmendem Alter der Mutter häufiger auf. Allerdings steigt das "Alterisiko" nicht sprunghaft ab dem 35. Lebensjahr der Mutter.⁸

Schwangerenvorsorge und pränatale Diagnostik vermitteln, von kritischer Seite betrachtet, eine vermeintliche Sicherheit. Gleichzeitig wird suggeriert, wenn die Schwangere nur regelmäßig zur Vorsorge geht, wird das Kind schon gesund. Die Überwachung eines normalen Prozesses, der Schwangerschaft, führt zur Medikalisierung gesunder Frauen.⁹

Verstärkt wird dieser Prozess noch durch die kassenärztliche Abrechnung. Alle Leistungen der Schwangerenvorsorge gehören zu einer Abrechnungsziffer, die Leistung gilt nur als erbracht, wenn alle Untersuchungsparameter vollständig erhoben werden. Den Frauen wird also nicht die Auswahl bestimmter Leistungen ermöglicht. Gleichzeitig wird die ärztliche Seite aus juristischen Gründen verpflichtet, für eine komplette Vorsorge zu sorgen. Im Dezember letzten Jahres entschied das Bundesverfassungsgericht, dass Ärzte für Behandlungsfehler dann haften, wenn dadurch ein ungewolltes z. B. behindertes Kind geboren wird. Das Kind wird in dieser Rechtsprechung als "Schaden" betrachtet. Diese Sichtweise erfordert neue ethische Auseinandersetzungen über Ziel und Perspektive der neuen Medizin.¹⁰

Die Überwachung in der Schwangerschaft setzt sich zum Zeitpunkt der Geburt in der Klinik fort. 97% aller Geburten in der Bundesrepublik finden in der Klinik statt. Nur in größeren Städten gibt es die Möglichkeit zu wählen zwischen einer Hausgeburt, der Geburt im Gebärhaus oder der Entbindung in der Hebammen- oder Arztpraxis.

3.2.5 Klinikroutine und Marketingstrategien

Generell gibt es eine Tendenz zur ambulanten Entbindung im Krankenhaus. Begünstigt durch ein Interesse der Krankenkassen an kostengünstigen Modellen sind dann die Krankenhäuser an einem

⁷ Giese, Karin: Sittenwidrige Schwangerenvorsorge, Dr. med. Mabase Nr. 112; Jg. 23

⁸ Benthous, H.; Griep, M.; Wegener, H.: Vorgeburtliche Diagnosen: Der Traum vom perfekten Kind. Darmstadt 1997

⁹ Schindele, Eva: Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg 1995

¹⁰ Tolmein, Oliver: Der Mensch ist dem Menschen ein Gegenstand. Dr. med. Mabase Nr. 112; Jg. 23

möglichst kurzen Aufenthalt ihrer Patientinnen interessiert. Gleichzeitig begrüßen viele Frauen dieses Modell, weil es eine hohe Sicherheit für Mutter und Kind unter der Geburt verspricht, ihnen aber ermöglicht die Klinik, einige Stunden nach der Geburt wieder zu verlassen. Dafür nehmen sie Nachteile einer Klinikentbindung wie Betreuung durch eine unbekannte Hebamme, Einschränkung der Gebärpositionen (zumeist der Steinschnittlage), Konfrontation mit Klinikroutine und Einsatz von Medizintechnik in Kauf.

Der Geburtenrückgang verschärfte zusätzlich den Konkurrenzdruck der Krankenhäuser untereinander und verhalf so letztendlich Neuerungen wie wohnliche Gebärzimmer mit breiten Betten, Badewannen, z. T. Gebärhockern zum Einzug in das geburtsfreundliche Krankenhaus. So haben letztendlich Marketingstrategien der Krankenhausverwaltungen dazu geführt, dass die Technisierung des Geburtsvorganges zurückgedrängt wurde. In Abstufungen sind Selbstentscheidungen sowie ein relatives Mitspracherecht der Frauen möglich. Die Ablehnung von umstrittenen Routinemaßnahmen wie Augentropfen und Vitamin K stellt in vielen Kliniken kein Problem mehr dar. Dennoch bleibt eine Klinikroutine bestehen, die jede Frau beim Eintreffen in der Klinik akzeptiert. Dazu gehören Untersuchungen, auch durch ärztliches Personal, nicht nur durch Hebammen, abführende Maßnahmen, Rasur, Anlage eines CTGs¹¹ etc.. Während inzwischen eine gewisse Bewegungsfreiheit der Frau in der Eröffnungsphase akzeptiert wird, ist die eigentliche Gebärposition durch das Geburtsbett bestimmt. Zusätzlich birgt die Möglichkeit invasiver geburtshilflicher Maßnahmen, wie z. B. Kaiserschnitt, Gabe von wehenfördernden Mitteln, ein erhöhtes Risiko ihrer Anwendung.

3.2.6 Alternativen zur Klinikentbindung

Alternativen zur Klinikgeburt sind Geburten in Arztpraxen, neue Formen von Geburtsorten wie größere Hebammenpraxen oder Geburtshäuser und Hausgeburten. Das erste Geburtshaus wurde 1982 in Berlin gegründet. Seit Anfang der neunziger Jahre entstanden in allen größeren Städten Geburtshäuser, die von freiberuflichen Hebammen geführt werden. Der Anspruch dieser Einrichtungen besteht darin, der Gebärenden mehr Rechte der Mitbestimmung einzuräumen, ihre Wünsche und Bedürfnisse ernst zu nehmen. Der Einsatz von Medizintechnik findet bis auf CTG-Untersuchungen nicht statt. Nur bei abweichenden Geburtsverläufen werden ÄrztInnen hinzugezogen bzw. die Verlegung in die Klinik erwogen.

Der wesentliche Vorteil dieses Konzeptes besteht in der kontinuierlichen Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Mitentwickelt wurden diese Konzepte eines ganzheitlichen Ansatzes durch die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V.¹². Die GFG hat drei wesentliche Arbeitsschwerpunkte: 1. die Bedingungen der Geburtshilfe in Deutschland so zu verändern, dass Frauen aktiv und selbstbestimmt gebären können und der Übergang in das Familienleben positiv begleitet wird. 2. interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen 3. neue Formen der Geburtsvorbereitung in Deutschland anzubieten und zu etablieren.¹³

Weitgehend unbekannt ist, dass Hebammen unabhängig von FachärztInnen die Schwangerenvorsorge übernehmen können. Die Anwesenheit einer Hebamme unter der Geburt ist gesetzlich für den klinischen Bereich vorgeschrieben und daher obligat. Eine ärztliche Betreuung ist dagegen unter einer normalen Geburt nicht vorgesehen, aber üblich. Für zehn Tage nach der Geburt hat jede Wöchnerin Anspruch auf Hebammenhilfe. Das durch die kontinuierliche

¹¹ Cariotogramm (Kindl, Herztou und Wehenschreiber)

¹² Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V. Postfach 220106, 40608 Düsseldorf

¹³ Albrecht-Engel, Ines: Brauchen Frauen Anleitung und Übung zum Gebären? In: Dokumentation der Fachtagung in Bremen, September 1996. „Unter anderen Umständen“. Mutter werden in dieser Gesellschaft

Betreuung entstandene Vertrauensverhältnis erleichtert die Auseinandersetzung mit der neuen Mutterrolle, aber auch Krisensituationen unter der Geburt, zum Beispiel Behinderung oder gar Totgeburt.

Die Hebamme kann durch ihre Erfahrung wesentlich gesundheitsförderliche Prozesse unterstützen, so zum Beispiel ein erfolgreiches Stillen fördern.

3.2.7 Stillen

In den fünfziger bis sechziger Jahren galt Stillen als ungesund und unmodern. Durch ein verstärktes Gesundheits- und Selbstbewusstsein von Müttern, ausgelöst durch die Frauenbewegung, wurde das Stillen wieder populärer. Anfang der achtziger Jahre stillten circa 7% aller Mütter in der Bundesrepublik ihr Kind länger als vier Monate, in den neunziger waren es mehr als 30%. Die sich entwickelnden Stillgruppen in der Bundesrepublik entstammten der Selbsthilfebewegung und existieren seit etwa 25 Jahren. Wichtige Ansprechpartnerinnen sind örtliche Stillgruppen, die zumeist mit der Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen Bundesverband e.V. oder der La Leche Liga Deutschland e.V. assoziiert sind¹⁴. Inzwischen gilt das Stillen mit Muttermilch als gesund, vor allem durch die in ihr enthaltenen Abwehrstoffe (Immunglobulin A), Vitamine sowie besonders gut verwertbaren Fette. Einer der wichtigsten Aspekte ist aber die Intimität und Nähe von Mutter und Kind während des Stillens.

Die Nachteile des Stillens sind eng verbunden mit den gesellschaftlichen Bedingungen des Mutterseins. Das Stillen fördert eine enge Mutter-Kind Bindung, lässt aber andere gleichberechtigte Bezugspersonen nicht zu. Ein Einstieg in die Berufstätigkeit wird hierdurch erschwert. Geregelt durch das Mutterschutzgesetz kann die stillende berufstätige Mutter eine Stunde pro Arbeitstag zum Stillen freigestellt werden. Wie und wo sie ihr Kind in der restlichen Arbeitszeit unterbringt, ist nicht geregelt. Zusätzlich muss sich die berufstätige Mutter noch mit den Vorurteilen gegenüber Müttern auseinandersetzen, die ihr Kind betreuen lassen. Das Ideal der "guten Mutter" und der berufstätigen Frau lässt sich in den alten Bundesländern noch immer nicht miteinander verknüpfen¹⁵.

Stillen statt Flaschenernährung spart Zeit, Geld und Arbeit, da es zeitlich und örtlich unabhängig stattfindet. Allerdings ist das Stillen in der Öffentlichkeit noch immer nicht zwanglos möglich.

Die Muttermilch kam in Verruf durch die in ihr enthaltenen Schadstoffe, besonders chlorierte Kohlenwasserstoffe, die in Insektiziden und Düngemitteln enthalten sind. Dennoch wird der Nutzen des Stillens für die psychosoziale Entwicklung des Kindes höher eingeschätzt als das mögliche Gesundheitsrisiko. Dennoch gibt es hier Ideen eines flächendeckenden Screenings auf Dioxin in der Muttermilch, welches aber aufgrund der hohen Laborkosten nicht durchsetzbar ist. Allerdings empfehlen auch kritische Initiativen Muttermilchuntersuchungen. Hier könnten also neue Normen entstehen.

3.2.8 Hebammenforschung

All diese Problematiken werden in der noch recht jungen Hebammenforschung zu beleuchten versucht. Seit 1989 gibt es eine Diskussion um Hebammenforschung in der Bundesrepublik, ausgelöst durch einen Workshop des internationalen Hebammenverbandes in Tübingen. Seitdem finden regelmäßig einmal im Jahr Forschungsworkshops statt. Inhalte sind: 1. Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten für Hebammen. (Hebammenwesen ist kein Studienfach, sondern ein

¹⁴ Lothrop, Hannah: Das Stillbuch, Kösel; München 1996

¹⁵ Dörpinghaus, Eva: Stillen. Jede kann es, keine muss es, Kunstmann; München 1990

Lehrberuf an einem Krankenhaus). 2. Präsentation von Forschungsarbeiten 3. der Erfahrungsaustausch. Wichtige Themen sind besonders die Evaluation der eigenen Arbeit im Rahmen der Qualitätssicherung, besonders in der Hausgeburtsilfe. Forschungsschwerpunkte zur Geburtshilfe und Hebammentätigkeit gibt es an den Universitäten Bremen, Hannover und Osnabrück¹⁶.

Literatur:

Angelika Ensel; Silke Mittelstädt:

Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit: ethische Fragen und Konfliktfelder der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen; Unterrichtsmaterialien für die Ausbildung von Hebammen und Angehörigen medizinischer Fachberufe.

Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, 1999

Monika Zoega:

Bestandsaufnahme der qualitativen und äußeren Rahmen der Hebammen-Ausbildung im Auftrag der Hebammengemeinschaft.

Hannover: Linden-Druck Verl.-Ges., 1997

Eva Schindele:

Schwangerschaft: zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko.

Hamburg: Rasch und Röhring, 1995

Eva Schindele:

Gläserne Gebärmutter: vorgeburtliche Diagnostik: Fluch oder Segen.

Frankfurt am Main: Fischer, 1992

Hausgeburten, Praxisgeburten, Geburtshäuser, Geburtshäuser, Entbindungsheime: Dokumentation der 2. Deutschen Arbeitstagung Haus und Praxisgeburten. Hrsg.: Rupert Linder; Sabine Klarcku.A.. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl., 1996

¹⁶ Prof. Schücking, Beate, Arbeitsgruppe Gesundheitswissenschaften, Gesundheits- und Krankheitslehre

3.3 Wechseljahre

Cornelia Burgert, Christina Sachse, Regina Stolzenberg

3.3.1 Das Erscheinungsbild der Wechseljahre in unserer Gesellschaft

Die Wechseljahre waren in unserer Gesellschaft, wie andere Körpervorgänge von Frauen auch, lange Zeit ein Tabu, das öffentlich keine Erwähnung fand. Dies hat sich in den letzten zehn Jahren deutlich verändert. Der Grund dafür liegt sowohl in einer bei Frauen dieser Generation veränderten, offeneren Einstellung zum eigenen Körper als auch in einer von medizinischer Seite entdeckten Behandlungsbedürftigkeit der Erscheinungen bzw. Auswirkungen dieses Lebensabschnitts.

In der öffentlichen Diskussion werden die Wechseljahre einerseits als Hormonmangelkrankheit dargestellt, die mit Hormonen zu behandeln sei, andererseits wird abgehoben auf ein verändertes Frauenbild, das auch von Frauen in der zweiten Lebenshälfte Leistungsfähigkeit und Attraktivität verlangt. Die Frage der Hormoneinnahme ist auf diesem Hintergrund für die einzelne Frau immer stärker zu einem Entscheidungskonflikt geworden, der ihr eigenes Erleben dieses Lebensabschnitts in erheblichem Maße überlagert und prägt. Erscheinungen der Wechseljahre, die früher als naturgegebene Bedingungen betrachtet und verarbeitet bzw. deren Auftreten auf dem Hintergrund sozialer Gegebenheiten gesehen wurden, werden heute auch von Frauen selber auf einen Östrogenmangel zurückgeführt: 90% menopausaler Frauen gaben dies in einer Studie als Ursache ihrer Befindlichkeitsstörungen an (Schultz-Zehden 1997). Im Gegensatz dazu sahen nur 4% der Männer mittleren Lebensalters ihre sehr ähnlichen Erscheinungen als hormonell bedingt an. Sie interpretierten sie vielmehr als Ausdruck von Belastungen in Familie und Beruf. (Degenhardt 1992)

Festzuhalten ist, dass tatsächlich nur ein Drittel aller Frauen in der Menopause über stärkere, behandlungsbedürftige Erscheinungsformen klagt, ein weiteres Drittel über leichtere, nicht behandlungsbedürftige Veränderungen berichtet und das letzte Drittel keine Beschwerden hat.

Als hauptsächliche Beschwerden werden Hitzewallungen, Schlafstörungen, Herz-Kreislaufbeschwerden, Stimmungsschwankungen sowie depressive Verstimmungen genannt. Als Folge der offiziellen Informationskampagne ist bei vielen Frauen auch die Angst vor einer zukünftigen Erkrankung an Osteoporose oder Herzinfarkt vorhanden.

3.3.2 Sozialer Hintergrund

Kulturvergleichende Forschungen weisen darauf hin, dass dem kulturellen und sozialen Hintergrund im Erleben der Wechseljahre eine wichtige Bedeutung zukommt. So wird insgesamt berichtet, dass in Kulturen, in denen sich der gesellschaftliche Status von Frauen mit den Wechseljahren erhöht, Beschwerden so gut wie unbekannt sind.

Lange Zeit wurde die psychosoziale Situation der Wechseljahre bei uns charakterisiert mit dem "Empty-Nest-Syndrom", das sich vor allem in depressiven Verstimmungen äußerte. Dies ist heute nur noch für eine begrenzte Zahl von Frauen zutreffend, und zwar für diejenigen mit einer starken Familienorientierung. Studien belegen, dass sich Frauen heute teilweise mehr belastet fühlen durch Kinder, die das Haus nicht verlassen wollen.

Insgesamt ist eine tiefgreifende soziale Veränderung in der Lebenssituation von Frauen zu verzeichnen, die vor allem darin besteht, dass Frauen heute in weit stärkerem Maße als früher berufstätig sind, wenn auch in der Mehrzahl in minderqualifizierten Tätigkeiten oder als

Teilzeitkräfte (Stat. Bundesamt 1994). Gleichzeitig hat sich in der gesellschaftlichen Arbeitsteilung der Geschlechter bisher wenig verändert, so dass sich die Belastung von Frauen in der Ausübung und Vereinbarung unterschiedlicher Rollen verstärkt hat. Auch die Standards in vielen Lebensbereichen, die als Frauendomäne gelten, haben sich erhöht, wie z. B. in der Haushaltsführung, der Kindererziehung, der Ernährung, sowie den Erwartungen an das äußere Erscheinungsbild von Frauen. Da die Wechseljahre als Übergangsphase ins Alter gesehen werden können, kommt auch der heutigen Situation alter Frauen, die in vielen Fällen von einem Mangel an sozialen Bindungen und sozialer Sicherung gekennzeichnet ist, in der Auseinandersetzung mit den Wechseljahren eine Bedeutung zu. Dieser gesamte gesellschaftliche Hintergrund spiegelt sich in den am häufigsten geäußerten, subjektiven Wahrnehmungen von Frauen wieder:

- der Klage über nachlassende Leistungsfähigkeit, die es ihnen schwer macht, den Anforderungen im Beruf und/oder Familie gerecht zu werden, wobei die Leistungsanforderungen selbst nicht hinterfragt werden
- der Klage über Stimmungsschwankungen, die generell als Launenhaftigkeit oder Zickigkeit (von ihnen selber oder ihrem sozialen Umfeld) charakterisiert werden und die es ihnen erschweren, die von ihnen erwartete Funktion des sozialen Ausgleichs im gewohnten Maße nachzukommen
- der Klage über den Verlust an körperlicher Attraktivität für Männer, die durchaus im Widerspruch stehen kann zu der eigenen positiven Selbstwahrnehmung als älter werdende Frau (Schultz-Zehden 1997)
- der Angst vor Osteoporose, die nur bedingt die reale Gefährdung widerspiegelt und die auch interpretiert werden kann als Übertragung von Zukunftsängsten auf dieses Krankheitsbild in bezug auf das Leben im Alter

Die genannten Erscheinungen sind auch die hauptsächlichen Beweggründe, die Frauen für die Einnahme von Hormonen angeben.

Bisher gibt es kaum Studien in der Bundesrepublik, die die Auswirkung dieser veränderten sozialen Faktoren auf das Erleben der Wechseljahre untersuchen. Hier besteht ein eindeutiger Forschungsbedarf. Fragestellungen könnten beispielsweise sein: Inwieweit wirken sich Lebensform und Berufstätigkeit auf das Erleben der Wechseljahre aus? Hat die sexuelle Orientierung Einfluss auf den Verlauf des Wechsels?

3.3.3 Der Umgang mit den Wechseljahren in der Medizin

Durch die Definition der Wechseljahre als Hormonmangelzustand mit potentiellm Krankheitscharakter sind die Wechseljahre in den westlichen Gesellschaften in den alleinigen Zuständigkeitsbereich der Gynäkologie geraten. Die Ausrichtung liegt dementsprechend ausschließlich auf dem Ersatz der angeblich fehlenden körpereigenen Hormone durch die Gabe künstlich hergestellter Präparate. Den meisten Frauen mit Wechseljahresbeschwerden, die medizinische Hilfe suchen, aber auch sehr vielen Frauen mittleren Alters ohne jede Symptomatik wird heute deshalb von ihren GynäkologInnen die Hormoneinnahme empfohlen. Begründet wird dies auch mit der Notwendigkeit der Verhütung von Osteoporose und Herzinfarkt.

Als problematisch ist dabei anzusehen, dass internationale Kontroversen über die Hormoneinnahme sowie kritische wissenschaftliche Positionen von vielen MedizinerInnen in der Bundesrepublik kaum zur Kenntnis genommen und nicht an die Patientinnen weitergegeben werden. Frauen erhalten dadurch nur unzureichende Informationen über mögliche Nebenwirkungen, Risiken und Langzeitfolgen der Hormoneinnahme, die z. B. in einer erhöhten Brustkrebsrate oder einer erhöhten Thrombosehäufigkeit liegen können.

Ein weiteres Problem der heutigen Praxis besteht darin, dass die Wirkung der Hormone nicht nur unzulässigerweise einseitig positiv dargestellt wird, sondern dass darüber hinaus nach übereinstimmenden Aussagen vieler Frauen ein ganz erheblicher Druck durch GynäkologInnen auf sie ausgeübt wird, Hormone einzunehmen. Dabei werden sehr häufig sowohl die individuelle Situation als auch die individuellen Risiken und Vorlieben der einzelnen Frau vernachlässigt.

Ein konkreter Mangel in der Organisation unseres Gesundheitssystems führt außerdem dazu, dass ÄrztInnen oft nur sehr einseitige Rückmeldungen über die Wirkungen der von ihnen empfohlenen Therapie erhalten, da viele Frauen, die Nebenwirkungen feststellen, es vorziehen, die Ärztin/den Arzt zu wechseln.

Forderungen an das Gesundheitssystem gehen deshalb in die Richtung, dass es Frauen überlassen bleiben sollte, nach ausführlicher Information die Entscheidung für oder gegen eine Hormoneinnahme selbst zu treffen.

Frauen selber sollten auf eine ausreichende Beratung über ihren *persönlichen* Nutzen und ihr *persönliches* Risiko bei dieser Behandlung sowie auf die Darstellung der unterschiedlichen Präparate mit ihren Vor- und Nachteilen und die Information zu ihrer Anwendung bestehen.

3.3.4 Zur Problematik der Osteoporoseprophylaxe

Von der sog. postmenopausalen Osteoporose können bis zu 30% aller Frauen betroffen sein. Da jedoch alle Frauen den Wechsel durchleben, kann die hormonelle Veränderung nur ein Faktor bei der Entstehung dieser Krankheit sein. Hormonpräparate zur Osteoporoseprophylaxe bieten nur solange einen Schutz, wie die Hormone eingenommen werden. Wegen des mit der Dauer der Einnahme zunehmenden Brustkrebsrisikos (nach mehr als 5-jähriger Einnahme 40-50%) gibt es allerdings Empfehlungen, sie nicht langfristig zu nehmen. Von einer Osteoporoseprophylaxe generell für alle Frauen wird deswegen von KritikerInnen abgeraten, da es sich hierbei um eine Behandlung an gesunden Frauen mit einem potenten Arzneimittel handelt, das selbst ein Gesundheitsrisiko darstellt. Es gibt andere erfolgreiche und gesundheitsfördernde Methoden, der Erkrankung vorzubeugen, z. B. durch eine ausgewogene, phosphatarme und kalziumreiche Ernährung sowie ausreichende, gezielte Bewegung. (Love 1997)

3.3.5 Alternativen und andere Behandlungsweisen

Die Wechseljahre als natürlichen und wichtigen Prozess im Leben jeder Frau annehmen zu können und das Wissen um das körperliche Geschehen mindern mögliche Ängste und erhöhen die Akzeptanz von etwaigen Wechseljahresbeschwerden. Zugang zu Information sowie die Möglichkeit des Austauschs mit anderen Betroffenen haben sich dabei als hilfreich erwiesen.

Sollte eine Behandlung erforderlich sein, ist eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie die Abklärung der Ursache von Beschwerden, die nicht selten wenig mit der hormonellen Umstellung zu tun haben, sondern mit der im Alterungsprozess nachlassenden Regenerationsfähigkeit des Körpers ganz allgemein oder der Störung anderer Organe.

Weiterhin ist es wichtig, Frauen über die Vielzahl an (Therapie-)Möglichkeiten, über ihren Nutzen und ihr Risiko aufzuklären, damit sie sich für die für sie richtige Umgehensweise mit ihren Wechseljahren entscheiden können.

- **Allgemeine Stärkung des Körpers durch:**
Bewegung, zur besseren Durchblutung der Unterleibsorgane, Vorbeugung vor Osteoporose, Unterstützung der Entgiftung, Stimmungsaufhellung

Ernährung, zur Unterstützung der Leber, da viele Beschwerden auf ihre Schwächung zurückzuführen sind.

Außerdem sollte gerade in dieser Phase eine ausreichende Versorgung über die Nahrung mit Vitaminen und Mineralien gewährleistet sein, die als Biokatalysatoren eine wichtige Funktion im Stoffwechsel haben.

- **Mittel der Selbsthilfe die allgemein auf hormoneller Ebene den Umstellungsprozess unterstützen:**

Phytoöstrogene in Nahrungsmitteln

Phytoöstrogene bzw andere hormonähnliche Stoffe in pflanzlichen Präparaten

(z.B. Remifemin, Mastodynon, Agnolyt)

Homöopathische Komplexmittel (z.B. Klimaktoplant Cefakliman)

- **Mittel der Selbsthilfe, die speziell bestimmte Symptome lindern:**

z.B. bei Hitzewallungen Salbeikapseln, kalte Unterarmgüsse, etc.

Sollten die Mittel der Basisunterstützung und Selbsthilfe nicht zu einer Besserung führen, so ist die Begleitung von erfahrenen NaturheilkundlerInnen bzw. naturheilkundlich praktizierender Ärzte zu empfehlen.

- **Naturheilkundliche Behandlung**

Die Phytotherapie, Homöopathie und Akupunktur haben sich bewährt und können durch andere Therapiemethoden wie Balneotherapie, Atemtherapie etc unterstützt werden.

Ausführliche Information zu den oben aufgeführten Punkten siehe u.a. "Wechseljahre - Eine Broschüre zur Selbsthilfe" und andere unten aufgeführte Literatur bzw. Einrichtungen.

3.3.6 Organisationen, die sich dem Thema Wechseljahre widmen

In der Bundesrepublik gibt es unterschiedliche Organisationen, die sich der Thematik Wechseljahre aus verschiedenen Blickwinkeln und mit diversen Schwerpunkten widmen. Viele Angebote sind in den letzten 10 bis 15 Jahren entstanden, zum einen sicherlich unter dem Aspekt, dass lange tabuisierte Thema Wechseljahre überhaupt aufzugreifen, letztendlich aber auch als Reaktion auf die genannten Tendenzen in der Gynäkologie.

Durch diverse Angebote soll Frauen die Möglichkeit der Information über den natürlichen Prozess, über das Älterwerden und damit verbundene Fragen, Interessen, Ängste etc. gegeben werden und Möglichkeiten des Austauschs über Erfahrungen und Lebenssituationen gegeben werden.

Neben Einzelfrauen, die als Heilpraktikerin, Ärztin für Naturheilkunde, Krankengymnastin, (Körper)Therapeutin, Yogalehrerin etc. Frauen in dieser Lebensphase begleiten können, sind folgende Verbände und freie Träger zu nennen:

Sekis; Selbsthilfe- Kontakt und Informationsstelle in Berlin, Albrecht Achilles Str. 65, 10709 Berlin, Tel 030/8926602

Nakos, Nationale Kontakt- und Informationsstelle, dieselbe Adresse, Tel. 030/8914019
Angebote in Volkshochschulen

Lachesis e.V., Verband der Heilpraktikerinnen, Rilkestr. 40, 53225 Bonn, Tel. 0228/42 00 27

Dachverband der Frauengesundheitszentren (gibt Auskunft über die Adressen von Frauengesundheitszentren in 18 Städten der Bundesrepublik) Geschäftsstelle Goetheallee 9, 37073 Göttingen, Tel: 0551/ 4870, Fax: 0551/ 5217

Folgende Frauen(gesundheits-)Projekte arbeiten zu Wechseljahren:

Berlin

FFGZ, Bamberger Str. 51, 10777 Berlin, Tel. 030/213 15 17, Fax 214 19 27; E-mail: ffgzberlin@snaflu.de, Homepage: www.ffgz.de. Beratung, Vorträge, große Bibliothek und Materialsammlung, Broschüre

Akarsu e.V., Oranienstr. 25, 10999 Berlin, Tel. 030/6147031 (Migrantinnenprojekt zu Gesundheit)

Raupe und Schmetterling, Frauen in der Lebensmitte e.V., Pariser Str. 3, 10719 Berlin, Tel. 030/8837313

FFGZ Stuttgart; Kerner Str. 31, 70182 Stuttgart, Tel. 0711/29 63 56; Beratung, Veranstaltung, Informationsmaterial

FGZ Hamburg, Elmenhorststr. 4, 22767 Hamburg, Tel. 040/4395389, Beratung, Veranstaltung, Kooperation mit VHS Altona, Osteoporosetraining, Vermittlung von Referentinnen

FGZ Regensburg, Untere Bachgasse 12-14, 93047 Regensburg, Tel. 0941/81644, Selbsthilfegruppe, Veranstaltungsreihen

außerdem: "**Netzwerk älterer Frauen**", sind über KISS (Kontakt und Informationsstelle in Regensburg unter 0941/52822 zu kontakten).

FGZ München, Nymphenburger Str. 38, 80335 München, Tel. 089/129 11 95, Fax 129 84 18; Informations- und Gesprächsabende, Homöopathie und Luna-Yoga

außerdem: **Pro Familia**, Türkenstr. 103, München, Tel. 089/ 39 90 79

FGZ Nürnberg, Fürther Str.154, 90429 Nürnberg Tel. 0911/328262, Gruppen, Einzelberatungen, Veranstaltungen

FGZ Lübeck, Steinrader Weg 1, 23558 Lübeck, Tel. 0451/ 4082850. Beratung, Veranstaltungen, Selbsthilfegruppe

außerdem: In **Schleswig-Holstein** machen auch die Frauenbüros dazu Angebote

FFGZ Köln, Roonstr.92, 50674 Köln, Tel. 0221/234047 , Literatur, Infomaterial, Kurzberatung, Veranstaltung

Außerdem: **Frauen lernen Leben** 0221/9541661, die Vorträge anbieten

FGZ Heidelberg, Alte Eppelheimer Str.38, 69115 Heidelberg, Tel. 06221/21317, Veranstaltung, Selbsthilfegruppe

In Heidelberg ansonsten: **Pro Familia**: Selbsthilfegruppe und Vorträge (eher schulmedizinisch orientiert)

FGZ Göttingen, Goetheallee 9, 37073 Göttingen, Tel. 0551/ 484530 , Beratung, Vorträge

FGZ Bremen; Elsflthstr.29, 28219 Bremen, Tel.0421/3809747

Außerdem: **VHS**, Schwachhauser Heerstr. 67, 28211 Bremen; **Pro Familia**, Holler Allee 24, 28209 Bremen.

FGZ Tiamat in Erfurt, Schlösserstr.24, 99084 Erfurth, Tel. 0361/5621777, Beratungen, Veranstaltungen, Bibliothek

Initiative Frauengesundheitszentrum e.V., Nymphenburgerstr. 38/Rgb., 80335 München, Tel. 089/1291195, Fax 1298418, Information, Psychische Komponenten, Homöopathie, Luna-Yoga;

Weitere Anbieterin: **Pro Familia**

Frankfurt:

FFGZ, Kasseler Str. 1a, 60486 Frankfurt, Tel. 069/ 70 12 18 Beratung, Vorträge

außerdem: **Evangelische Familienbildung**, Darmstädter Landstr. 81, 60598 Frankfurt, Tel. 069/ 610308, F. Piepho, G. Voigt, **Evangelisches Pfarramt für Frauenarbeit**, Stalburgstr. 38, 60318

Frankfurt, Tel. 069/550985; **Landessportbund Hessen, FrauenAusschuss und Bildungswerk**, Otto Fleck Schneise 4, 60528 Frankfurt, Tel.069/6789 220/115, I. Brezy, U.Steck; **Pro Familia**

Frankfurt, Auf der Körnerwiese 5, 60322 Frankfurt, Tel. 599286; **Internationales Familienzentrum** Bockenheim, Adalbertstr. 10 A, 60486, Tel. 703084, B. Katz; **Katholisches Frauenreferat**, Eschenheimer Anlage 21, 60322, Te. 1501 162, E. Gurberlet, K. Müller-Hesse;

Sozialzentrum Marbachweg des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe, Dörpfeldstr. 6, 60435, Tel. 5480080, H. Bradt; **Verein zur beruflichen Förderung von Frauen**,

Kasseler Str. 1 A, 60486, Tel. 705555; **VHS Frankfurt/ Amt für Volksbildung**, Hochstr. 49,

60313, Tel. 212 37661; **Psychosoziale Ambulanz der Universitätsklinik**, Theodor Stern Kai 7, 60596, Tel. 6301 6308; **Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt**, Jahnstr.49, 60318, Tel. 559444; **Frauengesundheitszentrum Neuhofstraße**, Neuhofstr. 32,60318, Tel. 501700; **Informationszentrum Wechseljahre (IzW)**, Bolongarostr. 82, 65929, Tel.31405338.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft AKF e.V., Claudia Czerwinski, Geschäftsstelle: Verdener Str. 20, 28205 Bremen, Tel: 0421/ 4349340

Institut Wildwuchs, Angelika Koppe, Im Grohenstück 3 A, 65396 Walluf, Tel. 06123/72604, Selbstheilungarbeit nach der Methode Wildwuchs speziell auch für Wechseljahre

Deutsche Menopausengesellschaft e.V., Universitätsfrauenklinik Münster, Albert Schweitzer Str.33, 48129 Münster, Tel. 0251/8348204 (schulmedizinisch!!!)

Kuratorium Knochengesundheit e.V., Leipziger Str. 6, 74889 Sinsheim, Tel. 07261/92170 (schulmedizinisch!!!)

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose, Kirchfeldstr. 149 Berlin, 40215 Düsseldorf, Tel. 0211/319165

Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Manfred von Richthofen Str. 2, 12101 Berlin, Tel. 030/7866071

Pro Familia (Bundesgeschäftsstelle), Frau Thonke, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt, Tel. 069/639002. Einzelne Pro Familia Beratungsstellen bieten Beratung dazu an, ist aber unserer Einschätzung nach eher schulmedizinisch orientiert, da sie von Ärztinnen angeboten wird.

Weiter zu nennen sind bundesweit die regionalen Möglichkeiten wie die **Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragten, Gesundheitsämter, Nachbarschaftsheime, Kirchengemeinden, Evangelische Familienbildungsstätten und Volkshochschulen**, die verschiedene Angebote im psychosozialen Bereich für Frauen in der Lebensmitte anbieten.

Literatur:

Czerwinski, Claudia: Gesund und gelassen durch die Wechseljahre. Niedernhausen/Ts. 1998

Degenhardt, Annette: Wechseljahre des Mannes: gibt es sie? In: Fischer, S. u.a. (Hrsg.): Wechseljahre für Fortgeschrittene. Frankfurt/M 1992

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin: Wechseljahre - Aufbruch in eine neue Lebensphase. Komplett überarbeitete Neuauflage. Berlin 1999

Love, Susan, Lindsey, Karen: Das Hormonbuch. Was Frauen wissen sollten. Frankfurt/M 1997

Nissim, Rina: Wechseljahre - Wechselzeit. Berlin 1995/1999

Schultz-Zehden, Beate: Körpererleben im Klimakterium. München/Wien 1997

Statistisches Bundesamt (Hg): Datenreport 1994. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung. Schriftenreihe Bd. 325. Bonn 1994

STIFTUNG WARENTEST: Annette Bopp: Wechseljahre, Berlin 1997

Schultz-Zehden, Beate: Frauengesundheit in und nach den Wechseljahren. Die1000-Frauen-Studie. Marburg 1998

3.4 Mammakarzinom

Ute Wülfing

3.4.1 Das Problem

Inzidenz:

Brustkrebs ist der häufigste Organkrebs überhaupt, und dies obwohl er fast nur bei Frauen vorkommt. Statistisch gesehen wird jede zehnte Frau in Deutschland voraussichtlich in ihrem Leben einen Brusttumor entwickeln; während sich das Risiko in den letzten 20 Jahren etwa verdoppelt hat, ist bei den Heilungserfolgen kein Durchbruch zu vermelden. Voraussichtlich wird die Verschiebung der Alterspyramide mit ihrem hohen Frauenanteil in naher Zukunft zu einem nominellen Anstieg der Brustkrebserkrankungen führen. Zusätzliche Brisanz geht von einem ersten Erkrankungsgipfel zwischen 45 und 55 Jahren aus: Durch das Sinken der Erkrankungsalter sind es mehr Frauen, die sich bedroht fühlen. Außerdem gestalten Frauen ihr Leben - auch ihr Seelenleben - heute aktiver, sie wollen sich mit ihren Krisen auseinandersetzen, anstatt sie zu ignorieren.

Diagnostik:

Ursachen für den Ausbruch der Brustkrebserkrankung sind nicht bekannt, eine Prävention ist daher nicht möglich. Die einzige Methode, um sich verlässlich vor der Brustkrebserkrankung zu schützen, ist die Amputation beider Brüste. Diesen Weg sind bereits einige Frauen gegangen, die bei sich selbst ein besonders hohes Risiko wahrgenommen haben. Amputationen sind deshalb an einigen deutschen Kliniken (z.B. München) bereits durchgeführt worden. (Amputation bzw. Entfernung gesunder Organe zur Krankheitsvermeidung gibt es bei Mandeln und Blinddarm noch vereinzelt, bei der Gebärmutter häufig.) Der Begriff der Prävention taucht trotzdem auf; das weckt Hoffnung auf Schutz vor der Krankheit, diese Hoffnung kann aktuell nicht befriedigt werden. Das wichtigste für den Krankheitsverlauf ist die Früherkennung, denn es geht darum, einer Streuung der Krebszellen zuvorzukommen. Doch wie kann Früherkennung betrieben werden? Mammographien gelten von medizinischer Seite als Mittel der Wahl, sind jedoch nicht in jedem Alter sinnvoll. In frauenbewegten Kreisen gilt die Selbstuntersuchung als Mittel der Wahl. Eine völlig neue Problemstellung entstand mit der Entdeckung und Kartierung der ersten zwei einer Reihe von Genen, die eine erbliche Veranlagung zu Brustkrebs enthalten sollen. Ein Defekt von BRCA1 und BRCA2 - so der Name dieser Gene - kann zur Ausbildung einer erblichen Veranlagung von Brustkrebs führen. Ein Bluttest wurde entwickelt und Frauen mit einer Häufung von Risikofaktoren zu Brustkrebs- oder Eierstockkrebs in der Familie können dieses diagnostische Mittel nutzen. In der Bundesrepublik gibt es bereits mehrere Zentren, die den Gentest durchführen. Zwar sind nur 5-10% aller Brustkrebsfälle bei erblich belasteten Frauen aufgetaucht, und es gibt erblich belastete Frauen, die nicht an Brustkrebs erkranken, dennoch strahlt ein Gentest Sicherheit aus. Da es keine Prävention gibt, wirft der Gentest ethische Fragen auf, denn was nützt eine Gendiagnose ohne dass es therapeutische Mittel gibt, die einem möglichen Krankheitsausbruch gezielt entgegenwirken können.

Therapie:

Auch auf der Seite der medizinischen Versorgung nimmt Brustkrebs eine besondere Stellung ein: Nur ein Bruchteil der chirurgischen Maßnahmen ist medizinisch erforderlich, denn Brustkrebs ist keine lokale, sondern eine systemische Erkrankung. Die Streuung der Krebszellen und damit die Gefahr der Metastasierung ist für die Prognose entscheidend. Die Entfernung des Tumors ist daher hinreichend, eine Entfernung der Brust in den meisten Fällen nicht erforderlich. Trotzdem nutzen die behandelnden Ärzte ihren Handlungsspielraum auffällig häufig dahingehend, dass die Amputation als die 'sicherste' Lösung vorgestellt wird. Nach Auskunft zahlreicher Betroffener enden solche Aufklärungsgespräche mit dem Hinweis auf den möglichen Wiederaufbau der

Brust. Noch heute, 1998, hängt es vorrangig von dem Stil des Krankenhauses und nicht von Größe, Lage und Histologie des Tumors ab, ob eine Betroffene mit oder ohne Brust aus der OP aufwacht. In einer Studie mit über 8.000 Fällen hat Lazovich für die Jahre 1983 bis 1989 die Veränderungen der therapeutischen Strategien beim Brustkrebs Stadium I und II untersucht. Für beide Stadien gilt als empfohlenes Standardverfahren brusterhaltende Therapie mit Nachbestrahlung. Tatsächlich wurden aber nur 33,7 % der Frauen brusterhaltend operiert. Im Verlauf ist zu beobachten, dass im Jahre 1985 die brusterhaltenden Operationen kurzfristig leicht zunahmen - aufgrund einer Studie zum Thema, meint Lazovich. Die Veränderung setzte sich allerdings nicht durch. Übrigens ist die erste Studie, die darauf hinweist, dass eine Amputation nicht grundsätzlich die Heilungschancen verbessert, aus dem Jahr 1948. Patientinnen, die sich für einen sogenannten Wiederaufbau der Brust entscheiden, müssen sich umfangreich erkundigen, wenn sie ein zufriedenstellendes Ergebnis haben wollen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten für einen Wiederaufbau der amputierten Brust. In Deutschland wird sehr viel mit Silikon gearbeitet, aktuell tragen ca. 250.000 Frauen Silikon in der Brust, 80% davon aufgrund einer Krebsoperation.

Symbolik:

Die Brust ist für die Frau ein doppelt besetztes Organ, mit dem sie sowohl den mütterlichen wie den erotischen Aspekt ihrer Weiblichkeit leben kann. Die besondere Organsymbolik kann sich auf dreierlei Weise auswirken. Erstens besteht die Gefahr, dass ein Tabu um das Organ die Frau in der Auseinandersetzung und beim Einfordern von Unterstützung hemmt. Viele Frauen schweigen aus Sorge, sie würden nach Bekanntwerden ihrer Krankheit nicht mehr für eine 'vollwertige' Frau gehalten. Zweitens gibt es Hinweise, dass aus medizinischer Sicht die erforderlichen Entscheidungen aufgrund der Bedeutung der Brust bisweilen irrational getroffen werden. Drittens erschwert die Symbolik die Verarbeitung der Krebsdiagnose und der Operation. So sind sowohl ein Teil der Therapieentscheidungen als auch die Bewältigung der Krankheitsfolgen eng mit Geschlechtsrollenkonflikten verbunden. Die gesellschaftliche Deutung der Brust für die weibliche Identität bringt für manche Frauen besondere Probleme. Diese haben wenig Möglichkeiten, ihre Weiblichkeit in ihrer sozialen Umgebung neu zu definieren.

3.4.2 Historische Entwicklung

Selbsthilfe:

Mildred Scheel hat Anfang der 70er Jahre für das Thema Krebs erstmals Öffentlichkeit hergestellt. Als Ärztin und Gattin eines Bundespräsidenten gründete sie die Deutsche Krebshilfe, der 1976 die Gründung der Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung folgte. Beide Einrichtungen sind auch nach dem Krebstod von Mildred Scheel weiterhin sehr erfolgreich und können hohe Mittel bereitstellen. Die Deutsche Krebshilfe fördert z.B. die Selbsthilfebewegung. In den gesamten Selbsthilfegruppen sind überproportional viele Brustkrebspatientinnen anzutreffen, so auch beim bundesweit vertretenen Verband "Frauenselbsthilfe nach Krebs". Für Tausende von Frauen sind diese Gruppen hilfreich als erste Anlaufstelle, als Forum für einen Austausch unter Betroffenen. Dennoch muss man sagen, dass im Selbsthilfebereich weder das Verhältnis zur Ärzteschaft kritisch aufgearbeitet wird, noch die individuellen Einbußen an Lebensqualität in Beziehung gesetzt werden können zum Umgang mit Brustkrebs in der sozialen Umgebung.

Medizinsystem:

Innerhalb des Medizinsystems ist zunächst ein Wandel der OP-Techniken zu verzeichnen. Die radikale Amputation mit Entfernung des großen und kleinen Brustmuskels wird nicht mehr durchgeführt. An die Stelle ist jetzt die Totaloperation getreten, Amputation der Brust unter Belassung der Muskel. 1987 wird in einem einschlägigen Lehrbuch (Noltenius) der nächste Schritt gemacht, er empfiehlt die Tumorektomie bei Tumoren bis 4 cm Durchmesser zu erwägen.

80% der Patientinnen könnten dann brusterhaltend operiert werden, dieser Wert wurde allerdings noch nie erreicht. 1985 erscheint Ingrid Olbrichts Buch zur Symbolik der Brust. Sie berichtet als Ärztin von den psychosomatischen Spätfolgen kosmetischer Brustoperationen und regt damit die Diskussion an. Der Deutsche Ärztinnenbund thematisiert auf seinem 23. wissenschaftlichen Kongress 1993 vorsichtig die Risiken von Silikonimplantaten und spricht die Fragwürdigkeit des 'Wiederaufbaus' nach Brustamputationen an. Außerhalb des ärztlichen Bereiches reagiert das Medizinsystem mit der Einrichtung der Tumorzentren bzw. Krebsberatungsstellen. Ähnlich wie in den Sozialdiensten der Krankenhäuser werden hier sozialrechtliche Fragen behandelt. Hinzu kommen Beratungsgespräche und ein Kurs- und Informationsangebot zu angrenzenden Themen und alternativen Methoden. Neben diesen Einrichtungen als Bestandteile des Medizinsystems haben sich Initiativen und Verbände mit kritischen Beratungsansätzen etabliert.

Frauenbewegung:

Die sehr medizinkritische Frauenbewegung ist in Deutschland eine isolierte Bewegung, die durch die Rezeption der amerikanischen Brustkrebsbewegung entstanden ist. Sie hat geringen Kontakt zu den Betroffenen besonders der älteren Generation einerseits sowie zu den Entscheidungsträgern des Medizinsystems andererseits. Gleichwohl kann diese Bewegung politisch wirksam werden, wenn die begonnenen Kooperations- und Vernetzungsvorhaben gelingen.

3.4.3 Was soll anders werden?

In der BRD gibt es ca. 43.000 Neuerkrankungen jährlich und eine 5-Jahres-Überlebensrate von 70%. Folglich gibt es hunderttausende Betroffene, die mit den Krankheitsfolgen leben, ohne dies öffentlich zu thematisieren. Sie bleiben unsichtbar mit ihren speziellen Bedürfnissen. Sichtbar dagegen sind die Risikolisten, die verunsichern und Biographieentscheidungen als Krankheitsursache benennen.

Das muss anders werden. Die Informationen transportieren indirekte Botschaften und Schuldzuweisungen an Brustkrebsbetroffene und erreichen nicht nur Frauen mit Krebsangst. Besonders bedenklich ist das im Bereich der psychologischen Deutungsmuster. Ein Beispiel: das Modell der Krebspersönlichkeit, publiziert zu Beginn der 80er Jahre, ist fester Bestandteil des Alltagswissens und belastet die Betroffenen. Eine Rezeption der US-amerikanischen Brustkrebsbewegung, die die Rolle von Umweltgiften und Strahlenbelastung hinterfragt, ist in Deutschland erst in Ansätzen erfolgt. In deutschen Risikolisten taucht z.B. 'unverheiratet' auf. Das ist zwar leicht zu erheben, aber ähnlich aufschlussreich wie der Zusammenhang zwischen Schuhgröße und Intelligenz. Über die wirklichen Ursachen von Brustkrebs ist zu wenig bekannt. Forschung wird mit Vorliebe in umsatzrelevanten Bereichen wie Chemotherapie und Genanalyse betrieben. Ein Schattendasein dagegen fristet die Epidemiologie: in Deutschland gibt es kein einheitliches Krebsregister, Datenschutzgesetze werden als Hinderungsgrund angegeben.

Was muss noch besser werden? Gynäkologische Abteilungen, die auf dem Stand der Kenntnisse sind und zu einem sensiblen Umgang mit den Patientinnen in der Lage sind, dürfen nicht länger ein Geheimtip sein. Die Frauengesundheitsbewegung muss Einfluss auf Aus- und Fortbildung nehmen, um hier einen Missstand abzubauen. Daneben brauchen wir eine psychosoziale Unterstützung, die die Geschlechterfrage stets mitberücksichtigt und mehr kritische Öffentlichkeit. Risikolisten, die Schuldgefühle verbreiten, müssen bloßgestellt werden und dringend erforderlich sind Ursachenforschung sowie ein Krebsregister.

3.4.4 Welche Organisationen nehmen sich des Themas an?

Innerhalb des Medizinsystems gibt es zusätzlich zu den Tumorzentren (s.o.) den Krebsinformationsdienst und die Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr. Direkt den Betroffenen zur Verfügung stehen Psychotherapie-Angebote in den Rehabilitationskuren, teilweise gibt es Kliniken mit dem Schwerpunkt Brustkrebs. Das kann eine gute Möglichkeit zur Veränderung für die Betroffenen sein, es kann aber auch der Psychologisierung von Krankheitsentstehung und -verlauf Vorschub leisten.

Ein neues Angebot sind Betroffenenengruppen in den Akutkliniken, teilweise auch feste Psychotherapeutenstellen auf den Stationen für gynäkologische Onkologie. In der Akutphase geht es meist um medizinische Sachfragen und um Bewältigungsstrategien. Diese psychosoziale Erstversorgung ist für die Krankheitsverarbeitung entscheidend und muss dringend weiter ausgebaut werden.

Auch nach der Streichung sämtlicher Gesundheitskurse der gesetzlichen Krankenkassen werden weiterhin Krebseure unterstüzt. Diese Gruppen sind der Selbsthilfebewegung zuzuordnen.

Außerhalb des Medizinsystems gibt es ein breites Angebot von Gesundheitskursen, die zwar nicht ausdrücklich Brustkrebs Erkrankte ansprechen, aber oft ein passendes Forum für Betroffene sind. Hervorzuheben sind hier die Feministischen Frauengesundheitszentren (FFGZ), die in den größeren Städten präsent sind. Auch die autonomen, kirchlichen und kommunalen Bildungseinrichtungen vor Ort erschließen sich den Gesundheitsbereich, besonders nachdem die Krankenkassen ihr umfangreiches Kursangebot zurückziehen mussten.

Der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) wirkt auf qualifizierte Angebote zum Thema Frau und Gesundheit im Bildungsbereich hin, greift mit der Veröffentlichung eines frauengerechten Gynäkologiebuches direkt in die Ausbildung ein, neben zahlreichen anderen Aktivitäten wird der jährlich stattfindende AKF-Kongress 1999 dem Thema Brust gewidmet.

Ausschließlich zum Thema Brustkrebs arbeiten in Deutschland die neuen Vereine WirAlle (Köln), MUT (Münster) und Brustkrebsinitiative (Berlin), die den US-amerikanischen Vorbildern 'One in Nine' und 'Breast Cancer Action' folgen wollen. In enger Zusammenarbeit von Betroffenen und Nichtbetroffenen wird hier mit Öffentlichkeitsarbeit der Tabuisierung von Brustkrebs entgegengewirkt, werden Information und Beratung für die Erkrankten und auch ihren Kontext angeboten, werden Defizite in Forschung und Versorgung thematisiert und Verbesserungen eingefordert.

3.4.5 Strukturmerkmale des Gesundheitssystems

Das deutsche Sozialversicherungssystem gibt der ärztlichen Diagnose eine zentrale Bedeutung. Eine Kosten/Nutzen-Analyse der therapeutischen Maßnahmen folgt im Prinzip nicht. Die Patientinnen müssen sich daher oft vor Übertherapie schützen. Das erfordert allerdings einen hohen Aufklärungsgrad und viel Durchsetzungsvermögen, was angesichts einer Krebsdiagnose für viele schwierig ist. Gleichzeitig gibt es keine Basis für die Finanzierung von nichtärztlichen Angeboten.

Die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen können auch positive Auswirkungen haben: Konkurrierende Kliniken müssen sich an Patientinnenwünschen orientieren, genauso wie konkurrierende Praxen. In dieser Phase wird es besonders effektiv sein, im Verbund mit den Betroffenen einen frauengerechten Umgang mit Brustkrebs zu fordern.

Literatur:

Becker, Hans:

Psychoonkologie. Krebserkrankungen aus psychosomatisch-psychoanalytischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung des Mammakarzinoms. Berlin: Springer 1986.

Bunte:

Notlösung Silikon. Interview mit Dr. Bettina Pfeleiderer (Chemikerin). 10.2.98

Johne-Manthey, Brigitt, Thurke, Monika:

Bewältigungsstrategien bei Brustkrebs. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Heidelberg: Asanger 1990.

Lazovich, D.A. et al.:

Underutilization of Breast-Conserving Surgery and Radiation Therapy Among Women with Stage I or II Breast Cancer. *Jama* 266, 1991. S. 3433-3438.

Noltenius, Harald:

Tumor-Handbuch. Pathologie und Klinik der menschlichen Tumoren. Band 3. München: Urban & Schwarzenberg. 1987. S. 927-949.

Olbricht, Ingrid:

Die Brust. Organ und Sympol weiblicher Identität. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1989.

Schmidt, Roscha:

Brustprothesen und chirurgischer Brustaufbau nach Brustamputation. *CLIO* 25, 1992. S. 12-15.

Spiegel, David et al.:

Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *The Lancet* 14, 1989. S. 888-891.

3.5 Kritikpunkte an der operativen Gynäkologie

Christiane Niehues¹⁷

3.5.1 Gynäkologie als "chirurgisches" Fach

Gynäkologie hat sich als Fach aus der Chirurgie entwickelt, entsprechend kennzeichnet chirurgisches Denken den eher technisch / handwerklichen Blickwinkel (mit guter Technik operieren und hinterher ist wieder alles "in Ordnung").

Die heutige Ausbildung der Gynäkologinnen und Gynäkologen wird zu einem wesentlichen Teil durch die operative Tätigkeit im Krankenhaus geprägt und bestimmt später auch das Handeln als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Das Hauptproblem in der operativen Gynäkologie ist die Indikationsstellung zu dem jeweiligen Eingriff. Wann muss operiert werden, wann kann, und wann gibt es gute nichtoperative Behandlungsmöglichkeiten?

Konservative Methoden wie zum Beispiel Krankengymnastik bei Blasensenkung und Harninkontinenz werden in Deutschland eher unterbewertet und ihr Einsatz vor einer eventuellen Operation bei weitem nicht ausgenutzt. Die Indikation zur Senkungsoperation wird häufig nicht streng genug gestellt. Wenn es sich um eine Urge- oder Reizblase oder um ein Mischbild handelt, ist es nicht verwunderlich, wenn nach der Operation sogar eine Verschlechterung der Symptomatik auftritt. Es gibt in Deutschland wenig verlässliche Daten zur Häufigkeit von Hysterektomien. Eine von Infratest durchgeführte Untersuchung Mitte der 80er Jahre kam zu dem Ergebnis, dass 28% der Frauen über 50 Jahre ohne Gebärmutter waren.¹⁸ Das Bundesgesundheitsministerium brachte 1998 eine Studie zur Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie heraus, in die 50 Akutkrankenhäuser einbezogen waren. Hier ergab sich für Hysterektomien das Bild, dass nur etwa 10% aller Eingriffe am corpus uteri die Diagnose einer malignen Krebserkrankung enthielten.¹⁹

Bei der Behandlung chronischer gynäkologischer Erkrankungen wie der Endometriose und chronischem Unterbauchschmerz besteht eine Unterversorgung an komplexer Betreuung, die eine interdisziplinäre Behandlung unter Einbeziehung von PsychologInnen und anderen TherapeutInnen notwendig macht. Es gibt keine spezifischen gynäkologischen Angebote in Schmerzambulanzen und Schmerzkliniken, die den besonderen Bedingungen gynäkologischer Patientinnen gerecht werden.

3.5.2 Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie

Auch in der operativen Gynäkologie wurden Erhebungen im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführt.

Einer der untersuchten Aspekte war die Indikationsstellung zu Eingriffen an den Eierstöcken. Auffällig häufig wurden einfache Funktionszysten gefunden (im Durchschnitt bei 31,3%), die bei

¹⁷ Dr. Christiane Niehues ist Gynäkologin am Fachbereich gynäkologische Rehabilitation in den Kliniken am Burggraben, Bad Salzflun.

¹⁸ Strathenwerth, Irene: Verschwiegene Operationen. Gebärmutterentfernung als vergessenes Thema in der Frauen- und Gesundheitspolitik. In: Ehret-Wagener u.a. (Hrsg.): Gebärmutter – Das überflüssige Organ? Reinbek bei Hamburg 1994

¹⁹ Qualitätssicherung in der operative Gynäkologie, Hrsg: Bundesministerium für Gesundheit, dr. med. Geraedts, Max, Band 98 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verl.-Ges., Baden-Baden, 1998; S.31, 130f.

normalen Körperprozessen im Laufe des Zyklus vorkommen können und sich spontan zurückbilden.

"In diesem Beispiel stellen die Follikel- und Lutein-Zysten physiologische Prozesse dar, die zwar des öfteren als Tumoren der Adnexe in der Sonographie imponieren, jedoch bei konservativ- (medikamentös)- abwartender Therapie ohne größeres Risiko für die Patientin zumeist spontan abklingen. Ein derartiges Prozedere kann die Rate der Eingriffe mit dem Korrelat Follikel- oder Luteinzyste auf unter 5% senken."²⁰

Hier wird von den Verfassern selbst ein wichtiger Schritt zur Qualitätsverbesserung verlangt.

"Aufgabe der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wird es in Zukunft sein, den Kliniken durch konsensuell erarbeitete Leitlinien zur Indikationsstellung eine externe Unterstützung an die Hand zu geben."²¹

3.5.3 Problembereich operative Technik

In Deutschland gibt es bisher keine verbindliche Instanz, die die Umsetzung erfolgreicher Operations-Methoden im klinischen Alltag durchsetzt und kontrolliert. Ein Beispiel im gynäkologischen Bereich sind Harninkontinenz-Operationen. Hier werden immer noch verschiedene Verfahren nebeneinander angewendet, obwohl bestimmte Techniken eine Rezidivrate über 50 % aufweisen.

Andere organerhaltende Verfahren mit Anhebung des Blasenhalsses und unter Umständen Belassen der Gebärmutter haben sich noch längst nicht durchgesetzt, obwohl die guten Ergebnisse in der Fachwelt international anerkannt sind.

3.5.4 Systembedingte Interessenskollisionen

Eine Besonderheit operativ tätiger Ärztinnen und Ärzte ist das sogenannte Belegarztsystem von Niedergelassenen, die gleichzeitig zu ihrer Praxis Krankenhausbetten belegen. Hier besteht durch das System eine Interessenskollision zwischen Patientinneninteressen und unmittelbar pekuniären Belegungsinteressen der Ärztinnen und Ärzte. Je mehr Operationen sie indizieren, desto mehr Betten ihrer Abteilung sind belegt.

Auch in den anderen Krankenhausabteilungen ist der Druck gewachsen, in kürzerer Zeit immer mehr operative Eingriffe vorzunehmen, wobei im Wettbewerb bei den heutigen, immer kürzer werdenden, Verweildauern diejenigen Abteilungen überleben, die sich schnell Märkte erarbeiten und neuen Trends anpassen.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt ist die Anerkennung als Facharzt oder Fachärztin für Gynäkologie an eine Mindestzahl von operativen Eingriffen gekoppelt: Hysterektomien, Abrasien, Eingriffe an den Eileitern und Eierstöcken, Brustoperationen usw. Dies kann dazu führen, dass Patientinnen eher großzügig zu einer weitergehenden Operation geraten wird, zum Beispiel nach einer vorangegangenen Abrasio wegen Blutungsstörungen zu einer nachfolgenden Hysterektomie.

Der Operationskatalog soll in dieser Form auf Dauer nicht weiter bestehen, die Facharztausbildung wird auch unter Gynäkologinnen und Gynäkologen und in den Fachverbänden diskutiert. Veränderungen sind geplant, so dass Ärztinnen und Ärzte, die sich niederlassen wollen, zwar an Operationen teilnehmen, aber nicht in dieser Anzahl bzw. diese

²⁰ Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Ebd. S. 45

²¹ ebenda

nicht selbst durchführen müssen. Statt dessen sollen andere Bereiche der Gynäkologie in der Ausbildung stärker berücksichtigt werden: Endokrinologie, Pränataldiagnostik, Reproduktionsmedizin usw.

3.5.5 Bewertung weiblicher Organe und psychosomatischer Zusammenhänge

In der Bewertung gilt die Gebärmutter immer noch eher als unnützes Organ, wenn der Kinderwunsch abgeschlossen ist. Sowohl unter dem Druck der besser aufgeklärten Patientinnen als auch möglicher juristischer Verfahren bei nicht eindeutiger Indikationslage hat sich die Anzahl der organerhaltenden Eingriffe im Verhältnis zu den Organentfernungen erhöht. Ob sich dahinter auch ein wirklicher Sinneswandel unter den operierenden Ärztinnen und Ärzten verbirgt, ist nicht eindeutig nachzuvollziehen.

Die Zahl der Hysterektomien, die 1991 auf 146.000 geschätzt wurde, hat um 1/4 abgenommen, die Zahl gynäkologisch / operativen Eingriffe insgesamt jedoch deutlich zugenommen.

Insgesamt werden die Operationsfolgen, die postoperativen Funktionsstörungen von Blase und Darm, die Schmerzen und die vegetative Symptomatik sowie die sexuellen Erlebnisstörungen eher unterschätzt und es besteht zu wenig Kenntnis über den Umgang mit verzögerter Rekonvaleszenz nach gynäkologischen Operationen und deren spezielle psychosoziale Bedingungen.

Psychosomatische Zusammenhänge zwischen gynäkologischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Blutungsstörungen oder wiederkehrende Unterleibsentzündungen sind zwar im Prinzip anerkannt, werden aber im Praxisalltag nicht immer genügend berücksichtigt. Das Abrechnungssystem bei Niedergelassenen in eigener Praxis erlaubt auch gut ausgebildeten Gynäkologinnen und Gynäkologen mit psychosomatischer Kompetenz nur begrenzte Tätigkeit in diesem Bereich.

Beim Auseinanderfallen zwischen ambulant und stationär, sowie zwischen Psychosomatik und Organmedizin, wird eine ganzheitliche Betrachtung schwierig. Bei immer mehr Spezialistentum werden letztlich nur die jeweiligen "Teil" Wahrheiten gesehen und behandelt.

3.5.6 Rehabilitation und Nachsorge

Stationäre gynäkologische Rehabilitation als spezielles Angebot ist deutlich unterrepräsentiert (unter 2 % der Gesamtbettzahl). Zusätzlich ist durch die Sparmaßnahmen in 1997 die Zahl weiter gesunken. Gerade die Frauen, die es besonders nötig haben, können sich ein Fehlen am Arbeitsplatz oder die Zuzahlung für den Rehabilitations-Aufenthalt nicht mehr leisten.

Auch die Nachsorgekuren nach Carcinomerkrankungen sind drastisch gekürzt worden (auf ca. 10% der Vorjahre). Dies trifft besonders Mammacarcinompatientinnen, die häufig zur körperlichen und seelischen Stabilisierung diese Maßnahmen in Anspruch genommen haben.

Vergleichbare komplexe Rehabilitationsangebote bestehen in Deutschland im ambulanten Versorgungssektor nicht.

3.6 Gewalt macht krank - Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit

Karin Wieners, Hildegard Hellbernd

Gewalt gilt der WHO als eines der höchsten Gesundheitsrisiken, mit denen Frauen und Mädchen auf der ganzen Welt konfrontiert sind. Einer Studie der Weltbank von 1994 zufolge verlieren Frauen im Alter zwischen 16 und 44 Jahren eines von fünf gesunden Lebensjahren aufgrund von Gewalt (vgl. Heise 1994)

In Deutschland beginnt erst langsam eine breitere Diskussion über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit von Frauen und Mädchen. In der Frauen- und insbesondere in der Frauenhausbewegung stand die Enttabuisierung der Gewalt und der Aufbau solidarischer, parteilicher Zufluchts- und Beratungsangebote lange Zeit im Zentrum. Beschreibungen zur gesundheitlichen Situation misshandelter Frauen und Mädchen, Hinweise auf eine mangelnde Sensibilität gegenüber der Problematik in der medizinischen und therapeutischen Versorgung und Forderungen nach frauengerechten Versorgungsstrukturen werden aus diesem Bereich eher selten in den Kontext einer grundsätzlichen Diskussion um die Gesundheit von Frauen gestellt (Neubauer et al. 1998). In der Frauengesundheitsforschung gewinnt die Auseinandersetzung mit Zusammenhängen zwischen Gewalt und Gesundheit langsam eine breitere Aufmerksamkeit und Beachtung. Erste Untersuchungen stammen häufig von Wissenschaftlerinnen, die sich auch in der sogenannten Antigewaltdiskussion engagieren (vgl. Günther u.a. 1991, Helfferich 1997, Kavemann 1997; Hageman-White 1998)

Aus der bundesdeutschen medizinischen Forschung und Versorgung liegen nur sehr vereinzelt Beschreibungen möglicher Folgen von Gewalt vor (Olbricht 1997, Böllert u.a. 1999). Sie konzentrieren sich fast ausschließlich auf den Bereich des sexuellen Missbrauchs von Mädchen und Jungen sowie auf Vergewaltigungen. Dass Gewalt als mögliche Ursache von Verletzungen und Beschwerden bei Frauen im medizinischen Bereich bislang keine oder kaum Beachtung findet, erstaunt auch in Anbetracht der Tatsache, dass aus dem internationalen Raum, insbesondere aus den USA, inzwischen eine Vielzahl von Forschungsarbeiten und eine Reihe von Leitlinien für die Versorgung misshandelter Frauen vorliegen.²²

Wir werden im folgenden zunächst zentrale Erkenntnisse zu Gewalt gegen Frauen und Mädchen skizzieren (Kapitel 1). Im Anschluss werden wir Ergebnisse zu gesundheitlichen Auswirkungen der Gewalt an Frauen und Mädchen vorstellen (Kapitel 2) sowie die Situation im Bereich der medizinischen Versorgung skizzieren. Vorgestellt wird in diesem Kontext auch ein neues Modellprojekt gegen Gewalt gegen Frauen, das am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin angesiedelt ist (Kapitel 3). Abschließend geben wir einen kurzen Überblick über vorhandene Unterstützungsangebote für Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrung.

3.6.1 Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Es ist vor allem der neuen Frauenbewegung zu verdanken, dass in der BRD inzwischen ein umfangreiches Wissen um Ursachen und Formen der Gewalt gegen Frauen und Mädchen verfügbar ist. Die Arbeit mit misshandelten Frauen in Frauenhäusern, Zufluchtswohnungen und Beratungsstellen hat gezeigt, wie vielfältig die Formen der Gewalt und die Arten der Bedrohung und Verletzungen sind, mit denen Frauen und Mädchen konfrontiert werden und wie einschneidend sie die Lebensrealität von Frauen und Mädchen prägen können.

²² Einen Überblick über vorhandene Leitlinien und Fortbildungsangebote in den USA geben Osattin/Short (1998), vgl. auch zu aktuellen Forschungsüberblick Population Reports 1999, 27/4

Um die verschiedenen Facetten von Gewalt gegenüber Frauen und Mädchen zu erfassen, führte Carol Hageman-White den - vor allem im wissenschaftlichen Bereich - inzwischen weitgehend etablierten Begriff "Gewalt im Geschlechterverhältnis" ein. Er umfasst jede Verletzung der körperlichen und/oder seelischen Integrität einer oder mehrerer Personen, welche mit der Geschlechtlichkeit des Opfers und des Täters zusammenhängt und unter Ausnutzung eines Machtverhältnisses durch die strukturell stärkere Person der strukturell schwächeren Person zugefügt wird (Hagemann-White 1992).

Sexualisierte Gewalttaten gegen Frauen, der Komplex der häuslichen Gewalt²³ sowie der Bereich des sexueller Missbrauchs an Mädchen und Jungen hat in den vergangenen Jahren einen Großteil der Diskussion um die Problematik geprägt. In diesen Bereichen sind auch die Mehrzahl der heute vorhandenen Zufluchts-, Unterstützungs- und Beratungsangebote für betroffene Frauen und Mädchen angesiedelt.

Wir stellen im folgenden kurz Erkenntnisse und - soweit möglich - Daten zu häuslicher Gewalt, sexualisierter Gewalt sowie sexuellem Missbrauch vor. Die Unterscheidung zwischen sexualisierter Gewalt einerseits und häuslicher Gewalt andererseits, erfolgt zum einen aus Gründen der Übersichtlichkeit, zum anderen spiegelt sich in ihr die Entwicklung der Diskussion und Forschung wieder. Der Begriff "sexualisierte Gewalt" wird in der folgenden Darstellung zum einen als eine Form der Gewalt im Kontext häuslicher Gewalt, zum anderen als eigenständiger Bereich aufgegriffen.

Häusliche Gewalt

Sehr früh schon hat die Frauenbewegung öffentlich gemacht, dass ein Großteil der Gewalt gegen Frauen von Männern ausgeht, mit denen die Frauen bekannt, befreundet oder verheiratet sind. Sie zeigte damit gleichzeitig, dass die eigenen vier Wände für viele Frauen kein Ort der Sicherheit, sondern ein Ort von Gewalt darstellen (vgl. Berliner Frauenhaus 1978; Hageman-White et al. 1981, Nini u.a. 1995, Brückner 1998). Eine sehr umfassende Definition von häuslicher Gewalt entwickelte Schweikert (2000). Sie beschreibt häusliche Gewalt als "eine einmalige Handlung oder zusammenhängende, fortgesetzte und wiederholte Handlungen eines Mannes gegenüber einer Frau in einer ehemaligen oder gegenwärtigen (...) Lebensgemeinschaft, in einer (...) sonstigen intimen Beziehung, in einer engen verwandtschaftlichen oder verschwägerten Beziehung, die eine Verletzung der physischen und/oder psychischen Integrität des Opfers bewirkt und die dazu dient bzw. dienen, Macht und Kontrolle über die Frau (...) auszuüben" (Schweikert 2000:73).

Häusliche Gewalt ist in der Regel kein einmaliges, außergewöhnliches Ereignis. Es handelt sich vielmehr um ein komplexes und für die Frauen alltägliches Misshandlungssystem, in dem offene und subtile Gewaltformen, verbale Erniedrigungen, Demütigungen und Ausbeutung eng miteinander verwoben sind. Frauen, die mit häuslicher Gewalt konfrontiert sind, berichten über körperliche, psychische und sexuelle Attacken. Sie berichten von Erniedrigungen und Demütigungen, über ökonomische Ausbeutung und massive Kontrolle ihrer sozialen Kontakte. Formen der Gewalt, die unter dem Begriff der häuslichen Gewalt zusammengefasst und in der Literatur (vgl. Brückner 1998; Egger u.a. 1995) beschrieben werden, sind:

Körperliche Gewalt - zu ihr gehören beispielsweise Ohrfeigen, Schläge mit den Fäusten oder mit Gegenständen, Stöße, Würgen, Fesseln, tätliche Angriffe bis hin zu tödlichen Folgen.

²³ Wir benutzen im folgenden den Begriff häusliche Gewalt, da er sich in der Diskussion zunehmend durchsetzt. Andere Begriffe, die synonym zur Beschreibung dieser Form der Gewalt genutzt werden, sind: „Gewalt im sozialen Nahbereich“, „Gewalt in der Ehe und Partnerschaft“, „Gewalt in der Familie, Ehe und Partnerschaft“. Zur Diskussion um die Begrifflichkeit vgl. Schweikert 2000.

Sexualisierte Gewalt - sie umfasst Nötigungen bis hin zu Vergewaltigungen oder auch Zwang zur Prostitution.

Psychische Gewalt - darunter fallen Drohungen der Frau oder ggf. ihren Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug und Einschüchterungen.

Ökonomische Gewalt - dies umfasst Arbeitsverbote oder den Zwang zur Arbeit, die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Mann; kurz die Herstellung und Aufrechterhaltung einer ökonomischen Abhängigkeit und schließlich

Soziale Gewalt - womit zumeist das Bestreben eines Mannes beschrieben wird, die Frau sozial zu isolieren, indem ihr Kontakte verboten oder Kontakte kontrolliert werden (vgl. auch BIG e.V. 1997)

Berichte misshandelter Frauen haben gezeigt, dass häusliche Gewalt in der Regel eine eigene Dynamik entwickelt. Beschrieben werden unterschiedliche Phasen, die durch den Aufbau von Spannung, durch Gewaltausbruch und durch Entschuldigungen auf Seiten des Mannes geprägt sind. Wiederholen sich diese Phasen kommt es in der Regel zu einer Eskalation: die Gewalt nimmt zu und die anfangs noch regelmäßigen Entschuldigungen des Mannes bleiben im Laufe der Zeit aus²⁴. Studien zeigen nicht zuletzt, dass die Gefährdung von Frauen am höchsten ist, wenn sie die Beziehung verlassen bzw. sich trennen wollen. In dieser Zeit geschehen die meisten Morde (vgl. Schweikert 2000).

Wieviele Frauen in der BRD mit häuslicher Gewalt konfrontiert sind, lässt sich nur schätzen. Bislang liegt keine repräsentative Studie über diesen nach wie vor tabuisierten und mit vielen Mythen belegten Bereich der Gewalt gegen Frauen vor. Allerdings geht selbst die Gewaltkommission des Deutschen Bundestages davon aus, dass Gewalt innerhalb der Familie die "bei weitem verbreitetste Form von Gewalt, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erfährt", ist und dass es sich dabei um "die am wenigsten kontrollierte und sowohl in ihrer Häufigkeit als auch in ihrer Schwere am stärksten unterschätzte Form der Gewalt" handelt (Schwind u.a. 1990:701). Nach Schätzungen des Bayerischen Sozialministeriums werden in der Bundesrepublik jährlich ca. vier Millionen Frauen aus allen sozialen Schichten von ihrem Partnern oder Ehemännern misshandelt (Statistisches Bundesamt 1998). Eine Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in der DDR kommt zu dem Schluss, dass sich das Ausmaß häuslicher Gewalt gegen Frauen trotz der unterschiedlichen Lebenssituationen und politischen Systeme in beiden deutschen Ländern kaum unterschied (Schrötte 1998, Diedrich 1996).

Erfahrungen aus Frauenhäusern, Beratungsstellen und Zufluchtseinrichtungen zeigen, dass häusliche Gewalt jede Frau betreffen kann, unabhängig von Bildungsstand, Nationalität, Einkommen, Religion, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit. Opfer wie Täter gehören allen sozialen Schichten an. Allerdings gelten jüngere Frauen, schwangere Frauen und Frauen mit Partnern, die sehr traditionelle Rollenvorstellungen hegen oder sehr eifersüchtig sind, als besonders betroffen (Brückner 1998).

Sexualisierte Gewalt gegen Frauen

Sexuelle Gewalt gegen Frauen, insbesondere Vergewaltigungen, wurden von der Neuen Frauenbewegung in den frühen 70er Jahren als erste Form der Gewalt gegen Frauen zum Thema gemacht. Heute wird unter dem Begriff "sexualisierte Gewalt" neben Vergewaltigungen durch einen fremden Täter auch der subtile oder offene Druck zu sexuellen Handlungen oder Praktiken durch einen Ehe- oder Lebenspartner, sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz sowie sexuelle Übergriffe in einem Abhängigkeitsverhältnis (z.B. durch einen Arzt, einen Therapeuten, Pfleger

²⁴ Walker, Leonore, eine US-amerikanische Psychologin, beschrieb diese Phasen als „cycle of violence“ 1983

oder Lehrer) gezählt²⁵. Weitgehender Konsens besteht in der feministischen Diskussion darüber, dass es bei sexualisierter Gewalt vorrangig um Macht und Unterwerfung und weniger um Sexualität geht.

Angaben darüber, wieviele Frauen in der BRD jährlich Opfer sexualisierter Gewalthandlungen werden, liegen nur begrenzt vor. Einer 1992 durchgeführten Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) zufolge wurde jede siebte Frau im Alter zwischen 20 und 59 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben Opfer einer Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung (Wetzels/Pfeiffer 1995). Für die DDR liegen Daten vor, nach denen 20 bis 25% der Frauen im Laufe ihres Lebens mit einer Vergewaltigung oder einem Vergewaltigungsversuch konfrontiert werden (vgl. Starke 1990). Zur Anzeige kommen nur wenige Vergewaltigungen und wenn, dann werden am ehesten Vergewaltigungen durch fremde Männer angezeigt. Diese allerdings machen nur ca. 30% aller Vergewaltigungen aus (vgl. Wetzels/Pfeiffer 1995:13; Brückner 1998:15). Das heißt, Vergewaltigungen, die im Bereich häuslicher Gewalt durch einen Partner oder Freund stattfinden, bleiben zum größten Teil unaufgedeckt und unangezeigt.

Daten zu sexueller Belästigung am Arbeitsplatz stammen vor allem aus einer 1991 erschienen und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Untersuchung (vgl. Holzbecher et al. 1991). Von den ca. 2000 befragten Frauen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen gaben über 70% an, Verhaltensweisen durch Kollegen, Vorgesetzte oder Kunden/Klienten/Patienten erlebt zu haben, die von der Mehrheit aller Befragten als Belästigung eingestuft worden waren. 3 % der Befragten waren bedroht oder zu sexuellen Handlungen gezwungen worden.

Sexualisierte Gewalt in Abhängigkeitsbeziehungen wie z.B. im psychotherapeutischen Setting oder in Einrichtungen der Alten- oder der Behindertenhilfe wird noch vor allem in Fachkreisen und Selbsthilfegruppen thematisiert. Erst langsam wächst in der breiteren Öffentlichkeit die Sensibilität für das Ausmaß der Gewalt, mit der insbesondere Frauen mit Behinderungen oder Frauen in höherem Alter konfrontiert sind (vgl. dazu Böhmer 2000; Degener 1996).

Sexueller Missbrauch von Mädchen und Jungen - sexuelle Traumatisierung

Ein Großteil der Aufmerksamkeit für das Thema Gewalt gegen Frauen richtete sich ab Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre auf das Thema sexueller Missbrauch von Mädchen und Jungen. Die Aufdeckung des Ausmaßes dieser Form der Gewalt löst bis heute vielfältige und kontroverse Diskussionen aus (vgl. Günther u.a. 1991; Enders 1990, Kavemann 1996).

Sexuelle Missbrauchshandlungen reichen von sexuellen Berührungen bis hin zu allen Formen des Geschlechtsverkehrs. In der Fachwelt wird sexueller Missbrauch definiert als "eine sexuelle Handlung eines Erwachsenen mit einem Kind, das aufgrund seiner emotionalen und intellektuellen Entwicklung und aufgrund des ungleichen Machtverhältnisses zwischen Erwachsenen und Kindern nicht in der Lage ist, diesen sexuellen Handlungen frei und informiert zuzustimmen. Bei der sexuellen Ausbeutung nutzt der Erwachsene seine Machtposition und seine Autorität oder die Abhängigkeit des Kindes aus, um das Kind zur Kooperation zu überreden oder zu zwingen. Ein zentrales Moment sexueller Ausbeutung und Gewalt ist die Verpflichtung zur Geheimhaltung. Sie verurteilt das Kind zur Sprachlosigkeit, Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit" (Sgroi zit. nach Wüstenberg 1992:133).

Missbrauch trifft Kinder aller Altersgruppen trifft, wobei die Opfer zu 80% Mädchen sind. Wüstenberg schätzt für die alte BRD knapp 300.000 Fälle jährlich (Wüstenberg 1992:135). Von

²⁵ Der Begriff „sexualisierte Gewalt“ wird in der bundesdeutschen Diskussion vereinzelt auch als übergeordneter Begriff zur Beschreibung aller Formen der Gewalt gegen Frauen und Mädchen genutzt.

Seiten der Bundesregierung wurde das Ausmaß Anfang der 90er Jahre auf jährlich 82.000 Fälle beziffert (vgl. Weber/Rohleder 1995:15). Professionell Tätige nehmen an, dass das Verhältnis von bekannt gewordenen zu verdeckt bleibenden Taten bei 1:20 liegt. Die Dunkelziffer wird noch höher angesiedelt für Missbrauchshandlungen an Jungen (Smaus 1994).

Sexueller Missbrauch findet in Familien unabhängig von der Schichtzugehörigkeit sowie in Pflegefamilien und Heimen statt. Laut Bundeskriminalamt gehen nur etwa 20-30% der Taten von Fremden aus. Je vertrauter und enger Täter und Opfer zusammenleben, desto eher wiederholt sich der Missbrauch und dauert über Jahre an.

3.6.2 Gesundheitliche Auswirkungen der Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Erkenntnisse über Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen stammen zumeist aus Zufluchts-, Beratungs- und Unterstützungsprojekten für betroffene Mädchen und Frauen, aus empirischen Untersuchungen, die in der Regel an diese Praxis anknüpfen sowie aus wissenschaftlichen Begleitforschungen zu einzelnen Projekten²⁶. Sie geben Auskunft über die Situation der Nutzerinnen - also derjenigen Frauen, die sich als von Gewalt betroffen zu erkennen gegeben haben. Wissen liegt zunehmend aus den Bereichen der feministischen psychotherapeutischen Arbeit und aus der Suchtarbeit mit Frauen vor (Hilsenbeck 1997, Vogt 1999). Hier ist in den vergangenen Jahren die Sensibilität für Gewalt als möglicher Ursache für Belastungen, Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen langsam gewachsen. Aus dem Bereich der medizinischen Versorgung liegen bislang nur vereinzelt Ansätze vor, die sich mit Verletzungen, Beschwerden und organischen Schäden als Folgen von Misshandlungen befassen (Olbricht 1997, Beckermann 1998, Böllert u.a. 1999, Peschers 2000).

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich Gewalt in vielfältiger Weise auf die Gesundheit von Frauen auswirkt und kurz-, wie mittel- und langfristige Folgen hat bzw. haben kann (vgl. u.a. Hageman-White 1998; Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. 1997;). Beschrieben werden unter anderem somatische, psychosomatische und psychische Folgen, auf die wir uns hier konzentrieren.

Als somatische Folgen werden zum einen auffällige Verletzungen genannt, die direkte Folgen körperlicher Angriffe sind. Darunter insbesondere Stich- und Hiebverletzung, Schnitt- und Brandwunden, Knochenbrüche, Hämatome und Gesichts-, Kiefer-, Brust- und Armverletzungen. Verletzungen können zu bleibenden Behinderungen führen, wie der Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit oder der Gelenkbeweglichkeit. Im schlimmsten Fall werden Frauen tödliche Verletzungen beigebracht (Enders 1990, Hageman-White 1981, Abott et al. 1995).

Somatische und psychosomatische Beschwerdebilder, die bei misshandelten Frauen häufig beobachtet werden, bilden Kopf-, Rücken- und Brustschmerzen, Würgegefühle, Atemnot, Magen-Darm-Störungen und Unterleibsschmerzen. Inwieweit diese Beschwerdebilder in einem direkten Zusammenhang mit den Gewalterfahrungen stehen, ist bislang weitgehend unerforscht²⁷. Es spricht viel dafür, dass sich chronische Anspannung, Angst und Verunsicherungen wie sie z.B. von Frauen beschrieben werden, die mit häuslicher Gewalt konfrontiert sind, u.a. in diesen

²⁶ Vgl. Hinze 1993, Egger u.a. 1995, Abschlussberichte liegen unter anderem vor von: Hagemann-White u.a. 1981, Modellprojekt Frauenhaus Berlin; Günther u.a. 1991, Beratungsstelle und Zufluchtswohnung für sexuell missbrauchte Mädchen, Helfferich u.a. 1997, Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen.

²⁷ Eine Reihe von Studien aus dem angloamerikanischen Bereich belegen, dass Frauen, die in ihrer Kindheit oder als Erwachsene Gewalt ausgesetzt waren, unter eingeschränkterer körperlicher Funktionsfähigkeit, häufigeren körperlichen Symptomen leiden und häufiger krank sind als Frauen ohne Misshandlungserfahrungen. Vgl. Heise 1994, Stark, E.; Flitcraft, A. 1996 Mc Cauley et al. 1997, Population Reports 1999, 27/4

Beschwerdebildern manifestiert. Mögliche Verbindungslinien zwischen psychosomatischen Beschwerdebildern bei erwachsenen Frauen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit beschreibt Olbricht (1997). Verbreitete Beschwerdekompexe bilden demnach Unterleibsbeschwerden, Essstörungen und Atemstörungen. Zum Bereich der Unterleibsbeschwerden gehören danach u.a. unklare, teilweise heftige Unterbauchbeschwerden, das Ausbleiben oder Störungen der Regelblutungen, Störungen des Geburtsverlaufs und häufige Fehlgeburten. Hinter diesen Beschwerden stehen oft real erlebte Verletzungen. "Dass die weiblichen Funktionen gestört sind, wundert nicht. Die unangemessenen, oft mit Gewalt durchgeführten sexuellen Handlungen treffen auf ein Kind, das meist noch nicht einmal weiß, was Sexualität ist und dessen sexuelle Entwicklung noch nicht eingesetzt hat oder noch nicht vollendet ist" (Olbricht, 1997:103) Der Bereich der Essstörungen umfasst Erbrechen, Übelkeit, Luftschlucken bis hin zu Bulimie. Essstörungen, können "als Versuch verstanden werden, wenigstens eine minimale Verfügungsmöglichkeit für den eigenen Körper zu erreichen, wenigstens mit der Nahrungsaufnahme selbst zu bestimmen, was in den Körper hinein soll und was nicht" (a.a.O.). In den Bereich der Atemstörungen fallen Druckgefühle auf der Brust, das Hyperventilationssyndrom oder auch Asthma. In diesen Symptomen können sich Inzesterinnerungen ausdrücken.

Erkenntnisse über psychische Folgen von Gewalt stammen vorrangig aus der therapeutischen Arbeit mit Frauen, die sexualisierte Gewalt erlitten haben, aus der Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern sowie aus der Traumaforschung. Betroffene Frauen berichten von Symptomen wie Albträumen, Depressionen, Konzentrationstörungen, Schlaf- und Essstörungen, Gefühlen der Angst, der Demütigung und Selbstkritik. (vgl. Kretschmann 1993:62f).

Aus der Arbeit mit missbrauchten Mädchen und Jungen stammen Beschreibungen psychischer Auffälligkeiten die diffuse Ängste, regressives Verhalten, Vereinsamung, Selbstverletzungen, Phobien, Zweifel an den eigenen Wahrnehmungen und Beziehungsstörungen umfassen. Im Unterschied zur US-amerikanischen Diskussion setzt sich in der BRD erst langsam der Begriff der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) zur Beschreibung dieser Folgen von Misshandlungen durch²⁸. Inzwischen liegen eine Reihe von Beschreibungen von sexualisierter Gewalt als Trauma vor. Sie verweisen darauf, dass Phänomene wie Depressionen, Abspaltungen, Identitätskonfusionen und Entfremdungsgefühle als Bewältigungsformen für die als traumatisch erlebten Gewalterfahrungen betrachtet werden müssen. Studien im angloamerikanischen Raum verweisen darauf, dass Mädchen, die sexuell missbraucht und Frauen, die vergewaltigt wurden, die größte Gruppe der unter posttraumatischen Belastungsstörungen leidenden Personen sind. (vgl. Heise 1994:20).²⁹

Aus den USA stammen Ansätze, auch häusliche Gewalterfahrungen als Trauma zu beschreiben. Walker (1984) übertrug Erkenntnisse über traumatische Gewalterfahrungen und über Reaktionen von Gewaltopfern auf die Situation misshandelter Frauen (battered women syndrom). Sie verweist auf vier Phasen der Reaktion: Die erste Phase ist geprägt durch Schock, Ungläubigkeit, Verdrängung, Angst, Verwirrung. Diese Reaktion ist eng damit verbunden, dass die Gewalthandlung nicht begreifbar ist oder mögliche Verhaltensoptionen nicht geprüft werden können. In der zweiten Phase wachsen Abhängigkeit, Passivität und Unterwerfung unter die

²⁸ In den USA wurde PTSD bereits 1980 in das Diagnostic and Statistic Manual of Disorders der American Psychiatric Association (DSM II) aufgenommen. Auslöser für die Aufnahme ins DSM II waren Erkenntnisse über die Situation von Opfern des Holocaust und von Veteranen des Vietnamkrieges. Erweitert wurde der Begriff durch die Beschreibung sexualisierter Gewalterfahrungen von Hermann (1993). Traumatisierung in der Diagnose PTBS findet sich in dem 1984 auf deutsch erschienen „Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen“.

²⁹ Opfer von Vergewaltigungen unternahmen neunmal häufiger Suizidversuche und leidet doppelt so oft unter schweren Depressionen als Frauen, die keine Vergewaltigung erlitten (a.a.O.)

Forderung des Täters. In der dritten Phase entwickeln Opfer eine unrealistische Hoffnung, dass die Gewalt vorübergehen wird und die Angriffe nicht zu schlimm sind. Hält die Bedrohung auf einem hohen Level an, setzt in der vierten Phase ein zunehmender Rückzug des Opfers ein, Ausbruchsversuche bleiben aus, auch wenn eine Flucht möglich wäre. Das Opfer lernt, dass es hilflos ist und kapituliert vor einer Situation, die es als hoffnungslos wahrnimmt. Walker betont in ihrer Beschreibung, dass häusliche Gewalt im Gegensatz zu vielen anderen traumatischen Gewalttaten oft über viele Jahre anhält, und die Frauen über viele Monate und Jahre einer systematischen psychosozialen Missachtung/Erniedrigung und Entmenschlichung ausgesetzt sind. Psychosomatische und psychische Störungen, die mit dieser Erfahrung verbunden sein können, sind Hilflosigkeit, Depression, Angstattacken, Schlaflosigkeit und Zukunftsängste. Alkohol und Drogengebrauch interpretiert sie als Versuche der Frauen, der unerträglichen Situation zumindest zeitweise zu entkommen (Neubauer et al. 1998).

Die hier skizzierten Beschreibungen möglicher Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen und Mädchen dürfen keinesfalls verallgemeinert oder als stets auftretende Reaktionen betrachtet werden. Ob und in welcher Weise sich Gewalt auf die Gesundheit von Frauen und Mädchen auswirkt, hängt von vielen Faktoren ab, wie beispielsweise von biographischen Erfahrungen, von der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, von Kompetenzen und Stärken. So betont beispielsweise Kretschmann im Hinblick auf das Trauma der Vergewaltigung: Es "bedeutet für alle Opfer einen massiven seelischen Einbruch - und zwar unabhängig von der zuvor bestehenden Persönlichkeitsstruktur. Die Versuche aber, das Trauma zu ertragen, zu verstehen, zu verarbeiten, müssen durchaus mit den je spezifischen biographischen Erfahrungen in Verbindung gebracht werden. Es bleibt daher wichtig, zwischen dem Ereignis und der subjektiven Verarbeitungsform zu trennen, will man nicht Gefahr laufen, unzulässig zu verallgemeinern oder zu individualisieren" (1993:69). Für die gesamte Diskussion über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit gilt, dass "der weite Gewaltbegriff, der eine Vielzahl von Formen der Gewalt, Weisen der Bedrohung und Zufügung von Verletzungen einschließt, (...) in eine Balance gebracht werden (muss) zu den Ressourcen und Kräften, die Mädchen und Frauen haben, damit umzugehen" (Hageman-White 1998:147).

3.6.3 Gewalt als Thema in der medizinischen Versorgung

Gewalt wird als eine mögliche Ursache von Verletzungen, Beschwerden und Erkrankungen in der medizinischen Versorgung bisher nur in Ansätzen erkannt. Erste Diskussionen und praktische Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgung finden sich für die Bereiche des sexuellen Missbrauchs und der sexualisierten Gewalt. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften veröffentlichte im Juni 1999 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Klassifikation, Diagnostik und Intervention bei "Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch". Ein "Merkblatt zur ärztlichen Untersuchung nach fraglichen Sexualdelikten" wurde bereits 1997 von der Universitäts-Frauenklinik Freiburg und dem Kriminaltechnischen Institut des Landeskriminalamts Baden-Württemberg erarbeitet (Bäßler et al. 1997). Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe schließlich machte auf dem diesjährigen 53. Kongress "Sexuelle Gewalt gegen Frauen und Mädchen" zu einem der Leitthemen. Im Rahmen dieses Kongresses wurden auch erste Ergebnisse einer Studie zu sexualisierter Gewalt vorgestellt. Ausgewertet wurden Daten von 3000 Mädchen und Frauen, die im Zeitraum von 1967 bis 1983 als Opfer von Sexualdelikten an der Universitätsklinik Berlin-Charlottenburg untersucht wurden (Peschers 2000).

Diese Entwicklungen können insgesamt jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Sensibilität für und das Wissen um Ursachen, Formen und Folgen der Gewalt im Bereich der

medizinischen Versorgung insgesamt sehr gering ist. Finden von Gewalt betroffene Frauen eine adäquate Hilfe, geschieht dies noch eher zufällig und in Abhängigkeit von der individuellen Haltung der behandelnden Ärztin oder des Arztes. (vgl. Gut 1997, May 1997)

Ergebnisse einer ersten empirischen Studie zum Umgang niedergelassener Ärzte und Ärztinnen mit der Problematik häuslicher Gewalt, wurden in diesem Jahr von Heike Mark in Berlin vorgestellt (vgl. Mark 1999). Befragt wurden 65 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zweier Berliner Bezirke. Die Untersuchung zeigte u.a., dass gemessen an offiziellen Schätzungen häusliche Gewalt nur in jedem 10. Fall von den Befragten erkannt wird. Ein Drittel der Befragten gab an, noch nie eine misshandelte Patientin in der Praxis versorgt zu haben. Dies bedeutet ein enorm hohes Risiko für Frauen, dass Gesundheitsstörungen nicht als gewaltbedingt erkannt und nicht adäquat behandelt werden. Die Untersuchung zeigte zudem, dass sich 2/3 der befragten Medizinerinnen und Mediziner nicht ausreichend über die Problematik informiert fühlen. Mark nimmt an, dass die Wahrnehmung von häuslicher Gewalt erhöht und die Fähigkeit zu intervenieren auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen deutlich verbessert werden könnte, lägen Leitlinien für diesen Bereich vor. Sie stützt diese Einschätzung auch darauf, dass sich der deutlich überwiegende Teil der Befragten vorstellen kann, Ansprechpartnerin oder -partner für von häuslicher Gewalt betroffene Patientinnen zu sein.

Ein erstes Modellprojekt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung misshandelter Frauen wurde im Oktober 1999 am Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin eröffnet: Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen. Das Klinikum hat sich zum Ziel gesetzt, als bundesweit erstes Krankenhaus Möglichkeiten der Intervention im Bereich der medizinischen Versorgung anzubieten und zu einer ausgewiesenen Anlaufstelle für Frauen zu werden, die mit häuslicher Gewalt konfrontiert sind. Die einzelnen Buchstaben des Projektnamens "S.I.G.N.A.L." stehen für Handlungsanweisungen, die sich an das pflegerische und ärztliche Personal richten: **S** = Sprechen Sie die Patientin an. **I** = Interview mit konkreten einfachen Fragen. **G** = Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. **N** = Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind. **A** = Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. **L** = Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Zentraler Bestandteil des Projekts bildet die Schulung der Beschäftigten der Klinik, um sie für die Problematik zu sensibilisieren und auf den neuen Aufgabenbereich vorzubereiten. Das Modellprojekt ist zunächst in der Ersten Hilfe/Aufnahme angesiedelt und soll langfristig auf alle Stationen und Abteilungen des Klinikums ausgedehnt werden.

Seit März 2000 wird das Projekt für die Dauer von zwei Jahren wissenschaftlich begleitet. Neben Erkenntnissen über Verlauf, Implementation und Wirkungen des Projekts, ist angestrebt, Daten über den Versorgungsbedarf sowie über gesundheitliche Folgen der Gewalt zu gewinnen.

Das S.I.G.N.A.L.-Interventionskonzept wird von den Initiatorinnen als ein grundlegendes Konzept für die Intervention im medizinischen Bereich begriffen. Inzwischen interessieren sich weitere Kliniken aus dem gesamten Bundesgebiet für das Modell. Es bleibt abzuwarten, ob die Verankerung und Ausweitung des Ansatzes in der Krankenhausversorgung wie im Bereich der niedergelassenen Versorgung gelingt, und wie es sich auf die Versorgungssituation misshandelter Frauen auswirken wird. Um eine gemeinsame Diskussion und einen Erfahrungsaustausch interessierter Personen aus dem Gesundheitswesen zu ermöglichen, wird in Berlin derzeit ein Arbeitskreis "S.I.G.N.A.L." aufgebaut.³⁰

³⁰ Siehe Adressenteil des Länderberichtes.

3.6.4 Unterstützungsangebote für von Gewalt betroffene Frauen und Mädchen

Ein Großteil der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung von Frauen findet derzeit in Einrichtungen und Projekten statt, die sich aus der Frauenbewegung entwickelt haben. Sie entstanden in den alten Bundesländern seit Mitte der 70er Jahre, in den neuen Bundesländern seit 1990³¹. Neben allgemeinen Anlaufstellen wie Frauenzentren und Frauentreffpunkten gehören dazu spezifische Einrichtungen wie Frauen- und Mädchenhäuser, Zufluchtswohnungen und unterschiedlich spezialisierte Beratungsstellen für von Gewalt betroffene Frauen und Mädchen (vgl. Brückner 1998).

Mitte der 90er Jahre gab es in der BRD ca. 400 Frauenhäuser, davon ca. 120 in den neuen Bundesländern. Sie bieten vor allem Frauen, die mit häuslicher Gewalt konfrontiert sind, Schutz und Unterstützung. Über die Anzahl der in der BRD insgesamt existierenden Zufluchtswohnungsprojekte und Beratungsstellen liegen bisher keine Angaben vor. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass zumindest in allen größeren Städten eine relativ gut ausgebaute Infrastruktur für betroffene Frauen existiert.

Für Mädchen, die sexuelle Missbrauchserfahrungen haben, existierten 1992 bundesweit 17 Zufluchthäuser bzw. Wohngruppen sowie mehrere sogenannte Wildwassergruppen³², die überwiegend mit in der Kindheit missbrauchten Frauen und älteren Mädchen arbeiten. Darüber hinaus bestehen eine Reihe von Beratungsstellen freier Träger, die überwiegend dem Kinderschutzbund angehören, einem bundesweiten, unabhängigen Verein, der sich den Schutz von Kindern vor Misshandlung zum Ziel gesetzt hat. Für Frauen, die vergewaltigt wurden, wurden in den letzten Jahren vor allem in größeren Städten eigenständige Beratungsstellen, die teilweise auch therapeutische Hilfe anbieten, eingerichtet. In Freiburg entstand 1995 eine Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen in den Räumen der dortigen Universitäts-Frauenklinik (vgl. Helfferich 1997).

Die Projekte haben im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung für von Gewalt betroffene Mädchen und Frauen eine zentrale Bedeutung. Sie schaffen Öffentlichkeit für die Problematik, tragen zur Enttabuisierung bei, helfen die Isolation betroffener Frauen und Mädchen zu durchbrechen und bieten Unterstützung an. Empowerment, Ressourcenorientierung und die Stärkung der Selbsthilfepotentiale bilden in den meisten Projekten zentrale Arbeitsprinzipien. Ausgehend von einer gründlichen Kenntnis der spezifischen Problematik und der Situation der Frauen und Mädchen bieten sie parteilich und unbürokratisch Beratung und Schutz. Von den Projekten gehen zugleich wichtige Impulse für eine Verbesserung der Versorgung und Unterstützung in anderen relevanten Bereichen aus. Beispielhaft sei hier nur der Bereich des polizeilichen Handelns in Fällen häuslicher Gewalt genannt (vgl. dazu Schweikert 2000).

Neben Projekten, die sich direkt an von Gewalt betroffene Frauen und Mädchen wenden, haben sich seit Mitte der 90er Jahre neue Strategien in der Arbeit gegen Gewalt gegen Frauen und Mädchen entwickelt. In mehreren Bundesländern wurden Runde Tische und Interventionsprojekte eingerichtet, die sich konzeptionell zumeist an das amerikanische "Domestic Abuse Intervention Project" anlehnen (vgl. Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen 1999; Heiliger/Hoffmann 1998). Die Arbeit dieser Projekte fördert und stärkt die Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten betroffener Frau in indirekter Weise. Sie zielen auf

³¹ Unseres Wissens gab es in der DDR bis auf ein 1984 von der Caritas gegründetes Haus für Menschen in Krisen sowie einige kirchliche Initiativen in größeren Städten keine Einrichtungen, die sich explizit an Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrungen wandten.

³² „Wildwasser“ nannten sich die ersten Selbsthilfegruppen, die sich zum Thema sexueller Missbrauch in den 80er Jahren gründeten.

eine Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die Gewalt legitimieren, arbeiten an der Erweiterung von Sanktionsmöglichkeiten auf zivil- wie strafrechtlicher Ebene und bieten Fortbildungen für Polizei und Justiz an. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung sind bislang leider nur vereinzelt in die Interventionsprojekte einbezogen. Präventions- und Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der medizinischen Versorgung bleiben dadurch noch weitgehend ungenutzt.

3.6.5 Ausblick und Forderungen

Im Rahmen dieses Artikels konnte nur ein Ausschnitt der komplexen Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit behandelt werden. Einige Aspekte wurden nur gestreift oder konnten nicht berührt werden. Themen, die wir als mögliche Folgen von Gewalt nicht aufgegriffen haben, sind beispielsweise Armut und Wohnungslosigkeit (vgl. dazu May 1999; May 2000). Unberücksichtigt blieb zudem die spezifische Situation von Migrantinnen in Gewaltbeziehungen (vgl. dazu David u.a. 2000).

Die vorgestellten Erkenntnisse zu Formen und Ausmaß der Gewalt gegen Frauen, zu gesundheitlichen Folgen sowie zur Versorgungssituation zeigen, dass das Wissen um die Problematik in den vergangenen 30 Jahren deutlich gewachsen ist und aus der Frauenbewegung eine Vielzahl von Unterstützungs- und Zufluchtseinrichtungen entstanden ist, an die sich Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrungen wenden können. Aus dieser Praxis heraus entstand eine Vielzahl neuer Konzepte und Ansätze der Unterstützung, Beratung und der therapeutischen Arbeit mit Frauen und Mädchen.

Festzustellen ist jedoch auch, dass sowohl im Forschungsbereich wie im Bereich der gesundheitlichen und insbesondere der medizinischen Versorgung vielfältiger Handlungsbedarf besteht. So haben sich Gesundheitsforschung und mehr noch die medizinische Forschung bislang weitgehend gegenüber der Problematik verschlossen. Trotz des immensen Ausmaßes der Gewalt gegen Frauen und Mädchen, bleibt sie als eine zentrale Ursache gesundheitlicher Probleme von Frauen in beiden Forschungsbereichen fast vollständig ausgeblendet. Die Frauengesundheitsforschung hat in jüngster Zeit begonnen, an einer Verknüpfung der Themen Gewalt und Gesundheit zu arbeiten. Diese Ansätze müssen unterstützt und ausgebaut werden.

Im Bereich der Versorgung steht eine Vernetzung zwischen Frauenprojekten und Einrichtungen der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung dringend an. Erfahrungen aus den USA zeigen, dass niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Ersten Hilfe-Stationen wie auch die häusliche Krankenpflege eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Frauen und Mädchen einnehmen können. Ähnlich wie für den polizeilichen Bereich sollten für Ärztinnen, Ärzte sowie Pflegekräfte Fortbildungen entwickelt werden, die sie für die Problematik sensibilisieren und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Entwickelt werden sollten zudem praxisorientierte Leitlinien zur Versorgung und Intervention.

Maßnahmen wie der Ende 1999 durch die Bundesregierung verabschiedete Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen ein Schwerpunkt auf den Bereich "Gesundheit" und "gesundheitliche Versorgung" sind wichtige Schritte. Unterstützungsangebote sollten in der Regelversorgung etabliert werden und ebenso die Arbeit von Projekten im Antigewaltbereich ausgebaut werden. Es ist zu berücksichtigen, dass es einer Pluralität an Angeboten bedarf angesichts der heterogenen Struktur der Gruppe von Frauen, die Gewalterfahrungen ausgesetzt sind.

Es bleibt zu wünschen, dass das Thema häusliche und sexualisierte Gewalt auf den verschiedenen Ebenen von Gesundheitsförderungen und -versorgung eine umfassendere Beachtung erhält und damit ein durch gesellschaftliche Strukturen erzeugtes Problem auch eine Wahrnehmung auf breiter gesellschaftlicher Basis erhält.

Literatur:

Abott, J.; Johnson, R.; Koziol-McLain, J.; Lowenstein, S. (1995): Domestic Violence against women. Indice and prevalence in an emergency department population. In: Journal of the American Medical Association 273, Nr. 22, 1763-1767.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) (Hg.) (1997): Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des AKF. Bünde.

Beckermann, M. (1998): Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen. In: Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hg.): Sexuelle Gewalt. Ursache für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen. Dokumentation einer Fortbildung für Gynäkologinnen/Gynäkologen im Herbst 1996 in Bremen.

Berliner Frauenhaus für misshandelte Frauen. (1978): Frauen gegen Männergewalt. Erster Erfahrungsbericht. Frauenselbstverlag Berlin-West.

Bäßler, G.; Birmelin, G.; Hilgarth, M. et al. (1997): Merkblatt zur ärztlichen Untersuchung nach fraglichen Sexualdelikten, Landeskriminalamt Baden-Württemberg.

BIG e.V. Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen. Koordinationsstelle des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt (Hg.) (1997): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Alte Ziele - Neue Wege. Berlin.

Böhmer, M. (2000): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt aM: Mabuse-Verlag.

Böllert, K.; Behrend, I.; Dinse, D.; Falkenberg, K. et al. (1999): Gewalt verrückt die Seele. Eine Untersuchung zu Hilfsangeboten im psychosozialen und medizinischen Bereich für sexuell traumatisierte Frauen in Mecklenburg-Vorpommern. Selbsthilfe- und Therapiezentrum "Dolgener See" (Hg.).Dolgen/Mecklenburg.

Brückner, M. (1998): Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Frankfurt a.M.: Fachhochschul Verlag.

Brückner, M. (1996): Frauen und Mädchenprojekte. Von feministischen Gewissheiten zu neuen Suchbewegungen. Opladen: Leske + Budrich.

Brückner, M. (1983): Die Liebe der Frauen. Über Weiblichkeit und Misshandlung. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuchverlag.

David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (Hg.): Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt a.M: Mabuse-Verlag

Degener, T. (1995): Behinderte Frauen in der beruflichen Rehabilitation. In: Hessisches Netzwerk behinderter Frauen und Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen (Hg.): Rechtsgutachten, Kassel.

Diedrich, U. (1996): Sexuelle Misshandlung in der DDR: Verdrängung eines Themas und seine Folgen. In: Hentschel, G. (Hg.). Skandal und Alltag: Sexueller Missbrauch und Gegenstrategien. Berlin: Orlanda Frauenverlag, 53-67.

Egger, R.; Froeschl, E.; Lercher, L. (et al.) (1995): Gewalt gegen Frauen in der Familie. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.

Enders, U. (Hg.) (1990): Zart war ich, bitter war's. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Erkennen - Schützen - Beraten. Köln: Kölner Volksblatt Verlag.

Günther, R.; Kavemann, B.; Ohl, D. (1991): Modellprojekt Beratungsstelle und Zufluchtswohnung für sexuell missbrauchte Mädchen von "Wildwasser" - Arbeitsgemeinschaft

gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V., Berlin. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Jugend, Bd. 10. Stuttgart: Kohlhammer.

Gut, G. (1997): Frauen auf der Suche nach Hilfe im medizinischen System. In: Innere Sicherheit durch Prävention. Gesundheitliche Folgen und gesellschaftliche Kosten von Gewalt. Diskutiert am Beispiel der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Anhörung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen am 28. Oktober 1997, (Hg.) Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Abgeordnetenhaus Berlin. 10-14.

Heise, L.; Pitanguy, J.; Germain, A. (1994): Violence against women: The hidden health burdens. Washington. World Diskussion Papers 255.

Hagemann-White, C. (1992): Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis. Bestandsanalyse und Perspektiven. Pfaffenweiler: Centaurus.

Hagemann-White, C.; Gardlo, S. (1997): Konflikte und Gewalt in der Familie. Ein Bericht über die erste Fachtagung des interdisziplinären Netzwerkes europäischer ForscherInnen zu Konflikt und Gewalt in der Familie. Loccum, 24.-27.8.97. Zeitschrift für Frauenforschung 15 (3), 73-96.

Hagemann-White, C.; Kavemann, B.; Kootz, J. (et al.) (1981): Hilfen für misshandelte Frauen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Frauenhaus Berlin. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 124. Stuttgart: Kohlhammer.

Hagemann-White, C. (1998): Gewalt gegen Frauen und Mädchen - welche Bedeutung hat sie für die Frauengesundheit? S.142-154. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern et al.: Verlag Hans Huber, 63-73.

Heiliger, A.; Steffi Hoffmann (Hg.) (1998): Aktiv gegen Männergewalt. Kampagnen und Maßnahmen gegen Gewalt an Frauen international. München: Frauenoffensive.

Helfferrich, C.; Hendel-Kramer, A.; (Hg.) (1996): Hilfen für Vergewaltigte Frauen. Theoretische Konzepte und praktische Hilfen. Dokumentation der Arbeitstagung 1995. Freiburger Institut für Gesundheitswissenschaften.

Helfferrich, C.; Hendel-Kramer, A.; Tov, E. (et al.) (1997): Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 146. Stuttgart: Kohlhammer.

Herman, J. L. (1993): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler.

Hilsenbeck, H. (1991): Feministische Gruppenarbeit mit "Psychotikerinnen" 36-46. In: Hoffmann, D. (Hg.): Frauen in der Psychiatrie. Schriftenreihe im Psychiatrie-Verlag. Bonn.

Hilsenbeck, P. (1997): Traumatherapie - mit Mut und Achtsamkeit. In: AKF (Hg.): Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., 45--74

Hinze, L. (1993): Bericht zum Forschungsprojekt "Individuelle und soziale Bedingungen für Gewalt gegen Frauen". In: Leitstelle für Frauen- und Gleichstellungsfragen Sachsen-Anhalt (1993): Gewalt in der Familie. 7-15.

Holzbecher, M.; Braszeit, A.; Müller, U. (et al.) (1991): Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bd. 260. Stuttgart: Kohlhammer.

Kavemann, B. (1996): Möglichkeiten und Grenzen präventiver Arbeit gegen sexuellen Missbrauch von Jungen und Mädchen. In: Neue Praxis 2.

Kavemann, B.; Leopold, B.; Schirmmacher, G. (1999): Projekt WiBIG: wissenschaftliche Begleitung Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt. Zwischenbericht. Berlin, unveröff. Projektbericht.

Kretschmann, U. (1993): Das Vergewaltigungstrauma: Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen. Münster: Westfälisches Dampfboot.

- Mark, H. (1999):** Häusliche Gewalt. Umgang mit ärztlichen Praxen, die Opfer häuslicher Gewalt wurden. Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. Magisterarbeit im postgradualen Studiengang Public Health/Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin.
- May, A. (1997):** Misshandlungen, Misshandlungssysteme, gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt. In: Innere Sicherheit durch Prävention. Gesundheitliche Folgen und gesellschaftliche Kosten von Gewalt. Diskutiert am Beispiel der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Anhörung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen am 28. Oktober 1997, Abgeordnetenhaus Berlin. 4-9
- May, A. (1999):** Misshandlung macht arm? In: Franke, M., Geene, R., Luber, E. (Hg.): Armut und Gesundheit. Materialien zur Gesundheitsförderung Bd.1, Berlin: Gesundheit e.V. Berlin. 52-88
- McCauley, J. et al. (1995):** The "Battering Syndrome". Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. In: Annals of Internal Medicine 1995, Vol 123, Nr.10, 737-746.
- McCauley, J. et al. (1997):** Clinical Characteristics of women with a history of childhood abuse. Unhealed wounds. Journal of the American Medical Association 277 (17): 1362-1368.
- Neubauer, E.; Steinbrecher, U., Drescher-Aldendorff, S. (1998):** Gewalt gegen Frauen: Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 153. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nini, M.; Bentheim, A.; Firlle, M. et al. (1995):** Abbau von Beziehungsgewalt als Konfliktlösungsmuster - Abschlussbericht - 1994. Opferhilfe Hamburg e.V. in Zusammenarbeit mit Männer gegen Männergewalt e.V. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 102. Stuttgart: Kohlhammer.
- Olbricht, I. (1997):** Folgen sexueller Traumatisierung für seelische Entwicklung und das Körpergefühl von Frauen. In: AKF (Hg.): Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., 100-113.
- Osattin, A.; Short L. (1998):** Intimate Partner Violence and Sexual Assault. A Guide to Training Materials and Programs for Health Care Providers. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta
- Peschers, U. (2000):** Sexuelle Gewalt: Frauenärztinnen und Frauenärzte wollen ein Tabu brechen. Presseerklärung anlässlich zum 53. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, München. http://idw.tu-clausthal.de/zeige_pm.htm?pmid=21942
- Population Reports (1999):** Ending Violence Against Women, 27 (4), Serie L, Nr.11, Population Information Program, John Hopkins University School of Public Health, Baltimore.
- Schröttle, M. (1998):** Politik und Gewalt im Geschlechterverhältnis: eine empirische Untersuchung über Ausmaß, Ursachen und Hintergründe von Gewalt gegen Frauen in ostdeutschen Partnerschaften vor und nach der deutsch-deutschen Vereinigung. Dissertation Giessen, erscheint 1999.
- Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (1999):** Eingreifen bei häuslicher Gewalt. Europäische Erfahrungen bei der Verbesserungen von Hilfeangeboten für Frauen, die von Gewalt betroffen sind. Dokumentation der Fachtagung zu Interventionszentralen im Europäischen Raum am 30.10.1998 in Berlin.
- Schweikert, B.(2000):** Gewalt ist kein Schicksal. Ausgangsbedingungen, Praxis und Möglichkeiten einer rechtlichen Intervention bei häuslicher Gewalt gegen Frauen unter besonderer Berücksichtigung von Polizei- und zivilrechtlichen Befugnissen. Schriften zur Gleichstellung der Frau, Bd. 23. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schwind, H.-D.; Baumann, J. et al. (Hg.) (1990):** Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt: Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt, Bd. II. Berlin: Duncker & Humblot.

- Smaus, B. (1994):** Physische Gewalt und die Macht des Patriarchats. In: Kriminologisches Journal 2
- Stark, E.; Flitcraft, A. (1996):** Women at Risk. Domestic Violence and Women's Health. Thousand Oaks/California: Sage Publications.
- Starke, K. (1990):** Partnerstudie III - Partnerschaft und Sexualität 1990. Zentralinstitut für Jugendforschung, Leipzig.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998):** Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart.
- Vogt, I. (1999):** Prämissen einer frauenspezifischen Suchtarbeit. Ergebnisse aus der Forschung. In: Frauen-Sucht-Gesellschaft. Dokumentation der Fachtagung am 28. Januar 1999 in der Katholischen Akademie Trier. Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Rheinland Pfalz. 5-31
- Walker, L. (1983):** The battered women Syndrom Study. In: Finkelhor, D., Gelles, R., Hotaling G.: The dark side of families. Beverly Hills: Sage.
- Weber, M.; Rohleder, C., (1995):** Sexueller Missbrauch. Jugendhilfe zwischen Aufbruch und Rückschritt. Münster: Votum.
- Wetzels, P.; Pfeiffer, C. (1995):** Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und im privaten Raum. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. KFN-Forschungsbericht Nr. 37, Hannover.
- Wüstenberg, W. (1992):** Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen und die Aufgaben der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, in: Straumann, U. (Hg.): Beratung und Krisenintervention, Köln: GwG-Verlag.

3.7 Frauengesundheitsforschung in Deutschland

Ulrike Maschewsky-Schneider, Birgit Babitsch, Judith Fuchs, Daphne Hahn

3.7.1 Entwicklung der Frauengesundheitsforschung in Deutschland:

Von der Frauengesundheitsbewegung zu Public Health

Frauengesundheitsforschung in Deutschland hat zwei wesentliche Ursprünge: Sie ist zum einen aus der sozialwissenschaftlichen Geschlechterforschung heraus entstanden, zum anderen liegen ihre politik- und praxisbezogenen Ursprünge in der Frauengesundheitsbewegung. Die Forschung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in der Medizin war auf die Untersuchung von Krankheiten und Problemlagen, die mit der reproduktiven Gesundheit der Frau wie bspw. Menstruation, Schwangerschaft und Geburt bzw. gynäkologischen Erkrankungen verbunden sind, ausgerichtet, wobei der Ausbau medizinisch-technologischer Verfahren im Mittelpunkt stand. Seit den 70er Jahren machte die damals entstehende Frauengesundheitsbewegung diese Entwicklung zum Thema einer kritischen Auseinandersetzung. Ihre Kritik war, dass eine am technischen Fortschritt orientierte Apparatedizin die Frauen tendenziell von ihrer Selbstbestimmung über den eigenen Körper entmündige. Frauen würden in der Medizin als aufgrund ihrer Biologie behandlungsbedürftige Patientinnen pathologisiert. Frauengesundheits- und Frauentherapiezentren, später auch Geburtshäuser, entstanden, um Frauen über ihre Rechte und Möglichkeiten zu informieren, sie handlungs- und entscheidungsfähig zu machen und ihnen alternative Versorgungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Für die Frauengesundheitsbewegung war die kritische Auseinandersetzung mit der Medizin mit einem Konzept verbunden, das die Gesundheit von Frauen aus ihren persönlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Lebensumständen heraus verstand. Ein wissenschaftliches Fundament dafür lieferte die damals entstehende sozialwissenschaftliche Frauenforschung, die das Geschlechterverhältnis in der Wissenschaft und in der Gesellschaft thematisierte, vorhandene Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern aufdeckte und sich im Rahmen der Frauenbewegung für eine Gleichstellung der Geschlechter einsetzte.

In diesem Kontext entstanden in der Frauengesundheitsforschung theoretische Konzepte, in denen die Gesundheit der Frauen in den Vordergrund gestellt wurde und Krankheiten sowie körperliche oder psychische Defizite und Funktionsstörungen in den Hintergrund rückten. In den Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen sollte nach den Belastungen und Ressourcen für ihre Gesundheit und das Wohlbefinden gesucht werden (Schneider 1982). Mit diesem Ansatz war die Frauengesundheitsforschung von Anbeginn an originär gesundheitswissenschaftlich ausgerichtet und hat nicht unerheblich zu wichtigen Entwicklungen wie etwa der Gesundheitsförderung mit beigetragen.

Die Frauengesundheitsforschung griff zunächst Themen auf, die in der bisherigen Forschung und gesundheitlichen Versorgung von Frauen besonders vernachlässigt oder aus einer männlich bestimmten - androzentrismen - Perspektive heraus einseitig behandelt worden waren. Neben den Fragen der reproduktiven Gesundheit von Frauen - die insbesondere die kritische Auseinandersetzung mit den modernen Reproduktionstechnologien einschloss - waren das solche, bei denen die Benachteiligung oder Ungleichbehandlung von Frauen besonders hervorstach, wie z.B.:

- der Einfluss von Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen in Beruf und Familie auf ihre körperliche und psychosoziale Gesundheit, insbesondere die Gesundheit von Müttern mit kleineren Kindern,
- Fragen der Gewalt gegen Frauen

- Untersuchungen zu Medikamentenkonsum und -abhängigkeit und deren Hintergründe im Medizinsystem
- Forschungen und praktische Modellentwicklungen zur Gesundheitsförderung für Frauen
- Untersuchungen zu Auswirkungen der gesellschaftlichen Transformation nach der Wiedervereinigung von Ost- und Westdeutschland auf die Gesundheit von Frauen

•
 Einen gewissen Aufschwung erhielt die Frauengesundheitsforschung auch durch die Einrichtung der Public-Health-Forschungsverbände in Deutschland (Überblicke siehe z.B.: Begenau/Helfferich 1997; Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health 1998). In diesem Zusammenhang wurden Forderungen für die Frauengesundheitsforschung formuliert (Helfferich/v.Troschke o.J.; Maschewsky-Schneider 1996). Ziel war es, die Frauengesundheitsforschung im Rahmen der Public Health-Forschung langfristig zu etablieren. Hierzu gab es gewisse Teilerfolge, z.B. die Förderung verschiedener frauenspezifischer Projekte (z.B. zur Versorgung von Schwangeren mit sozialen Risikofaktoren, zu Migrantinnen oder zu Geburtshäusern) und die Einrichtung von drei Professuren in den Public Health-Studiengängen (Berlin, Bremen, Bielefeld), die u.a. den Schwerpunkt Frauengesundheit vertreten. An verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen wurden unabhängig davon Professuren in verschiedenen Fächern, insbesondere in den Sozialwissenschaften, eingerichtet, die Frauengesundheit als einen ihrer Arbeitsschwerpunkte mit einschließen (z.B. Osnabrück, Hamburg, Dortmund, Freiburg, Frankfurt). An einigen medizinischen Hochschulen wurden spezielle Professuren für Frauengesundheit eingerichtet bzw. sind im Aufbau (Münster, Hannover, Gastprofessur in Magdeburg). Auch im Rahmen der neu eingerichteten pflegewissenschaftlichen Fachgebiete wird die Frauengesundheit an einigen Stellen mit thematisiert.

Obwohl in den verschiedensten Forschungsförderprogrammen Frauengesundheitsthemen in den letzten Jahren mit thematisiert wurden bzw. werden (neben Public Health z.B. die Rehabilitationswissenschaften, VW-Nachwuchsgruppenförderung, Reproduktionsmedizin) gibt es nur sehr wenige, die explizit auf die Frauen ausgerichtet sind (z.B. Niedersächsischer Forschungsverbund Frauen- und Geschlechterforschung in Naturwissenschaften, Technik und Medizin, Förderprogramme des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Im Vergleich zu den USA konnte bislang auch nicht erreicht werden, dass Frauengesundheitsthemen in Förderprogrammen grundsätzlich mit berücksichtigt werden müssen; und es gibt Auflagen in Hinblick auf die systematische Berücksichtigung des Geschlechts in den Theorien, Methoden und Studiendesigns der gesundheitsbezogenen Forschung (für die vorläufige Version s. Mastroianni et al. 1994. Die aktuelle Version dieser Guidelines steht in: http://grants.nih.gov/grants/funding/women_min/guidelines_update.htm). Die Forderung nach mehr weiblichen Gutachtern in Entscheidungsgremien für die Forschungsförderung ist bei weitem noch nicht umgesetzt.

Eine Bestandsaufnahme erfolgte auch im Rahmen der "Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung" (Deutscher Bundestag 1997). Sie macht die bestehenden Defizite in der Forschung und zielgruppengerechten Versorgung von Frauen deutlich. In dieser Anfrage werden zentrale Bereiche der gesundheitlichen Versorgung und Forschung von/ über Frauen aufgegriffen wie: Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland, zur Gesundheitsförderung und Prävention, zum Zusammenhang von sozialen Bedingungen (z.B. Armut und soziale Lage) und Gesundheit, zur gesundheitlichen Versorgung im Medizinsystem, zur Situation der Frauen in den neuen Bundesländern, zur gesundheitlichen Situation von Ausländerinnen und zur Lebenssituation und Gesundheit von Frauen mit Behinderungen. Die Anfrage befasst sich auch mit Frauen in der Medizin und Frauen in der Forschung. Insgesamt zeigt die "Antwort der Bundesregierung auf die

Große Anfrage", dass das Wissen zur Frauengesundheit in vielen Bereichen sehr gering ist, dass die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen geschlechtsspezifische Unterschiede und Besonderheiten nicht ausreichend berücksichtigen und dass erhebliche Forschungsdefizite bestehen. Um den Wissensstand für die Bundesrepublik Deutschland zu verbessern, wurde u.a. auf dem Hintergrund dieser Anfrage ein Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland in Auftrag gegeben (s.unten).

Um Forschungs- und Versorgungsdefizite zu beheben, muss die Frauengesundheitsforschung zunächst solche Themen aufgreifen, die für die Gesundheit der Frauen von besonderer Bedeutung sind bzw. solche, bei denen eine Ungleichbehandlung und daraus resultierende Fehlversorgung besonders gravierend oder erkennbar ist. Grundsätzlich muss es jedoch perspektivisch darum gehen, alle Forschungs- und Versorgungsbereiche unter der Frage zu betrachten, welche Ungleich- oder Fehlbehandlungen für Frauen damit verbunden sein könnten. Damit öffnet sich der Blickwinkel verstärkt auf den Vergleich und die Differenz von Frauen und Männern und die Beantwortung der Frage nach den Unterschieden und Gemeinsamkeiten in der Gesundheit von Frauen und Männern. Ziel ist die Vermeidung von Fehlbehandlung und eine dem jeweiligen Bedarf und der Notwendigkeit angemessene Versorgung beider Geschlechter.

In diesem Sinne ist das sogenannte Gender Mainstreaming-Konzept der Europäischen Gemeinschaft auch auf die Gesundheitsforschung und -versorgung anzuwenden. Für die Forschung - aber auch für die Entwicklung von Versorgungsmodellen - sind Methoden zu entwickeln, mittels derer eine solche systematische Beurteilung des Einflusses von Maßnahmen auf die Gesundheit von Frauen und Männern (gender impact) erfolgen kann bzw. es sind Instrumente zu erarbeiten, mittels derer Forschungsdesigns und -ergebnisse in Hinblick auf geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte (gender bias) untersucht werden können (Eichler 1998, und s. unten). Damit wird der Weg von einer auf Fragen der Besonderheit der Gesundheit von Frauen ausgerichteten Forschung hin zu einer geschlechtssensiblen Gesundheitsforschung eröffnet.

Die Frauengesundheitsforschung hat in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland eine Reihe von Ergebnissen hervorgebracht, die hier nicht im einzelnen dargestellt werden können. Es sollen deshalb drei zentrale Bereiche herausgegriffen werden, die für die Weiterentwicklung von Bedeutung sind. Es wird zunächst ein Überblick über Konzept und Themenbereiche des Frauengesundheitsberichts für Deutschland, der voraussichtlich Ende 2000 veröffentlicht werden wird, gegeben. Es soll dann auf den für die Public Health-Forschung wichtigen Zusammenhang von sozialer Lage von Frauen und Gesundheit eingegangen werden. Im dritten Schritt wird das Konzept einer gender-sensiblen Forschung erläutert und seine Bedeutung für die zukünftige Public Health-Forschung dargestellt.

3.7.2 Frauengesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Situation der Bevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsgruppen zu beschreiben sowie den vordringlichsten Handlungsbedarf im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und die Versorgung zu ermitteln. Sie dient dazu, gesundheitspolitische Maßnahmen zu verbessern, in dem sie planungsrelevante Daten für Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen zur Verfügung stellt (Kellerhof, 1996).

Der Bedarf für eine systematische Frauengesundheitsberichterstattung für Deutschland war in Übersichten und Expertisen wiederholt begründet und eingefordert worden (Helfferich et al. 1995; Agenda "Frauen und Gesundheitswissenschaften" 1994; Begenau et al. 1996). Eine frauenspezifische Gesundheitsberichterstattung wird als notwendig erachtet, weil:

- Frauen und Männer sich hinsichtlich der Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen, unter denen sie leiden, unterscheiden;
- in den Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern unterschiedliche Faktoren wirksam sind, die ihre Gesundheit und ihre gesundheitsbezogene Lebensweise bestimmen; hierzu zählen die unterschiedliche Einbindung in Beruf und Familie und die Tätigkeit in unterschiedlichen Berufsfeldern;
- beide Geschlechter sich hinsichtlich körperlich-biologischer Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen, unterscheiden; das umfasst zum einen die reproduktive Gesundheit von Frauen, wie die Bereiche Schwangerschaft, Geburt, Klimakterium, aber auch Zusammenhänge zwischen z.B. hormonellen Faktoren und chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Osteoporose;
- Frauen und Männer auf dem Hintergrund unterschiedlicher Sozialisationserfahrungen und Lebensbedingungen in verschiedener Weise mit Gesundheit, Krankheit und Belastungen umgehen; Frauen scheinen z.B. sensibler auf körperliche und psychische Beeinträchtigungen zu reagieren und haben ein ausgeprägteres Vorsorgedenken als Männer;
- Frauen und Männer im Gesundheitswesen unterschiedliche Versorgungsbereiche in Anspruch nehmen, und sie in der Versorgung von den Professionellen unterschiedlich wahrgenommen und behandelt werden; hier sei nur das Beispiel genannt, dass Frauen mehr psychotrope Medikamente verschrieben bekommen als Männer.

1996 erteilte das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen den Auftrag, einen Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland zu erstellen. Mit der Auftragsvergabe stellte die Bundesrepublik Deutschland zugleich auch den Anschluss an Initiativen im europäischen sowie außereuropäischen Ausland her.

Eine geschlechtsspezifische Sichtweise auf die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit erfordert zugleich, die bisherige Herangehensweise an Gesundheitsberichterstattung zu überdenken und Leitgedanken für eine geschlechtersensible Berichterstattung zu erarbeiten. Dazu gehört ganz wesentlich der Gesundheitsbegriff selbst. Der Frauengesundheitsbericht orientiert sich nicht primär an einem medizinischen Krankheitskonzept, sondern an einem lebensweltbezogenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Das bedeutet, die enge Beziehung zwischen den Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen, ihrem Gesundheitszustand und ihrem Versorgungsbedarf adäquat in der Berichterstattung zu berücksichtigen. Die Leitlinien sind zugleich der Ottawa Charta (WHO 1986) verpflichtet, die Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung in sozialer Verantwortung sieht. Das bedeutet auch, den Stärken von Frauen und ihren Fähigkeiten, sich selbst für ihre Gesundheitsbelange einzusetzen, einen zentralen Stellenwert einzuräumen.

Ein weiterer Leitgedanke ist, bei der Darstellung von Daten und Ergebnissen zu spezifischen Krankheiten darauf zu achten, welche impliziten Vorurteile über Krankheiten bei Frauen hinter ihnen stehen. So wird beispielsweise in bezug zum Herzinfarkt diskutiert, ob die bei Frauen und Männern unterschiedlichen Krankheitssymptome eine mögliche Ursache für eine unzureichende Diagnostik des Herzinfarkts bei Frauen sein könnten. Oder ein anderes Beispiel: Die Praxis, Frauen gehäuft psychotrope Medikamente zu verschreiben, wird als geschlechtsspezifischer Zuschreibungsprozess von psychischen Erkrankungen problematisiert.

Großer Wert wurde in der Berichterstattung auf die Ost-West-Differenzen gelegt, d.h. auf die spezifischen Lebensumstände von Frauen in den alten und in den neuen Bundesländern sowie die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der gesundheitlichen Lage von Frauen. An verschiedenen Stellen des Berichtes wird dargestellt, mit welchen gesundheitlichen Vor- oder Nachteilen der

gesellschaftliche Wandel für ostdeutsche Frauen verbunden war. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt war die Frage, inwieweit sich Sozial- und Lebenslagen auf den Gesundheitszustand auswirken und ob bzw. mit welchem spezifischen Gesundheitshandeln sie verknüpft sind.

Die im Bericht aufgegriffenen Themen orientieren sich an dem spezifischen Versorgungsbedarf von Frauen. Dabei bilden die Leitgedanken den theoretischen Hintergrund für die Darstellung. Im Bericht wurde der derzeitige Stand des Wissens aufgearbeitet, und die Ergebnisse mit besonderem Bezug auf die Bundesrepublik Deutschland beschrieben. Für die Auswahl der Themen wurde eine Reihe von Kriterien zu Grunde gelegt. Wesentlich orientierte sich die Themenwahl an dem von der WHO (1994) verfassten Indikatorenkatalog für die Frauengesundheitsberichterstattung, weil damit auch eine internationale Vergleichbarkeit möglich wird. Darüber hinaus und um das lebensweltlich orientierte Konzept umsetzen zu können, wurden querschnittliche Zugänge wie eine lebensverlaufsorientierte Herangehensweise oder die Fokussierung auf Ressourcen in bezug auf Krankheit oder Behinderung gewählt.

Für den Bericht wurden folgende Themenbereiche ausgewählt:

- soziodemographische und sozioökonomische Indikatoren der Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen in Familie und Beruf;
- Unterschiede im Gesundheitszustand von Frauen und Männern, bezogen auf das jeweils spezifische Todesursachenspektrum und in Hinblick auf für Frauen besonders relevante Erkrankungen;
- die gesundheitsbezogenen Lebensweisen von Frauen, ihre Vorstellungen von Gesundheit und ihr Gesundheitshandeln;
- Gewalt gegen Frauen;
- die reproduktive Gesundheit von Frauen im Lebensverlauf, wie z.B. Familienplanung, Kontrazeption, Schwangerschaft und Geburt;
- Frauenarbeit in Beruf und Familie und gesundheitliche Auswirkungen;
- Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter;
- Frauen in besonderen Lebenslagen, wie etwa Frauen mit Behinderungen oder drogenabhängige Frauen;
- frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung.

Der Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland umfasst eine große Vielfalt an Themen, konnte jedoch nicht alle gesundheitsrelevanten Themenbereiche erschließen. Die Darstellung orientierte sich an der Vorgabe, sich mit diesem speziellen Bericht auf erwachsene Frauen zu konzentrieren; d.h. alte Frauen und Kinder bzw. Jugendliche werden nur in einigen Abschnitten einbezogen. Ein wichtiger Grund für die Aussparung einer Reihe von Themen war die unzureichende Datenbasis in vielen Bereichen. Außerdem mangelt es an Forschungsergebnissen, die geschlechtsspezifische Unterschiede systematisch berücksichtigen, so dass nicht für alle relevanten Themen Daten und Forschungsergebnisse in Bezug auf die gesundheitliche Situation von Frauen vorliegen. Das gilt für einige Krankheitsbilder, für die medizinische Versorgung, für die Rehabilitation oder auch für die Kosten und Leistungen im Gesundheitswesen.

Der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland zeigt, mit welchen Konzepten eine Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage von Frauen erfolgen kann. Dem Bericht kommt damit eine Orientierungsfunktion für geschlechtersensitive Gesundheitsberichterstattung zu. Der Bericht zeigt weiterhin, welche erheblichen Forschungsdefizite im Hinblick auf die Gesundheit von Frauen noch bestehen und in welchen Bereichen vordringlich weitere Forschungen erforderlich sind. Die berichteten Daten und

Untersuchungen weisen vor allem aber einen Weg, die gesundheitliche Versorgung für Frauen zu verbessern bzw. Versorgungsleistungen zielgerichteter und wirksamer einzusetzen.

3.7.3 Soziale Lage und die Gesundheit von Frauen

In der Frauengesundheitsforschung hat die Betrachtung der sozialen Lage von Frauen und ihre Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage von Anbeginn an einen hohen Stellenwert gehabt. Demnach spielen die Lebensbedingungen bei der Erhaltung der Gesundheit bzw. bei der Entstehung von Krankheit eine herausragende Rolle. Ihre Bedeutung für die Gesundheit resp. Krankheit wurde der Biomedizin mit ihrer Fixierung auf individuelle Risiken bzw. Verhaltensweisen als Haupteinflussfaktoren für Krankheiten entgegengestellt.

Auf der Basis eines Lebensweisenansatzes wurden verschiedene Aspekte der alltäglichen Lebensbedingungen und -erfahrungen und ihre Bedeutung für die Gesundheit untersucht (vgl. z.B. Klesse et al. 1992). Damit wurden nicht nur sozio-ökonomische Unterschiede, sondern auch einzelne Lebensbereiche (wie z.B. Erwerbsarbeit) sowie die Eingebundenheit in verschiedene soziale Rollen und ihr Einfluss auf die Gesundheit von Frauen betrachtet. Hervorzuheben ist, dass der Komplexität dieser Lebensbedingungen in Hinblick auf die resultierenden Unterschiede in den Anforderungen und den daraus entstehenden Ambivalenzen Rechnung getragen wird (vgl. Klesse et al. 1992; Jahn et al. 1998). Die bearbeiteten Themen berücksichtigen in besonderer Weise weibliche Lebenssituationen, die bislang in der Mainstream-Forschung nur unzureichend betrachtet wurden (vgl. Helfferich 1994). Darüber hinausgehend werden die vorliegenden Forschungsergebnisse einer kritischen Analyse unterzogen, früher vornehmlich aus einer Frauenheute zunehmend aus einer Gender-Perspektive. Trotz der inzwischen vorliegenden Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit von Frauen lassen sich noch zahlreiche Defizite feststellen, die durch noch ausstehende Untersuchungen sowie durch bislang ungelöste methodologische Fragestellungen bedingt sind.

Wissenschaftlich evident ist, dass ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lebenslage und der Gesundheit besteht: Menschen in einer schlechteren sozialen Lebenslage haben eine geringe Lebenserwartung und einen schlechteren Gesundheitszustand (vgl. z.B. Steinkamp 1999). Dieser soziale Gradient zeigt sich für Frauen und Männer; allerdings bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Stärke und in der Konsistenz des Zusammenhangs, die bislang noch nicht ausreichend erklärt werden können (vgl. z.B. Babitsch 1998a; Matthews et al. 1999). Ein Grund für dieses Ergebnis liegt sicherlich in der Messung der sozialen Lage von Frauen, was einen Effekt auf die Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hat (vgl. hierzu Arber 1989; Babitsch 1998b). Die Frage einer angemessenen Beschreibung sozialer Ungleichheit von Frauen ist noch nicht abschließend gelöst. Allerdings liegen verschiedene Alternativen zur Beschreibung des sozialen Status von Frauen vor. Diese reichen von der Forderung, den sozialen Status von Frauen individuell, d.h. nicht wie üblich über den (Ehe-)Partner zu bestimmen (vgl. z.B. Arber 1989), über die Einbeziehung weitergehender Determinanten sozialer Ungleichheit, wie z.B. Erwerbsstatus, Familienstand (vgl. z.B. Macran et al. 1996) bis hin zu einer Beschreibung von komplexen Soziallagen (Babitsch 1997).

Die Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung konnten mit ihren Analysen spezifischer Lebenssituationen von Frauen wichtige Erkenntnisse sowohl über tieferliegende Strukturen als auch Unterschiede zwischen verschiedenen Sozialgruppen von Frauen herausarbeiten. Zahlreiche Ergebnisse liegen zur Gesundheit von bestimmten sozialen Gruppen, wie Frauen aus der unteren Sozialschicht, Alleinerziehenden sowie älteren Frauen vor (vgl. z.B. Helfferich 1994). Ein Beispiel hierfür ist die Studie von Klesse und Mitarbeiterinnen (1992), die das Gesundheitshandeln und die Gesundheit von sozial benachteiligten Frauen untersucht haben. Dieser Studie liegt ein Lebenslagenkonzept zugrunde, in dem die Vielschichtigkeit der

Einflussfaktoren der sozialen Lage (z.B. familiäre Situation, Sozialisierung, Lebensgeschichte) auf die Gesundheit untersucht wurden (Maschewsky-Schneider 1993). Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist, dass auch Frauen in einer vergleichbaren sozialen Lage sich nicht nur in ihrem Gesundheitszustand, sondern damit einhergehend auch in den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Belastungen unterscheiden. Ein wichtiger Faktor für die Bewältigung der Alltagsbelastungen ist das Vorhandensein von Lebens- und Handlungsperspektiven. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch Babitsch (1997). Sie konnte Unterschiede in der Gesundheit nicht nur zwischen besser und schlechter gestellten Frauen, sondern auch bei Frauen mit einer ähnlichen sozialen Lage zeigen. Erkennbar werden mit der Differenzierung der sozialen Lebenslagen spezifische Profile gesundheitsrelevanter Lebensstile und der gesundheitlichen Lage.

Ein zunehmend bedeutsamer Forschungsbereich der Frauengesundheitsforschung ist die Analyse der Erwerbsarbeit bzw. Haus- und Familienarbeit und die Gesundheit von Frauen. Studien zeigen, dass mit der Eingebundenheit in Beruf und Familie je unterschiedliche Ressourcen und Belastungen für die Gesundheit verknüpft sind (Jahn et al. 1998; Bammann et al. 1999). Die Ergebnisse deuten auf die Komplexität der unterschiedlichen Lebensbereiche im Leben von Frauen mit sehr verschiedenen Bewältigungs- und Lösungsstrategien hin.

Die Erwerbsarbeit hat im Lebenslauf von Frauen einen immer größeren Stellenwert. Dies lässt sich insbesondere an zwei Entwicklungen festmachen: erstens an der höheren Erwerbsbeteiligung von verheirateten Frauen und Frauen mit Kindern und zweitens an den im Lebenslauf immer kürzeren Phasen der Erwerbsunterbrechung. Damit haben Frauen, insbesondere die Frauen der jüngeren Generation, einen doppelten Lebensentwurf, d.h. sie wollen sowohl die Familie als auch die Berufstätigkeit (Oechsele & Geissler 1991).

Obgleich die Frage, welche Auswirkungen die Erwerbsarbeit bzw. der Beruf auf die Gesundheit hat, in den Gesundheitswissenschaften in vielfältiger Weise untersucht wurde, wie z.B. Expositionen durch Stoffe (z.B. Asbest), durch Umfeldfaktoren (Beschaffenheit des Arbeitsplatzes) und durch die konkreten Arbeitsbedingungen (z.B. Schichtarbeit, monotone Tätigkeiten), lassen sich in Hinblick auf die Frauengesundheit zahlreiche Forschungslücken festmachen. Im Mittelpunkt steht dabei, dass den spezifischen Lebenslagen von Frauen nur unzureichende Aufmerksamkeit zu teil wurde. Dies drückt sich darin aus, dass zum einen nur wenige Forschungsergebnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen von typischen Frauenberufen vorliegen, und dass zum anderen der Bereich der Familienarbeit sowie das Zusammenspiel von Erwerbsarbeit und Familienarbeit im Lebenslauf der Frauen in Hinblick auf Belastungen und Ressourcen für Gesundheit unzureichend untersucht wurden. Nicht zuletzt ist auch der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt, als struktureller Rahmen der Erwerbstätigkeit, bei der Beurteilung der Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen zu berücksichtigen.

Trotz der bestehenden Lücken finden sich in der Frauengesundheitsforschung verschiedene Arbeiten, die Einblicke in die spezifischen Lebenssituationen von Frauen und deren gesundheitliche Auswirkungen geben. Ergebnisse liegen vor zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der berufsspezifischen Expositionsbelastung (vgl. z.B. für Lungenkrebs, Jahn et al. 1999), zu den Belastungen und Ressourcen der Familienarbeit (vgl. z.B. Resch 1998), zur Einbindung in verschiedene Rollen (vgl. z.B. Baruch & Barnett 1986) und zu einem unterschiedlichen Erwerbsstatus (vgl. z.B. Gavranidou 1993) und ihrem Einfluss auf die Gesundheit (rsp. Krankheit).

Des Weiteren liegen diverse Erklärungsansätze bzw. -modelle vor, die Auswirkungen verschiedener Rollen auf die Gesundheit beschreiben (vgl. z.B. Baruch & Barnett 1986). Waren diese zunächst eher quantitativ orientiert, d.h. die Anzahl der Rollen stand im Mittelpunkt des

Interesses, so haben heute eher die qualitativen Aspekte eine herausragende Bedeutung. Es wird davon ausgegangen, dass nicht die Anzahl der Rollen, sondern die Qualität der Rollen, d.h. mit welchen Belastungen und Ressourcen diese verknüpft sind, relevant für die Gesundheit sind. Diesen Überlegungen liegt eine Ressourcen-Belastungs-Bilanz zugrunde, bei der ein Ausgleich zwischen belastenden und entlastenden Aspekten, auch in verschiedenen Rollen, erfolgen kann. Dies aufzugreifen, legen auch aktuelle Studienergebnisse aus den Forschungsbereichen ‚Arbeit und Gesundheit‘ und ‚sozialer Lage‘ nahe (vgl. z.B. Babitsch 1997; Jahn et al. 1998).

Die Frauengesundheitsforschung hat mit den zahlreichen Ergebnissen aufgezeigt, "wie die Lebensbedingungen von Frauen in unserer Gesellschaft und die darin eingebundenen Belastungen, Diskriminierungen und Widersprüche ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihr Gesundheitsverhalten beeinflussen" (Maschewsky-Schneider 1994: 30). Dabei wurden deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der gesundheitlichen Lage zwischen Frauen und Männern herausgearbeitet, die eng mit der sozialen Lebenslage und den Lebensweisen verknüpft sind. Darüber hinaus leisten die berichteten Ergebnisse einen Beitrag zu einer differenzierten Betrachtung der sozialen und gesundheitlichen Lage von Frauen, mit der sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen Frauen herausgearbeitet werden können.

3.7.4 Methoden einer geschlechtssensiblen Gesundheitsforschung

Für die Gesundheitsforschung in Deutschland existieren zur Zeit keine einheitlichen Richtlinien, wie geschlechtssensible Forschung aussehen bzw. durchgeführt werden sollte. Es gibt allerdings eine Reihe von Initiativen in verschiedenen Arbeitsbereichen wie z. B. der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE), entsprechende Leitlinien und Empfehlungen zur Grundlage für die Forschung zu machen. Voraussetzung dafür ist, dass die Forschenden die Notwendigkeit der geschlechtssensiblen Herangehensweise akzeptieren. Im Hinblick auf die Qualitätssicherung lässt sich den Forschenden aber vermitteln, in welcher Weise Forschung qualitativ hochwertiger sein kann: durch geschlechtssensible Forschung werden Gender Bias³³ vermieden, geschlechtsspezifische Belange berücksichtigt und damit präzisere Ergebnisse erzielt.

Bei der Entstehung von Gender Bias spielen drei Annahmen eine Rolle, von denen die ersten zwei sich an Ruiz & Verbrugge (1997) anlehnen:

Die Annahme der Gleichheit von Frauen und Männern, wo diese gar nicht vorhanden ist. Als Beispiel können hier die Rehabilitationsverfahren für Männer und Frauen nach Herzinfarkt gelten. So sind die Krankheits- und Versorgungsverläufe bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich, trotzdem gelten einheitliche Bewertungsmaßstäbe.

Die Annahme der Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern, wo (möglicherweise) keine besteht. So zeigen die verschiedensten Untersuchungen, dass Frauen mehr Beschwerden haben als Männer. Es ist aber nicht abschließend geklärt, ob Frauen tatsächlich mehr Beschwerden aufweisen oder nur eher in der Lage sind, Beschwerden wahrzunehmen und diese auch zu äußern.

Die unterschiedliche Bewertung von Faktoren, die bei beiden Geschlechtern auftreten. So werden Symptome oft anders bewertet, je nachdem ob sie bei Frauen oder Männern auftreten.

Auf dieser Grundlage lassen sich verschiedene Formen von Gender Bias identifizieren (Eichler 1991 und 1997):

³³ Die deutsche Übersetzung lautet geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte. Der Begriff Gender Bias setzt sich auch im deutschen Sprachraum zunehmend durch und wird daher im folgenden verwendet.

Androzentrismus bzw. Übergeneralisierung: die Annahme der männlichen Sichtweise, in dem Sinne, dass die Durchführung der Forschung und der gesundheitlichen Versorgung aus einer männlich bestimmten Perspektive erfolgt, d. h. Männer stehen im Vordergrund, Frauen werden an ihnen gemessen. Studienergebnisse, -zugänge, -methoden, die für Männer gewonnen wurden oder angebracht sind, werden, ohne hinterfragt zu werden, auf Frauen übertragen. Hierdurch können unangemessene Schlüsse gezogen werden.

Geschlechterinsensibilität: Ignorieren des biologischen und sozialen Geschlechts als bedeutsamer Faktor in dem jeweiligen Untersuchungszusammenhang. Es fehlt ein Bewusstsein in der Forschung und Versorgung dafür, dass beide Geschlechter differenzierend betrachtet werden müssen.

Doppelter Bewertungsmaßstab: die unterschiedliche Behandlung oder Evaluierung gleicher Situationen auf der Basis des Geschlechts. In der Beforschung, Messung, Evaluierung oder gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Männern werden unterschiedliche Methoden, Zugänge, Konzepte oder Versorgungsleistungen angeboten.

Ein von Eichler et al. (1999) entwickeltes Handbuch für das kanadische Gesundheitsministerium (Health Canada) ermöglicht, in Forschung und Praxis geschlechtsspezifische Belange einzubringen bzw. zu überprüfen, ob geschlechtsangemessen geforscht wurde.³⁴ Die Publikation dieses sehr ausführlichen Handbuches für den deutschsprachigen Raum ist in Vorbereitung. Für die Überprüfung publizierter Arbeiten aus den Gesundheitswissenschaften in Deutschland bzw. dem deutschsprachigen Raum wurde im Rahmen des Projekts ‚Gender Bias - Gender Research. Entwicklung und Anwendung von methodologischen Standards zu geschlechtsspezifischer Forschung in Public Health‘³⁵ ein Kurzfragebogen entwickelt, der in der Lage ist, die vordergründigen, deskriptiv erfassbaren Aspekte des Gender Bias, etwa auf der sprachlichen Ebene, der Konzipierung von Stichproben, der Stratifizierung nach Geschlecht oder der statistischen und graphischen Darstellung, zu erfassen.

³⁴ Basis ist der Leitfaden des kanadischen Gesundheitsministeriums (Health Canada) in der Version vom November 1999. Dieses Projekt ist noch nicht abgeschlossen, es ergeben sich also noch Änderungen. Die endgültige Fassung wird sich mit Gender Bias in der Forschung, der Politik und in Programmen befassen.

³⁵ Das Projekt läuft im Rahmen des Berliner Zentrums Public Health (BZPH) und wird vom Bundesministerium für Bildung, Forschung, Wissenschaft und Technologie unter dem Förderkennzeichen 01EG9821TPN11 gefördert.

Kurzfragebogen zur Erfassung von Gender Bias in empirischen Arbeiten

Titel, Abstract	<ul style="list-style-type: none"> • Benennt der Titel beide Geschlechter? • Benennen Abstract/Zusammenfassung beide Geschlechter?
Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn das Thema beide Geschlechter betrifft, wurden auch beide Geschlechter untersucht? Wenn nein, wird das begründet? • Was ist die Analyseeinheit?
Forschungsdesign	<ul style="list-style-type: none"> • Wird in den Forschungsfragen explizit auf das Geschlecht Bezug genommen? • Wird bei den Hauptvariablen auf die potentiell unterschiedliche Situation von Frauen und Männern eingegangen?
Forschungsmethoden und Datensammlung	<ul style="list-style-type: none"> • Wird im Methodenteil Auskunft gegeben, ob die Instrumente für beide Geschlechter anwendbar sind? • Ist die Stichprobe nach Geschlecht beschrieben?
Datenanalyse und -interpretation	<ul style="list-style-type: none"> • Werden die Daten geschlechtsspezifisch analysiert? • Wird bei den Schlussfolgerungen auf geschlechtsspezifische Besonderheiten eingegangen? • Wenn nur ein Geschlecht betrachtet wurde, sind Schlussfolgerungen *trotzdem* in verallgemeinernden Begriffen ausgedrückt?
Visuelle Darstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Sind in Abbildungen und Tabellen beide Geschlechter aufgeführt? • Entsprechen Größe und Anordnung der Abbildungen der Wichtigkeit der Geschlechter in dem gegebenen Zusammenhang?
Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Werden beide Geschlechter genannt? • Welche Begriffe werden im Text benutzt? • Welche Begriffe werden in Tabellen/Abbildungen benutzt? •

Gender Bias kann in vielfältiger Weise in jeder Phase des Forschungsprozesses (von der Formulierung der Forschungsfrage über die Datensammlung bis zu den Schlussfolgerungen) vorkommen. Daher sollte für jede einzelne Phase kritisch geprüft werden, in welcher Art und Weise hier Verzerrungseffekte auftreten können, um diese im Hinblick auf die wissenschaftliche Qualität der Ergebnisse zu vermeiden.

Die Bedeutung der von Eichler entwickelten Methodologie zur Erfassung von "gender bias" in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung liegt darin, dass hiermit ein Instrument vorliegt, mit dem alle Gegenstandsbereiche von Public Health im Hinblick darauf untersucht werden können, ob Frauen (und Männer) dort in methodologisch und theoretisch angemessener Weise repräsentiert sind. Dies ist für die aus den Forschungsergebnissen abzuleitende gesundheitliche Versorgung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, der medizinischen Versorgung und der Rehabilitation von zentraler Bedeutung. Hier können nur dann Erfolge erzielt werden, wenn die sozialen und biologischen Unterschiede der Geschlechter berücksichtigt und daraus bedarfsgerechte Versorgungsmodelle entwickelt werden.

Literatur:

Agenda "Frauen und Gesundheitswissenschaften" -- Bilanz und Perspektiven für die Forschung. in: Helfferich, C., v. Troschke, J. (Hrsg.): Der Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften/ Public Health in Deutschland. Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/ Public Health, Freiburg.

Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.) (1998): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern, Göttingen, Toronto u. a., Huber.

Arber, S. (1989): Gender and class inequalities in health. Understanding the differentials. In: Fox, J. (ed.): Health inequalities in European countries. Aldershot: Gower Press, 250-279.

Babitsch, B. (1997): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen in Westdeutschland. In: Ahrens, W.; Bellach, B.M.; Jöckel, K.H. (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schriften 1/98. München: MMV Medizin Verlag, 95-112.

Babitsch, B. (1998a): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health: Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber, 63-73.

Babitsch, B. (1998b): Geschlechtsspezifische Betrachtung sozialer Ungleichheit und Gesundheit vor dem Hintergrund unterschiedlicher Operationalisierung der sozialen Schicht. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie, 29. September - 1. Oktober, Marburg (Vortrag).

Bammann, K.; Babitsch, B.; Jahn, I.; Maschewsky-Schneider, U. (1999): Weibliche Lebensverläufe und Gesundheit - Ergebnisse einer Untersuchung nationaler Surveydaten 50-69jährige Frauen aus Ost- und Westdeutschland. Soz. Präventivmed 44: 65-77.

Baruch, G; Barnett, R. (1986): Role Quality, Multiple Role Involvement, and psychosocial well-being in midlife women. Journal of Personality and Social Psychology 51 (3): 578-585.

Begenau, J., Helfferich, C. (Hrsg.) (1997): Frauen in Ost und West. Zwei Kulturen, zwei Gesellschaften, zwei Gesundheit(en)? Schriftenreihe der Arbeitsgruppe "Frauen und Gesundheit" der DGMS. Freiburg, jos fritz.

Begenau, J.; Bodnar, I.; Rauchfuß, M. (1996): Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft. Unveröffentlichter Forschungsbericht.

Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode (1997): Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Antje-Marie Steen, Anni Brandt-Eisweiler, Dr. Marlies Dobberthien, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD. Drucksache 13/5214. Frauenspezifische Gesundheitsversorgung.

Eichler, Margrit mit Diana Gustafson und Monika Pomepetzki (1999): Moving Toward Equality: Recognizing and Eliminating Gender Bias in Health. Toronto: Health Canada, Arbeitspapier.

Eichler, Margrit (1991): Nonsexist Research Methods: A Practical Guide. New York: Routledge.

Eichler, Margrit (1997): Feminist Methodology. In: Current Sociology, 1997, Vol. 45 (2), S.9-36.

Eichler, Margrit (1998): Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern, Göttingen, Toronto u. a. (Huber). S. 34-49.

Gavranidou, M. (1993): Wohlbefinden und Erwerbstätigkeit im Familienverlauf. In: Nauck, B. (Hrsg.): Lebensgestaltung von Frauen. Eine Regionalanalyse zur Integration von Familien- und Erwerbstätigkeit im Lebenslauf. Weinheim; München: Juventa Verlag, 235-260.

- Helfferrich, C. (1994):** Quo vadis, Frauengesundheitsforschung? Zeitschrift für Frauenforschung 12 (4), 7-19.
- Helfferrich, C.; Schehr, K.; Müller, G.:** Länderbericht für die WHO - Regional Office for Europe- Bundesrepublik Deutschland (Abschlussbericht) gefördert von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft. Freiburg 1995.
- Helfferrich, C., v. Troschke, J. (o.J.):** Der Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland. Schriftenreihe der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Abteilung Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Bd.2
- Jahn, I.; Bammann, K.; Pohlabein, H.; Brüske-Hohlfeld, I; Gerken, M; Wichmann, H.E.; Jöckel, K.H. (1999):** Tätigkeiten in Reinigungsberufen und im Reinigungsgewerbe. Lungenkrebs bei Frauen. Gesundheitswesen 61: A101-102.
- Jahn, I.; Maschewsky-Schneider, U.; Babitsch, B.; Bammann, K. (1998):** Zur Bedeutung der Eingebundenheit von Frauen in Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit für ihre Gesundheit. Ergebnisse aus einer Befragungsstudie in Bremen. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health: Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber, 74-88.
- Kellerhof, M. (1996):** Ein wenig Theorie vorweg. In: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hg.): Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung - Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Schriftenreihe Band 18.
- Klesse, R.; Sonntag, U.; Brinkmann, M.; Maschewsky-Schneider, U. (1992):** Gesundheitshandeln von Frauen. Frankfurt am Main: Campus.
- Macran, S.; Clarke, L.; Joshi, H. (1996):** Women's health. Dimensions and differentials. Soc. Sci. Med. 42 (9): 1203-1216.
- Maschewsky-Schneider, U. (1993):** Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln von Frauen. In: Gawatz, R.; Novak, P. (Hrsg.): Soziale Konstruktion von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte. Ulm: Universitätsverlag, 195-213.
- Maschewsky-Schneider, U. (1994):** Frauen leben länger als Männer. Sind sie auch gesünder. Zeitschrift für Frauenforschung 12 (4): 28-38.
- Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.) (1996):** Frauen - das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit, Leverkusen, Opladen (Leske + Budrich)
- Mastroianni, C.; Faden, R.; Federmann, D. (Hrsg.):** Women and Health Research. Ethical and legal issues of including women in clinical studies. Vol.1. National Academy Press (Washington, D.C.), im Appendix B, S. 233-236
- Matthews, S.; Manor, O.; Power, C. (1999):** Social inequalities. Are there gender differences?. Soc. Sci. Med 48 (1): 49-60.
- Oechsele, M.; Geissler, B. (1991):** Kontinuitätserwartungen und Lebensplanung junger Frauen. In: Glatzer, W. (Hrsg.): Die Modernisierung moderner Gesellschaften. 25. Deutscher Soziologentag 1990. Opladen: Westdeutscher Verlag: 60-63.
- Resch, M. (1998):** Frauen, Arbeit und Gesundheit. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health: Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Verlag Hans Huber, 89-100.
- Ruiz, Teresa M.; Verbrugge, Lois M. (1997):** A Two Way View of Gender Bias in Medicine. In: Journal of Epidemiology & Community Health, 51 (2), S.106-109.
- Schneider, U. (Hrsg.) (1981):** Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung, Frankfurt/New York (Campus)
- Steinkamp, G. (1999):** Soziale Ungleichheit in Morbidität und Mortalität. In: Schlicht, W.; Dickhuth, H.H. (Hrsg.): Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität? Schorndorf: Hoffmann, 101-154.

4. Kurze Charakteristik der Strukturen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik

4.1 Grundzüge

Die Krankenversicherung ist in der BRD Bestandteil einer umfassenden Sozialversicherung, zu der außerdem die Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung gehört. Seit 1994 ist die fünfte Säule, die Pflegeversicherung hinzugetreten. Die Versicherungsansprüche, - Leistungen, Träger der Versicherung sind im *Sozialgesetzbuch* geregelt. Für die Versicherungen gilt das Territorialprinzip, das heißt Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung beziehen sich auf den Geltungsbereich des Rechts. Es gibt zwei Arten von Versicherungen, die Pflichtversicherung und die freiwillige Versicherung. Die Versicherungspflicht ist eine Zwangsversicherung, die unabhängig vom eigenen Willen besteht, sofern man zu den im Gesetz aufgeführten Personengruppen gehört. Lohn- und Gehaltsempfänger (bis zu einer Einkommenshöchstgrenze) sind in der Regel pflichtversichert. Beitragsfrei familienversichert sind der Ehegatte bis zu einem bestimmten Einkommen und die Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensalters. Regeln zur Pflicht- oder freiwilligen Versicherung sind z.B. zwischen Renten- und Krankenversicherung unterschiedlich. Die Mittel der Sozialversicherung werden im wesentlichen von den Beiträgen der Mitglieder und den Arbeitgebern erbracht, staatliche Zuschüsse haben vom Prinzip her eine ausgleichende Funktion. Nach dem statistischen Jahrbuch 1997 brachten 1994 die Kassen knapp die Hälfte, die Arbeitgeber und die öffentliche Hand zusammen jeweils hälftig etwas mehr als ein Viertel, die privaten Haushalte, die Rentenversicherung, die Privaten und die Unfallversicherung den Rest auf. Die Beiträge zur Rentenversicherung sind durch Gesetz festgelegt (20,3% des monatlichen Bruttoentgeltes zur Rentenversicherung, 6,5% zur Arbeitslosenversicherung, 1,7% zur Pflegeversicherung zur Zeit, Ausnahme bilden Bestimmungen für die Knappschaftsversicherung). Die Versicherungsbeiträge der Krankenversicherung sind durch die Satzungen der jeweiligen Krankenkassen geregelt.

4.2 Organisation des Gesundheitswesens

Im deutschen Gesundheitswesen haben die gesetzlichen Krankenkassen, die selbständige Körperschaften öffentlichen Rechts sind, einen entscheidenden Anteil an der Gestaltung des Gesundheitswesens und einen Gestaltungsauftrag. Ca. 90% der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Der größte restliche Teil davon in einer privaten Krankenversicherung, ca. 0,9% der Bevölkerung sind gar nicht versichert (Ergebnisse des Mikrozensus, April 1994, Daten des Gesundheitswesens 1995, Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit). Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestimmt maßgeblich das Angebot und die Standards im Gesundheitssystem. Die GKV finanziert den größten Anteil aller Ausgaben im Gesundheitswesen. Gesundheitspolitik wird als gemeinsame Aufgabe von Ländern und Kommunen, den gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherungen, der privaten Kassen, gemeinnützigen Organisationen, den Beschäftigten im Gesundheitswesen bzw. deren Berufsorganisationen verstanden. Für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gelten das *Sachleistungs-* und das *Solidaritätsprinzip*. D.h., dass dem/der Versicherten im Krankheitsfall die notwendigen zu erbringenden medizinischen Dienste und Leistungen zukommen, die von der GKV zusammen mit den Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken etc.) vertraglich verpflichtend festgelegt sind. D.h., dass diese Leistungen nach medizinischen Erfordernissen und nicht nach Höhe des eingezahlten Beitrags erbracht werden. Diese richten sich nach der Leistungsfähigkeit des/der Versicherten. Anders verfahren die privaten Krankenversicherungen, wo die Beitragshöhe auch das Leistungsspektrum mit beeinflusst.

Für die Krankenkassen gilt das Selbstverwaltungsprinzip sowie das Prinzip der gegliederten Versicherung. Es gibt keinen einheitlichen Versicherungsträger, sondern insgesamt 8 verschiedene Kassenarten, mit regionaler, berufsständischer oder branchenspezifischer Ausrichtung (Übersicht über das Sozialrecht: 125, Hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Köln).

Die Leistungspflicht der Krankenkassen erstreckt sich auf Gesundheitsförderung, Verhütung von Krankheiten, Früherkennung von Krankheiten, Behandlung bei Krankheit, Behandlung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, sowie Ansprüche auf Krankengeld und sonstige Hilfen. Zur Gesundheitsförderung gehören Programme zur Krankheitsverhütung (z.B. Kurse zur Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Stressbewältigung), Förderung von Selbsthilfegruppen, allerdings nicht deren Basisfinanzierung. Hierunter fallen auch medizinische Vorsorgeleistungen in Form von ambulanten und stationären Kuren, stationäre Vorsorgekuren gibt es speziell für Mütter und Kinder.

Versicherte ab dem 35. Lebensjahr haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit. Frauen ab dem 25. Lebensjahr und Männer ab 45 haben einmal jährlich Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Früherkennungsuntersuchungen für Kinder gehören ebenfalls zur Leistungspflicht.

In die Krankenbehandlung eingeschlossen sind die ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung, Leistungen zur künstlichen Befruchtung, medizinische und ergänzende Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Ausgliedert ist in die Pflegeversicherung die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung erfolgt zunächst durch das ambulante System. Das ambulante System ist durch die freie Arztwahl gekennzeichnet. Es gibt die Möglichkeit, Allgemeinärzte/Innen oder Fachärzte/Innen aufzusuchen oder die Ambulanzen in Krankenhäusern/Universitätskliniken. Allgemeinärzte/Innen können an Fachärzte/Innen überweisen. Die Krankenhausbehandlung erfolgt, wenn das Gesundheitsproblem ambulant nicht zu lösen ist.

Im Durchschnitt entfallen 340,8 ÄrztInnen auf je 100 000 Einwohner (1996), wobei die Stadtstaaten, Hamburg, Berlin, Bremen eine deutlich höhere Ärztdichte aufweisen, bei den ZahnärztInnen sind es 74,9 auf 100 000 Einwohnern. Eine regionale Aufschlüsselung über die Versorgung mit Fachärzten nach unterschiedlichem Fachgebiet und nach Geschlecht gibt es nicht.

112 660 niedergelassenen ÄrztInnen stehen 135 341 ÄrztInnen im Krankenhaus gegenüber. 30195 ÄrztInnen arbeiten bei Behörden (Gesundheitsämtern, Körperschaften des öffentlichen Rechts).

Von den 279 335 ÄrztInnen sind 179 107 männlich und 100 228 weiblich (1996). Von den 174 784 ÄrztInnen mit Gebietsbezeichnung (FachÄrztInnen) sind 51 826 weiblich. Der größte Teil der ÄrztInnen mit Gebietsbezeichnung entfällt auf Allgemeinärzte (22 139 Ärzte, 11 051 Ärztinnen). Der Frauenanteil variiert unter den einzelnen Gebietsbezeichnungen. Unter den FachärztInnen mit langer Ausbildungszeit oder mit traditionell männlichem Prestige (Innere Medizin, Chirurgie) gibt es außerordentlich wenig Fachärztinnen (der Frauenanteil in der Chirurgie liegt bei 10%, in der Inneren bei 25%). Es gibt insgesamt 13 710 GynäkologInnen,

davon 4 725 Ärztinnen. Betrachtet man allein die FachärztInnen für Geburtshilfe und Frauenheilkunde in den Fachabteilungen der Krankenhäuser, so sind dort von den 3 566 FachärztInnen nur 918 weiblich. Von den leitenden ÄrztInnen der Krankenhäuser sind es 854 Frauen im Verhältnis zu 11 026 Männern, von den OberärztInnen 4269 Frauen im Verhältnis zu 16 868 Männern (Erfassungsjahr 1995).

Wie in anderen europäischen Ländern auch, ist auch an diesen recht grob aufgeschlüsselten Daten ersichtlich, dass trotz der des hälftigen Frauenanteils unter den MedizinstudentInnen, eine ärztliche Berufstätigkeit von Frauen weit hinter der Ausbildung zurückbleibt, dass der Anteil von Frauen in ärztlichen Leitungspositionen verschwindend gering ist. Für die ambulante Versorgung bedeutet dies, dass eine Wahlmöglichkeit des Arztes / der Ärztin nach Geschlecht nicht immer gegeben ist. Besonders schwer wiegt der geringe Anteil der Fachärztinnen im klinisch-gynäkologischen Bereich, da in Deutschland die Krankenhausentbindung die Regel ist. Im Gegensatz zur Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft dominieren Frauen in den nichtärztlichen Heil- und Assistenzberufen im Gesundheitswesen.

Für die stationäre Behandlung stehen in Deutschland 2 325 Krankenhäuser zur Verfügung. Sie stehen mehrheitlich unter öffentlicher und gemeinnütziger Trägerschaft. 207 Krankenhäuser haben ausschließlich psychiatrische oder psychiatrisch-neurologische Betten. Es stehen durchschnittlich 745,9 Betten pro 100 000 Einwohner zur Verfügung, 54,5 Betten pro 100 000 Einwohner im ausschließlich psychiatrischen und psychiatrisch-neurologischen Bereich. (Diese Angaben beziehen sich alle auf das Jahr 1995). Für Krankenhausbehandlungen haben Versicherte bis zu 14 Tagen täglich eine Zuzahlung zu leisten. Weil die stationäre Behandlung den Hauptteil der Behandlungskosten stellt, wurde die Bettenzahl abgebaut, die Verweildauer im Krankenhaus gekürzt und der Bereich der ambulanten Operationen ausgebaut. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus beträgt 11 Tage, in der Psychiatrie und Psychosomatik liegt sie über 40 Tage und bei Suchtkrankheiten/ Entzug bei 23 Tagen. Im Durchschnitt liegt jede/r 5 Einwohner einmal pro Jahr im Krankenhaus (Bezugsjahr 1995).

Zusätzlich gibt es 1 373 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, wobei hier durchschnittlich 225,4 Betten auf 100 000 Einwohner entfallen. Anders als bei Allgemeinkrankenhäusern überwiegen die privaten Träger bei den Rehabilitationseinrichtungen. Auch bei Rehabilitationskuren besteht eine Zuzahlung. Diese gilt auch für Mütter und Mütter- Kind Kuren.

4.3 Gesundheitsreformgesetz

1989 wurde das Gesundheitsreformgesetz verabschiedet, um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu erreichen. Durch das nachfolgende Gesundheits-Strukturgesetz wurde als Sofortmaßnahme eine Budgetierung der wichtigsten Leistungsbereiche der GKV beschlossen sowie eine Begrenzung der Arztzahlen mittels verschärfter Bedarfsrichtlinien. Die Maßnahmen wirkten sich sowohl in einer Verknappung des Angebots (weniger Mittel für Gesundheitsförderung, Budgetierung bei Arzneimitteln, Begrenzung beispielsweise von Massage, Krankengymnastik, verschärfte Auflagen zur Bewilligung von Kuren und Rehabilitationsleistungen) wie auch in einer höheren Selbstkostenbeteiligung der Versicherten beispielsweise beim Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen, bei Hilfsmitteln (Brille), Arzneimitteln, höhere Zuzahlungen bei Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen. Zudem wurde das Krankengeld auf 70% (vorher 80%) des Einkommens abgesenkt.

Zusätzlich wurde Anfang 1998 ein Psychotherapiegesetz verabschiedet, das die Ausbildungsqualität sicher stellt und dafür eine bestimmte stundenmäßige Grundausbildung festlegt. Eine Zuzahlung für PatientInnen ist ebenfalls eingeschlossen.

4.4 Diskussionen zum Gesundheitssystem

- Kontrovers ist das Argument der "Kostenexplosion". Berechnungen zeigen, dass dieser suggerierte Anstieg in Relation zum Bruttosozialprodukt nicht existiert. Es wird befürchtet, dass durch solche Begrifflichkeiten "Krankheit" zu einem Vorwurf wird. Weiterhin wird befürchtet, dass immer mehr Leistungen aus dem Regelkatalog ausgeklammert werden bzw. mit hohen Zuzahlungen versehen werden wie beispielsweise beim Zahnersatz, dass sie für den Durchschnitt nur eingeschränkt oder mit hohem individuellen Verzicht zu erlangen sind, oder mit zusätzlichen privaten Versicherungen. Da auch die ärztlichen Leistungen durch Leistungskatalog und Gebührenordnung stärker reglementiert werden, deutet vieles darauf hin, dass sich vermehrt Ungleichheitsbeziehungen zwischen verschiedenen PatientInnengruppen herausbilden.
- Bestimmte Probleme, die auch bisher bestanden, bestehen weiter: Hierzu gehört das Problem der besseren und gemeindenahen Kooperation zwischen verschiedenen SpezialistInnen, auch das Problem der Versorgungsdefizite bei chronischen und langfristigen Erkrankungen, denn das Gesundheitssystem ist auf Akutfälle ausgerichtet. Dieser Versorgungsmangel war ein Auslöser für die Selbsthilfegruppen. Bei den Selbsthilfegruppen fehlt eine Verzahnung von professioneller Unterstützung und Behandlung mit den Selbsthilfegruppen, die vor allem psychosoziale Unterstützung und Informationen bereithalten.
- Die Standards der Versorgung werden von Kassen und den Berufsverbänden der Ärzteschaft festgelegt. Dadurch kann ein Ausschluss von Heilmitteln, Heilberufsgruppen sowie von bestimmten Therapieformen stattfinden, die nicht von der Krankenkasse getragen oder ersetzt werden. Konflikte zwischen Verbrauchern gab es hier bei Naturheilmitteln, bei homöopathischer Therapie und bestimmten Therapien (z.B. Körpertherapien, bestimmte Krebstherapien).

Teil II

5. Organisationen im Bereich "Frauengesundheit"³⁶

5.1 Verbände, Netzwerke, Vereine, Stiftungen

5.1.1 Koordinierungs- und Informationsstellen

Name der Organisation:

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Adresse:

Albrecht-Achilles-Str. 65 - 10709 Berlin

Sekretariat: Frau Renate Spiewok

Tel.: 030 / 891 40 19

Fax: 030 / 893 40 14

E-Mail: nakos@gmx.de

Internet: www.nakos.de

Ansprechpartner: Wolfgang Thiel

Ziele der Organisation:

- Bundeszentrale Einrichtung zur Aufklärung und Information der Bevölkerung über Selbsthilfegruppen;
- Vermittlung von Kontaktadressen zu Selbsthilfevereinigungen auf Bundesebene und zu örtlichen / regionalen Selbsthilfekontaktstellen;
- Entwicklung und Verankerung von fachlichen und infrastrukturellen Unterstützungsangeboten und von Ansätzen zu Förderung von Selbsthilfegruppen;
- Organisation des fachlichen Austausches, z.B. durch Fortbildungen und Fachtagungen;
- Kooperation mit Verbänden, Ministerien, Kommunen, Krankenkassen, wissenschaftlich arbeitenden Institutionen, Medien;

Arbeitsschwerpunkte:

Der Arbeitsansatz ist auf Arbeits- und Handlungsformen der Selbsthilfe begrenzt, schließt also nicht die Inhalte der Selbsthilfe ein; krankheits- oder problemspezifische Informationen können daher nicht gegeben werden.

Mitglieder:

NAKOS ist keine Mitgliederorganisation, sondern eine Service- und Beratungseinrichtung

Gründungsjahr: 1984

Rechtsform: Einrichtung in freier Trägerschaft

Träger:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

Paritätisches Bildungswerk - Bundesverband e.V., Heinrich-Hoffmann-Str. 3, 60528 Frankfurt/ Main

³⁶ Die folgenden Darstellungen liegen in der Verantwortung der jeweiligen Organisationen

Finanzierung:

Förderung durch die öffentliche Hand (Bund und Land Berlin) und durch die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen

Regionale Einrichtungen:

Landeseinrichtungen mit vergleichbarer Zielsetzung in Trägerschaft der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.:

Selbsthilfe-Büro Niedersachsen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.,

Bödekerstr. 85

30161 Hannover

Tel.: 05 11 / 39 19 28

Fax: 05 11 / 39 19 07

KOSKON - Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.,

Friedhofstr. 39

41236 Mönchengladbach

Tel.: 021 66 / 24 85 67

Fax: 021 66 / 24 99 44

Arbeitskreise:

Offener, nicht-formalisierter Arbeitsverbund mit örtlichen/regionalen Selbsthilfe-Unterstützungsstellen (Selbsthilfekontaktstellen);

Kooperation mit den bestehenden Arbeitskreisen der Selbsthilfekontaktstellen auf Länderebene

Spezifisches Wissen: Selbsthilfe-Archiv

Veröffentlichungen:

NAKOS. Lokale/regionale Selbsthilfe - Unterstützung in Deutschland. Rote Adressen.

NAKOS. Bundesweite Selbsthilfevereinigungen und relevante Institutionen. Grüne Adressen.

NAKOS. Suche von Menschen mit seltenen Erkrankungen und Problemen nach Gleichbetroffenen und Selbsthilfegruppen. Blaue Adressen.

NAKOS. Info Börse. Service, Betroffenensuche, Literatur und Tagungen

NAKOS-EXTRA: Fachdiskussionsreihe.

Siehe auch Angaben auf unseren Internet-Seiten

Auszug aus einer Veröffentlichung: Link auf unser Internet-Angebot

Name der Organisation:

**Frauenkoordinierungsstelle, Paritätischer Gesamtverband e.V.
Frauenhauskoordinierungsstelle**

Adresse:

Heinrich-Hoffmann-Str. 3 - 60528 Frankfurt

Tel.: 069 / 67 06 / 252 / 294

Fax.: 069 / 670 62 88

E-Mail: eva.bordt@paritaet.org

Internet: www.paritaet.org

Ansprechpartnerin:

Frau Eva-Maria Bordt (für frauenspezifische Belange im Verband)

Ziele der Organisation:

Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege, der in allen Feldern der sozialen Arbeit aktiv ist.

Arbeitsschwerpunkte:

Die Mitgliederorganisationen sind in den Bereichen Gesundheit, Prävention und Rehabilitation aktiv.

Im Hinblick auf frauenspezifische Arbeit sind Mitgliedsorganisationen aus den Bereichen Frauenhäuser, Frauengesundheitszentren, Beratungsstellen für Essstörungen, Zentren für Geburtsvorbereitung und Geburtshäuser vertreten.

Mitglieder der Organisation:

bundesweite Mitgliedsorganisationen wie Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und -beratung e. V., Frauenselbsthilfe nach Krebs regional tätige Frauenzentren, Frauentherapiezentren, Frauenberatungsstellen und -Bildungsstätten mit PARITÄTISCHEN gesundheitsbezogenen Angeboten für Frauen Kureinrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes, die frauenspezifische Gesundheits- und Rehabilitationskonzepte verwirklichen.

PARITÄTISCHE Landesverbände sowie PARITÄTISCHE MGW-Kureinrichtungen:

Adressen über den Verband zu erfragen: siehe Adresse des Verbandes

Mitgliederzahl: über 9000 Mitgliedsorganisationen

Gründungsjahr: 1924 (Frauenfragen spielen erst in den letzten Jahre eine Rolle)

Rechtsform: Verein (e. V.)

Finanzierung: öffentliche Mittel, Mitgliedsbeiträge, Spenden und Leistungsentgelte

Regionale Einrichtungen: über die PARITÄTISCHEN Landesverbände zu erfragen.

Fachgruppen: Fachgruppe Frauenhäuser

Spezifisches Wissen: Frauen- und Gesundheitspolitik, Koordinationsfunktion Frauenhäuser

5.1.2 Naturheilkunde

Name der Organisation:

Patienteninformation für Naturheilkunde

Adresse:

C/o UFA-Fabrik
Viktoriastraße 10-18 - 12105 Berlin
Tel.: 030 / 76 00 87 60
Fax: 030 / 76 00 87 61
E-Mail: pi@datadiwan.de
Internet: www.datadiwan.de/patienteninformation

Ansprechpartnerin:

Alexandra Groß

Ziele der Organisation:

Die Patientenberatung für Naturheilkunde e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich die Aufgabe gestellt hat, Patienten eine Orientierung im wachsenden Angebot naturheilkundlicher und unkonventioneller Diagnose- und Behandlungstechniken zu bieten. Die Patienten werden über Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen naturheilkundlichen Verfahren beraten und erhalten Adressen von Ärzten, Kliniken, Fachverbänden und anderen Beratungseinrichtungen sowie Literaturvorschläge. Über unsere Internetpräsenz www.datadiwan.de können sie sich umfassend informieren und mit unseren Kooperationspartnern (Ärzte- und Fachgesellschaften) direkt in Kontakt treten.

Arbeitsschwerpunkte:

1. Beratung

Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen naturheilkundlichen Therapieverfahren

Weitergabe von Adressen von Ärzten, Kliniken, Fachverbänden und anderen Beratungseinrichtungen

Spezifische Beratung: frauenspezifische Gesundheitsprobleme und deren naturheilkundliche Behandlungsmöglichkeiten

2. Vernetzung

a) Information durch Veröffentlichung von wissenschaftlichen Arbeiten im Internet beispielsweise zu Akupunktur, Krebs, Homöopathie, Frauengesundheit, Ernährung, Grenzgebiete der Wissenschaft, Hypnose, Lebensenergieforschung, Transplantationsproblematik, Umweltmedizin, etc.

b) Netzwerk mit Kooperationspartnern

Bernhard Harrer Wissenstransfer, Berlin

Arbeitsgruppe Prof. Joachim Hornung in der Abteilung für Naturheilkunde im Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin

Prof. Malte Bühring, Leiter der Abteilung für Naturheilkunde im Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin

International Institute of Biophysics (IIB), Prof. Dr. Fritz-Albert Popp, Neuss (englisch)

Institut für Grenzgebiete der Wissenschaft (IGW) und Resch Verlag, Prof. Dr. Andreas Resch,

Universität Innsbruck

IGUMED - Interdisziplinäre Gesellschaft für Umweltmedizin, Bad Säckingen

Die alternative naturwissenschaftliche Literaturliste & Adressen von Norbert Moch,
Hannover
Elektrosmog-Report, Nova-Institut, Hürth
E-Smog Archiv, Berlin
Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V., Heidelberg
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
Dr. Ebel Fachkliniken
Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.,
Berlin Orlanda Frauenverlag, Berlin
Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum (F/FGZ e.V.) Berlin
Ärzte-Gesellschaft Heilfasten und Ernährung e.V., Überlingen
Deutsche Gesellschaft für therapeutische Hypnose und Hypnoseforschung e.V. (GTH)
Stuttgart
Berlinger Gesundheitsakademie für natürliche Lebens- und Heilweise im Kneipp-
Verein Berlin e.V.
Stiftung Paracelsus Heute, Einsiedeln
Dokumentations- und Informationsstelle für Umweltfragen (DISU), Osnabrück
Internationale Akademie für Pleomorphismologie und Endocytobiologie, (IAPE)
Wissensarchiv, Wien
Internatioal Network for Research on Alternative Therapies (INRAT), Kopenhagen
(englisch)
Zentrum für naturheilkundliche Forschung der TU München (ehemals "Münchener
Modell")
Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP), Freiburg
The Scientific an Medical Network (SMN), Colinsburgh, Schottland
Rudolf-Siener-Stiftung

c) Einrichtung von dokumentorientierten Diskussionsforen

3. Evaluation

Bewertung der unterschiedlichen Behandlungsmethoden in der Naturheilkunde

4. Forschung

Themen:

- Kommunikationsnetze für Forschung in der Naturheilkunde
- Methodologie medizinischer Evaluation
- Evaluation ausgewählter Naturheilverfahren

Mitglieder der Organisation:

Bernhard Harrer, Vorstand, (Sozialmanager)
Achmed Khammas, Vorstand, (Ingenieur, Dolmetscher)
Kay Kühnel, (Ölhersteller)
Birgit Walther, (Studentin)
Rainer Stange, (Arzt)
Bettina Berger (Studentin)

Mitgliederzahl: sieben ordentliche Mitglieder

Gründungsjahr: 1997 (hervorgegangen aus der Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren)

Rechtsform: Gemeinnütziger, eingetragener Verein

Finanzierung:

über öffentliche Fördergelder, Mitgliedsbeiträge, Spenden, Zuwendungen und Aufträge

Regionale Einrichtungen: keine

Fachgruppen: z. Zt. keine

Spezifisches Wissen:

- Wissen um alternative Heil- und Behandlungsmethoden bei Gesundheitsproblemen:
- sämtliche naturheilkundlichen Richtungen;
- eine der größten deutschsprachigen Datenbanken zu Naturheilverfahren;
- Wissen um Methodologien zur Erforschung und Bewertung von Verfahren der Naturheilkunde
- (Evaluation);
- Wissen um Forschungsstand und Forschungsstrategien in der Naturheilkunde;
- Wissen um naturheilkundliche Verfahren speziell in der Frauenheilkunde;
- Wissen um unkonventionelle Therapien bei Frauengesundheitsstörungen, (beispielsweise Visualisierung oder nicht-ärztliche ganzheitliche Therapieansätze: Atemtechniken, Rolfing, etc.)

Veröffentlichungen:

Der Datadiwan, unsere Internetpräsenz (www.datadiwan.de)

Diwan Magazine, (ein Online-Periodikum, dass sich der ganzheitlichen Betrachtung der Medizin und den Grenzgebieten der Wissenschaft widmet)

Forschungspreise in der Naturheilkunde und Physiotherapie (Broschüre)

Tagungsbericht 2. Wissenschaftliches Einsiedler Symposium 1995: "Frauen - willige Opfer der Medizin?" (in [www.datadiwan.de/netzwerk/Stiftung Paracelsus Heute](http://www.datadiwan.de/netzwerk/Stiftung_Paracelsus_Heute))

Auszug aus einer Veröffentlichung:

Internet: www.datadiwan.de

Tätigkeitsbericht

Fragestellungen und Interesse:

Ausbau der Vernetzung im Bereich Frauengesundheit

Aufbau internationaler Kooperation im Bereich Frauengesundheit

5.1.3 Berufsverbände und vergleichbare Organisationen

Name der Organisation:

Bund Deutscher Hebammen e. V.

Adresse:

Postfach 1724 - 76006 Karlsruhe

Tel.: 07 21 / 981 89-0

Fax 07 21 / 981 89-20

E-Mail: info@bdh.de; Infor@hebammenverband.de

Internet: www.bdh.de; www.hebammenverband.de

Ansprechpartnerinnen:

Präsidentin: Frau Magdalene Weiß

Geschäftsführerin: Frau Ingrid Pellin

Ziele der Organisation:

Der Bund Deutscher Hebammen (kurz BDH genannt) ist eine Berufsorganisation der Hebammen und setzt sich aus den 16 Hebammenlandesverbänden, die insgesamt 13.000 Mitglieder haben, zusammen. Er vertritt die Interessen sowohl der angestellten Hebammen wie auch der freiberuflich tätigen Hebammen, der Lehrerinnen für Hebammenwesen und Hebammenschülerinnen. Die Ursprünge der Verbandsarbeit gehen bis 1885 zurück.

Der Bund Deutscher Hebammen mit seinen Mitgliedsverbänden hat nach seiner Satzung folgende Aufgaben:

- Förderung der beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Hebammen
- bedarfsgerechte Modifizierung der Ausbildungsinhalte
- Fortbildung der Hebammen auf Landes- und Bundesebene
- Vertretung der Hebammen bei Behörden des Bundes und der Länder in allen mit dem Hebammenberuf zusammenhängenden Fragen
- Vertretung der Belange der Hebammen bei Volksvertretern, Behörden, Gewerkschaften, Gerichten, Krankenkassen, anderen Berufs-, Standes- und sonstigen Organisationen sowie in der Öffentlichkeit.
- Einflussnahme auf politische Prozesse in Fragen der Frauengesundheit
- Mitwirkung bei Gesetzesvorlagen im Gesundheits- und Hebammenwesen
- Unterhaltung einer Rechtsstelle und einer Gutachterinnenkommission zur Beratung der Mitglieder.
- Pflege der internationalen Beziehungen des Hebammenwesens
- Austausch und Vernetzung mit anderen frauenorientierten Verbänden und Organisationen

Ziele des Verbandes sind:

- Stärkung des Berufsprofils der Hebamme,
- Gewährleistung der Versorgung aller Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit Hebammenhilfe,
- Akzeptanz gegenüber anderen Berufsgruppen,
- Festigung des Berufsbildes der Hebamme und ihrer Akzeptanz in der Gesellschaft,
- Schaffung einer Situation für frauen- und familienfreundliches Gebären
- Gesellschaftliches Engagement für das Wohlergehen von Frauen und Familien

Es ist ein zentrales Anliegen des Bundes Deutscher Hebammen, den präventiven Charakter dieser Gesundheitsdienstleistung für Schwangere, Gebärende und Mütter mit Säuglingen möglichst vielen Frauen zugänglich zu machen. Es gibt ethische Grundsätze, nach denen Hebammen handeln und arbeiten. Die Rechte und die Menschenwürde der Frau stehen dabei immer im Mittelpunkt. Hebammen verweigern keiner Frau die notwendige Hilfe - unabhängig von Rasse, Kultur, Weltanschauung und gesellschaftlicher Stellung. Das Wohlergehen von Frauen und Familien ist das Ziel unseres gesellschaftlichen Engagements. Wir beobachten mit kritischer Aufmerksamkeit die Entwicklung auf den Gebieten Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin und Genforschung. Wir erforschen wissenschaftlich unsere Arbeit, um die Qualität zu sichern und gestalten unsere Fort- und Weiterbildung. Wir kämpfen für unsere gesellschaftliche Anerkennung und gerechte Entlohnung.

Nur wenige Schwangerschaften sind Risikofälle, die eine fachärztliche Betreuung erfordern. Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheit, sondern ein normaler, wenn auch tiefgreifender Vorgang im Leben einer Frau. Wir fördern die Gesundheit und das Wohlergehen von Frau und Kind, beraten in Sachen pränatale Diagnostik, nehmen Vorsorgeuntersuchungen vor, helfen bei Schwangerschaftsbeschwerden und bereiten die Frau auf die Geburt vor, nicht nur in körperlicher Hinsicht. Wir handeln nach dem Prinzip: Möglichst wenig Technik, dafür viel Wissen und Menschlichkeit.

Wir beraten die Frau bei der Wahl von Ort und Art der Geburt und unterstützen sie in allen Phasen. Auch danach stehen wir ihr und dem Kind zur Verfügung, egal ob sie sich für das Wochenbett im Krankenhaus oder zu Hause entscheidet.

Wir beobachten die Entwicklung des Kindes, versorgen die Mutter, leiten beim Stillen und der Säuglingspflege an und haben ein offenes Ohr für die Ängste und Sorgen der Frau. Im Leben einer Familie hat sich jetzt viel verändert. Wir, die Hebammen, helfen der Familie, diese Veränderungen zu bewältigen, oft auch über die Wochenbettzeit hinaus.

Dass der präventive Charakter dieser Gesundheitsdienstleistung für Schwangere, Gebärende und Mütter mit Säuglingen möglichst vielen Frauen zu gute kommt, ist ein zentrales Anliegen des Bundes Deutscher Hebammen.

Arbeitsschwerpunkte der Organisation:

- Unter Wahrung der parteipolitischen und konfessionellen Neutralität, die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen aller Hebammen/Entbindungspfleger wahrzunehmen und zu fördern.
- Eine Rechtsstelle und eine Gutachterinnenkommission zur Beratung der Mitglieder zu unterhalten.
- Die Belange der Hebammen bei Volksvertreterinnen, Behörden, Gewerkschaften, Gerichten, Krankenkassen, anderen Berufs-, Standes- und sonstigen Organisationen sowie in der Öffentlichkeit zu vertreten.
- Die internationalen Beziehungen und den Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet des Hebammenwesens zu pflegen.
- Unterstützung der Mitglieder in der Aufklärung und Mitarbeit in der Gesundheitserziehung der Bevölkerung.
- Fortbildung der Hebammen auf Landes- und Bundesebene im Interesse von Mutter, Kind und Familie.

Mitglieder der Organisation:

16 Hebammenlandesverbände, die als Einzelmitglieder Hebammen und Hebammenschülerinnen führen.

Anschriften der Mitgliedsverbände:

Hebammenverband Baden-Württemberg e.V.

Ursula Jahn-Zöhrens
Alte Dobler Straße 2 - 75323 Wildbad
Tel.: 070 81 / 37 87
Fax: 070 81 / 38 40 73
E-Mail: Ujahn-zoehrens@t-online.de
Internet: www.hebammen-bw.de

Andrea Bosch
Urchstraße 7 - 70190 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 262 11 04
Fax: 07 11 / 262 11 04
E-Mail: Andreabosch@gmx.net

Bayrischer Hebammenverband e.V.

Karen Brandl
Am Kastanienbaum 1 - 86720 Nördlingen
Tel.: 090 81 / 233 68
Fax: 090 81 / 64 02
E-Mail: Bhlvbrandl@t-online.de
Internet: www.hebammen.de/Bayern

Christine Just
Haßfurter Straße 5 - 91056 Erlangen
Tel.: 091 31 / 468 55
Fax: 091 31 / 468 38
E-Mail: ifu@gmx.de

Berliner Hebammenverband e.V.

Marion Brüssel
Barbara Kreß
Büro:
Erkelenzdamm 33 - 10999 Berlin
Tel.: 030 / 694 61 54
Fax: 030 / 61 60 93 54
E-Mail: Berliner_Hebammen_Verband@t-online.de
Internet: www.hebammen.de/Berlin

Landesverband der Hessischen Hebammen e.V.

Anke Wiemer
Elisabethenstraße 1- 63579 Freigericht
Tel.: 060 55 / 57 81
Fax: 060 55 / 57 81

Ute Petrus
Zur Kütte 12 - 36211 Alheim
Tel.: 056 64 / 939 00 81
Fax: 056 64 / 93 90 08
E-Mail: Upetrus@aol.com

Hebammenverband Brandenburg e.V.

Manuela Neubüser
Große-Hagen-Str. 8a - 14712 Rathenow
Tel.: 033 85 / 50 18 50
Fax: 033 85 / 50 18 50

Kerstin Voigt
Suderoder Str. 54 - 13129 Berlin
Tel.: 030 / 47 47 34 00
Fax: 030 / 47 47 34 01
E-Mail: Kerstin-Ina-Voigt@gmx.net

Hebammenverband Bremen e.V.

Antje Kehrbach
Friedrich-Karl-Str. 11 - 28205 Bremen
Tel.: 04 21 / 49 82 90
Fax: 04 21 / 49 82 90
E-Mail: kehrbach@uni-bremen.de

Irmhilde Fuhrmann
Rostockerstr. 6 - 27804 Berne
Tel.: 044 06 / 67 77
Fax: 044 06 / 97 06 96

Hebammenverband Hamburg e.V.

Rita Hülsemann
Nissenstr. 12 - 20251 Hamburg
Tel.: 040 / 48 54 31
Fax: 040 / 46 96 03 65
E-Mail: Hebammenverband.hamburg@t-online.de

Susanne Steppat
Hellkamp 80 - 20255 Hamburg
Tel.: 040 / 43 27 27 27
Fax: 040 / 43 27 27 27
Internet: www.midwife.de

Hebammenverband Mecklenburg – Vorpommern e.V.

Sigrid Ehle
Seehofer Str. 22 - 19055 Schwerin-Wickendorf
Im Neuland 6
Tel.: 03 85 / 56 37 72
Fax: 03 85 / 56 37 72

**Hebammenverband Mecklenburg –
Vorpommern e.V.**

Andrea Hübel
August-Bebel-Str. 41 - 18055 Rostock
Tel.: 03 81 / 45 30 05
Fax: 03 81 / 45 30 05

Hebammenverband Niedersachsen e.V.

Elmire Frick
Dalldorf Nr. 19 - 29562 Suhlendorf
Tel.: 058 20 / 15 90
Fax: 058 20 / 15 90
E-Mail: Hebammenverband.niedersachsen
@t-online.de
Internet: www.hebammen-niedersachsen.de

Magaretha Brinkema
Hauptstr. 143 - 26842 Osterhauderfehn
Tel.: 049 52 / 44 88
Fax: 049 52 / 94 21 27

Hebammenverband Nordrhein-Westfalen e.V.

Angelika Josten
Cäcilienbusch 12 - 53340 Meckenheim
Tel.: 022 25 / 159 56
Fax: 022 25 / 94 72 64
E-Mail: ajosten@hebammen-forum.de

Doris Kreft
Damm 248 - 32479 Hille
Tel.: 057 03 / 12 20
Fax: 057 03 / 57 28
E-Mail: DorisKreft@aol.com

Hebammenverband Rheinland-Pfalz e.V.

Inge Kohlhaupt
Bensheimer Ring 15c - 67227 Frankenthal
Tel.: 062 33 / 610 26
Fax: 062 33 / 610 26

Marina Kuss
Fritz-Ohlhof-Str. 3 - 55122 Mainz
Tel.: 061 31 / 38 22 78

Hebammenverband Saarland e.V.

Monika Greitzke
Am Homburg 103 - 66123 Saarbrücken
Tel.: 06 81 / 30 14 04 30
Fax: 06 81 / 390 56 39
E-Mail: Monikagreitzke@gmx.net

Edith Gabel-Moritz
Im Neuland 6 - 66787 Wadgassen
Tel.: 068 34 / 46 07 71

Hebammenverband Sachsen e.V.

Brigitte Borrmann
Rosa-Menzer-Str. 13 - 01309 Dresden
Tel.: 03 51 / 310 12 63
Fax: 03 51 / 310 12 63

Birgit Höse
Krönertstr. 17 - 01705 Freital
Tel.: 03 51 / 649 53 80
Fax: 03 51 / 649 53 80

Andrea Schwardt

Rützengrüner Str. 2a - 08209 Schnarrtanne
Tel.: 037 44 / 21 50 29

Hebammenverband Sachsen-Anhalt e.V.

Sabine Beneke
Fröbelstraße 9 - 39110 Magdeburg
Tel.: 03 91 / 731 10 71

Cornelia Jung
Anhalter Str. 13 - 06193 Löbejün
Tel.: 03 46 03 / 773 32

Ines Böhm
Baumweg 93 - 06130 Halle
Tel.: 03 45 / 444 96 10
Fax: 03 45 / 208 20 21

Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V.

Elke Poppinga
Up'n Knust 25 - 23619 Rehhorst
Tel.: 045 33 / 70 48 63
Fax: 045 33 / 70 48 69
E-Mail: hebammenverband-sh@web.de

Anne Reichmuth
Virchowring 56 - 24558 Henstedt-Ulzburg
Tel.: 041 93 / 935 39
Fax: 041 93 / 96 76 46

Hebammenverband Thüringen e.V.

Anke Carl
In der Salschge 3 - 07751 Zöllnitz
Tel.: 036 41 / 37 28 37
Fax: 036 41 / 33 33 48
E-Mail: Anke.Carl@t-online.de

Siegrun Szumodalsky
An der Leite 11 - 99762 Rodishain
Tel.: 03 46 53 / 921 58
Fax: 03 46 53 / 921 58

Eine verwandte Organisation des BDH ist die Hebammengemeinschaftshilfe(HGH) e.V., ein als gemeinnützig anerkannter Verein. Sie versteht sich heute in erster Linie als Fortbildungsorgan des Bundes Deutscher Hebammen. Ihre Aufgaben liegen schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen:

Fortbildungsveranstaltungen für freiberufliche und angestellte Hebammen in den unterschiedlichen Feldern ihrer Tätigkeit.

Forschung durch Hebammen als eine weitere Aufgabe, die sich die HGH stellt. Hier ist die HGH Veranstalterin des alljährlich stattfindenden "Workshop zum wissenschaftlichen Arbeiten". Sie bietet Anschubfinanzierung für Forschungsprojekte und Veröffentlichungen. Ebenso ist die HGH Herausgeberin einer Schriftenreihe.

Hebammengemeinschaftshilfe e.V.
Badenstedter Str. 201 - 30455 Hannover
Tel.: 05 11 / 49 25 80,
Fax: 05 11 / 49 95 27

Eine weitere mit dem BDH verwandte Organisation ist die:
Gesellschaft für die Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG)

Geschäftsstelle:

c/o Anke Wiemer
Elisabethenstr. 1 - 63579 Freigericht
Tel.: 060 55 / 57 81
Fax: 060 55 / 57 81
E-Mail: AnkeWiemer@aol.com

Aufgaben und Zweck des Vereins sind die Erhebung und Auswertung von Daten der außerklinischen Geburtshilfe.

Die Betreuung der regelrechten Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes gehört laut Hebammengesetz vom 04.06.1985 zu den Tätigkeiten der Hebamme. Bei Abweichungen vom regelrechten Verlauf zieht die Hebamme Frauen- oder Kinderärzt/Innen hinzu. Hebammenhilfe kann von jeder Frau in Anspruch genommen werden. Hebammenhilfe wird von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Anschriften von freiberuflich tätigen Hebammen finden Sie über folgende Kontaktadressen:

Landesverbände des Bundes Deutscher Hebammen
Familienbildungsstätten oder ähnliche Institutionen
Ihre Ärztin / Ihren Arzt
Krankenhäuser - Handzettel auf den Wochenstationen
Krankenkassen und Apotheken.

Anzahl der Mitglieder: 13.042 (September 2000)

Gründungsjahr: 1885 (Ursprünge der Verbandsarbeit)

Rechtsform: eingetragener Verein

Finanzierung: Mitgliedsbeiträge

Fachgruppen:

Arbeitsgruppen zu folgenden Themen bestehen:

AG Kongress

AG Bestandsaufnahme der Situation klinisch tätiger Hebammen

AG Hebammen und Nazizeit

AG Hebammengeleiteter Kreißsaal

AG Lehrerinnen für Hebammenwesen

AG Leitende Hebammen an Ausbildungskreißsälen

AG Theorie und Qualität

AG Internet-Homepage

AG Beleghebammen

AG Normale Geburt

AG Fachhochschule

Spezifisches Wissen: Interessenvertretung der Hebammen

Veröffentlichungen:

Veröffentlichungsorgan des BDH: Hebammen Forum - das Magazin des Bundes Hebammen e.V., erscheint monatlich

Veröffentlichungen der HGH:

Band 4

Praxis im Wandel

Vorträge vom 5. Workshop zur Hebammenforschung im deutschsprachigen Raum, 1994, 104 Seiten, ISBN 3-934021-04-2, 12,- DM

Band 5

Erfolgreiches Stillen

3. Auflage mit Stillrichtlinien. 1998

Übersetzung: "Successful Breastfeeding"

Übersetzerinnen: Ilse Dall, Jule Friedrich

96 Seiten, ISBN 3-934021-05-0, 15,- DM

Band 6

Praxis im Wandel II

2. Auflage

Tabellen aus "A Guide to Effective Care in Pregnancy and childbirth".

Verf.: Mechthild Groß, Christine Loytved. 1996

37 Seiten, ISBN 3-934021-06-9, 15,- DM

Band 7

Das CTG in der Diskussion - neue Ergebnisse.

Verf.: Ans Luyben, 1997.

90 Seiten, ISBN 3-934021-07-7, 15,- DM

Band 8

Leitfaden Schwangerschaft - Geburt - Wochenbett

Verf.: Margrit Haack, Martha Halbach, Irmengard Huhn, Rita Pahsmann, Monika Steger, Annelise Tometten-Iseke. 1999

253 Seiten, ISBN 3-934021-09, 18,- DM

Band 9

Beratung zur pränatalen Diagnostik. Eine Arbeitshilfe.
Erscheint im Jahr 2000
200 Seiten, ISBN 3-934021-09, 18,- DM

Studie

Bestandsaufnahme der qualitativen und äußeren Rahmenbedingungen der
Hebammenausbildung in Deutschland.
Verf.: Monika Zöge. 1998
ISBN 3-934021-00-x, 22,- DM

Name der Organisation:

**Lachesis e.V. - Bundesverband für Heilpraktikerinnen
Verein von Frauen zur Förderung der Naturheilkunde**

Adresse:

Forellensteig 4 - 14542 Werder / Havel

Tel.: 033 27 / 66 84 80

Fax: 033 27 / 66 84 90

E-Mail: info@lachesis.de

Internet: www.lachesis.de

Ansprechpartnerinnen:

Geschäftsführung:

Renate Lodtka

Praxisberatung/Öffentlichkeitsarbeit: Elisabeth Schonauer-Schütz,

Tel.: 030 / 781 33 73

Ziele der Organisation:

- Förderung der frauenorientierten Heilkunde
- Förderung des Austauschs von Heilpraktikerinnen untereinander
- Wahrung der weiblichen Tradition des Heilens
- Einsatz für frauenfreundliche Gesundheitspflege
- Entwicklung von Perspektiven für eine frauenfreundliche Naturheilkunde

Arbeitsschwerpunkte:

- Entwicklung frauenspezifischer Therapieformen
- Überarbeitung der homöopathischen Arzneimittelbilder für Frauen
- Erforschung und Anwendungen der chinesischen Medizin im Sinne von Frauen
- Aufarbeitung und Dokumentation des umfangreichen Erfahrungswissens von Frauen
- Öffentlichkeitsarbeit für unseren Ansatz des feministisch naturheilkundlichen Heilens
-

Mitglied der Organisation:

Einzelfrauen, nach erfolgreicher Überprüfung zur Heilpraktikerin und Auszubildende
fördernde Vereinsmitfrauen und Organisationen.

Unsere Leistungen im Verband:

Existenzgründungsseminare

Seminare zur Praxisführung und Existenzsicherung

Rechtsinformation

Beratung zur Praxisführung und Rechnungsstellung

Günstige Gruppenversicherungen

Regionale und überregionale Fortbildungsangebote

Januar und Mai große Verbandstreffen mit Fachfortbildung

Katalog mit den Fortbildungsangeboten der Mitfrauen und des Verbandes (regional und bundesweit).

Anzeigenbroschüren praktizierender Mitfrauen (regional und bundesweit).

Verzeichnis praktizierender Mitfrauen mit Therapieschwerpunkten und Kursangeboten (regional und bundesweit).

Verbandsstempel für praktizierende Heilpraktikerinnen

Politische Vertretung zur Sicherung des Berufsstandes / Mitarbeit in verbandsübergreifenden Facharbeitskreisen

LACHESIS - Verbandszeitung 2 x jährlich.

Anzahl der Mitglieder: 450 Frauen

Gründungsjahr: 1987

Rechtsform: gemeinnütziger Verein

Finanzierung: Mitgliedsbeiträge

Regionale Einrichtungen:

Regionalstelle West

HP Sabine March
Kyffhäuserstr. 9 - 50674 Köln
Tel.: 02 21 / 560 44 22
Fax: 02 21 / 21 39 49
E-Mail: west@lachesis.de

Regionalstelle Berlin / Neue Länder

HP Verena Becker
Kaiserdamm 4 - 14057 Berlin
Tel.: 030 / 32 60 76 00
E-Mail: ost@lachesis.de

Regionalstelle Süd-West

HP Maïke Schmitt
Klostergasse 5 - 79295 Sulzburg
Tel.: 076 34 / 59 11 75
E-Mail: sued-west@lachesis.de

Regionalstelle Süd-Ost

HP Stefanie Grimberg
Zugspitzstraße 30 - 82041 Oberbiberg
Tel.: 089 / 613 34 93
E-Mail: sued-ost@lachesis.de

Regionalstelle Nord

HP Ingrid Stoll
Faberstr 15 - 20257 Hamburg
Tel.: 040 / 59 11 75
E-Mail: nord@lachesis.de

Ausbildungen in Zusammenarbeit mit Lachesis:

"Alchemilla" bundesweit einziges selbstverwaltetes Ausbildungsprojekt für Heilpraktikerinnen seit 1986. Dreijährige Ausbildung mit Halbtagsunterricht.

Bartelstraße 12, 20357 Hamburg, Tel.: 040 / 430 36 29

Ausbildung zur Heilpraktikerin im Frauenbildungshaus Zülpich seit 1984. Dreijährige Ausbildung, Wochenenden und Wochen.

Prälat-Frankenstraße 13, 53909 Zülpich-Eifel, Tel.: 022 52 / 65 77

"Bonner Gesundheitsschule" Ausbildung für Heilpraktikerinnen seit 1995. Zweieinhalbjährige Ausbildung an Wochenenden.

Baumschulallee 2a, 53115 Bonn, Tel.: 02 28 / 665 03 56

Artemisia - Ausbildung zur Heilpraktikerin für Frauen in Bremen. Anne Schmalbach und Barbara Krekeler. Am Schwarzen Meer 165, 28205 Bremen

Frauenbildungshaus Osteresch; Strautweg 4; 48496 Hopsten-Schale

Su Wen - Ausbildung zur Heilpraktikerin in Nürnberg; Bali Schreiber und Elisabeth Benzing, Eschenauer Str. 25; 90411 Nürnberg

Veröffentlichungen:

Fortbildungskatalog für Angebote von Mitfrauen

Verzeichnis praktizierender Kolleginnen mit Therapieschwerpunkten und Kursangeboten

Dokumentation vom Frauennaturheilkundekongress 1997 in Köln mit Beiträgen von:

Rina Nissim, Endometriose

Maria Zemp, Krebs, eine Geschwulst der Drachin

Rina Nissim, Internationale Solidarität

Beate Ruttkowski, Frauenbezogene Gesundheitspolitik
Christa Schulte, Das Geheimnis des Lustgartens
Anne Schmalbach u.a.: Madragora
Carien Wijnen, Stimme-Körper-Gesang
Ira Tucker, Klassische Homöopathie
Irmela Halstenbach, Von der heilenden Berührung im Atem
Sigrid Pöpping, Hawaiianische Körperarbeit
Marianne Wex, Feinstoffliche Energiearbeit
Birgit Wehnert, rituelle Kreistänze

Verbandszeitung - Rundbrief

Nr. 8 / 12-90 Verbandsstrukturen
Nr. 9 / 5-91 Unsere Wurzeln
Nr.10/ 12-91 Macht und Ohnmacht
Nr.11/ 5-92 Sinnlichkeit und Spiritualität im Arbeitsalltag
Nr.13/ 5-93 Rücken
Nr.14/ 12-93 Brust
Nr.15/ 5-94 Schmerz
Nr.16/ 12-94 Gen- und Reproduktionstechnologie
Nr.17/ 5/95 Arbeitsstrukturen im Berufsverband
Nr.19/20 12/96 Doppelnummer, Wechseljahre
Nr.21 Sucht
Nr.22 Hormone 10,00 DM
Nr.23 Verrückt, 10,00 DM
Nr.24 Beziehungen i.d. Therapie, 10,00 DM
Nr.25 Qualität ist unsere Stärke, 10,00 DM
LACHESIS - Verbandszeitung: ABO für 10,-- DM pro Ausgabe bei der Geschäftsstelle.

Name der Organisation:

Deutscher Ärztinnenbund e.V.

Adresse:

Deutscher Ärztinnenbund

Geschäftsstelle:

Herbert-Lewin-Str. 1 - 50931 Köln

Tel.: 02 21 / 40 04-540

Fax: 02 21 / 40 04-541

E-Mail: gsdaeb@aol.com

Internet: www.aerztinnenbund.de

Ansprechpartnerinnen:

Geschäftsstelle: Elke Timme: Adresse s.o.

Präsidentin: Dr. Astrid Bühren

Hagener Str. 31 - 82418 Murnau

Tel.: 088 41 / 27 03 - 55 35

Fax: 088 41 / 27 08

E-Mail: buehren@bgu.murnau.de

Pressereferentin: Gabriele Juvan

Luisenstr. 63 - 63067 Offenbach

Tel.: 069 / 82 36 52 18

Fax: 069 / 82 36 52 19

E-Mail: 123juvan@compuserve.com

Ziele der Organisation:

Wir sind ein politisch unabhängiger Zusammenschluss von Ärztinnen und Zahnärztinnen, bundesweit vertreten mit integriertem "Jungen Forum" (Medizin- und Zahnmedizinstudentinnen sowie Ärztinnen und Zahnärztinnen bis 40 Jahre) mit Hauptsitz in Köln. Wir wollen die Interessen unserer Kolleginnen sichtbar, hörbar und mit Nachdruck in der Öffentlichkeit vertreten.

Wir bieten

Vertretung der Ärztin in berufspolitischen Gremien und in der ärztlichen Selbstverwaltung: Ärztekammer, Ärztetag, Kassenärztliche Vereinigung

ein Forum für fachübergreifende Gespräche und Solidarisierung

Interessenvertretung im Vorfeld der Gesetzgebung

wissenschaftliche Tagungen mit spezifischen Themen zur Frauen und Gesundheit

Information und Unterstützung bei Beantragung von Stipendien

bibliotherapeutische Betreuung kranker Kinder in Kliniken durch unsere Aktion "Das Fröhliche Krankenzimmer"

4 - 6 x jährlich unsere Zeitschrift "Ärztin"

enge Zusammenarbeit mit dem MWIA

Wir verleihen

- den Jugendbuchpreis "Silberne Feder" zum Thema Gesundheitserziehung und Krankheitsbewältigung
- den wissenschaftlichen Preis der "Ingrid-zu-Solms-Stiftung" für herausragende Promotionen, Habilitationen oder wissenschaftliche Publikationen

Arbeitsschwerpunkte:

- Wir setzen uns ein für Verbesserung der Chancengleichheit von Ärztinnen in Beruf und Gesellschaft,
- Verbesserung der Situation von Ärztinnen unter den gesetzlichen Vorgaben der Gesundheitsreform, insbesondere im Bereich der Niederlassung,
- Förderung von Frauenforschung und wissenschaftlicher Tätigkeit von Ärztinnen an Hochschulen und Universitäten,
- Förderung begabter Medizinerinnen und medizinischer Psychotherapeuten durch die "Ingrid-zu-Solms-Stiftung",
- Weiterbildung in Teilzeit, Rentenanpassung für die Kindererziehungszeiten,
- Berücksichtigung von Kinderbetreuungszeiten in den Versorgungswerken der Ärztekammer.

Mitglieder der Organisation: Ärztinnen aus allen Bereichen, Zahnärztinnen und Studentinnen der Medizin und Zahnmedizin. Mitgliederzahl: z.Zt. 2000 Mitglieder in 32 Regionalgruppen

Gründungsjahr: seit 1924

Rechtsform: eingetragener Verein

Finanzierung: Mitgliedsbeiträge, sonst ohne Finanzierung

Regionalgruppen:

Verzeichnis der örtlichen Gruppen
Stand Mai 2000

Baden Württemberg

Dr. Friederike Perl
Röntgenstr. 35 - 73760 Ruit
Burgebrach
Fax (priv.): 071 21 / 222 04
Fax (dienstl.): 017 11 / 44 88 49 86

Bayern-Süd

Dr. Didona Roxana Weippert
Türkenbundweg 9 - 80689 München
Tel.: 089 / 700 33 74
Fax (priv.): 089 / 700 33 75

Bremen

Dr. Ursula Auerswald
Carl-Schurz-Str. 58 - 28209 Bremen
Tel.: 04 21 / 349 91 98
Fax (priv.): 04 21 / 346 98 33
Fax (dienstl.): 04 21 / 340 42 09

Bonn

Dr. Ursula Sottong
Burgstr. 32 - 53842 Troisdorf
Tel.: 022 41 / 40 83 26
Fax (priv.): 022 41 / 40 36 29
Fax (dienstl.): 02 21 / 982 25 89

Bayern-Nord

Dr. Jutta Schimmelpfennig
Dr.-Erich-Stahl-Str. 17 - 96138
Tel.: 095 46 / 61 96
Fax: 095 46 / 81 22

Berlin

Susanne Schroeder
Poßweg 13b - 14163 Berlin
Tel.: 030 / 813 26 72

Bochum

Dr. Bettina Funke-Inkmann
Wasserstr. 461c - 44795 Bochum
Tel.: 02 34 / 43 16 28
Fax (priv.): 02 34 / 462 93 97
E-Mail: bf.inkmann@cityweb.de

Braunschweig

Dr. Gitta Schneider-Sickert
Waldweg 4 - 38110 Braunschweig
Tel.: 053 07 / 61 17
Fax (priv.): 053 07 / 86 16
E-Mail: schneidersickert@t-online.de

Dortmund

Dr. Ute Luckhaupt
Füssmannstr. 6 - 44265 Dortmund
Tel.: 02 31 / 46 41 42
Fax (priv.): 02 31 / 46 41 42

Essen

Dr. Dr. Uta Berger
Klinkestr. 28 - 45136 Essen
Steinheim
Tel.: 02 01 / 25 00 27
Fax: 02 01 / 269 61 66

Gießen

Prof. Dr. Ingeborg Siegfried
Am Hain 2 - 35444 Biebertal
Tel.: 064 09 / 78 72
Fax (priv.): 064 09 / 23 54

Hannover

Dr. Marlena Robin-Winn
Uhlandstr. 31 - 30629 Hannover
Tel.: 05 11 / 58 00 08
Fax (priv.): 05 11 / 59 25 90

Kiel

Dr. Karin Bucher
Elisabethstraße 68 - 24143 Kiel
Tel.: 04 31 / 747 79
Fax: 04 31 / 747 77

Lübeck

Dr. Doris Hartwig-Bade
Moisinger Allee 7 - 23558 Lübeck
Tel.: 04 51 / 260 77
Fax (priv.): 04 51 / 858 37
E-Mail: doris.hartwig-bade@dgn.de

Münster

Dr. Hedwig Wening
Rüschhausweg 151 - 46161 Münster
Neumünster
Tel.: 02 51 / 86 90 90
Fax: 02 51 / 86 91 91

Oldenburg

Dr. Ursula Eichelberg
Beethovenstr.14 - 26135 Oldenburg
Tel.: 04 41 / 122 17
Fax: 04 41 / 949 03 87

Rhein-Neckar

Dr. Gudrun Friedt-Weirich
O 6 – 7 - 68161 Mannheim
Saarbrücken

Düsseldorf

Dr. Marianne Esch
34130 Kibbenheide 9 - 40822 Mettmann
Tel.: 021 04 / 526 72
Fax (priv.): 021 04 / 535 66
E-Mail: ufber@t-online.de

Frankfurt

Dr. Kirstin Borchers
Doomer Str. 45a - 63456 Hanau-

Hamburg

Dr. Doris Schmidt
Vielohweg 181a - 22455 Hamburg
Tel.: 040 / 551 13 14
Fax: 040 / 551 13 14

Kassel

Dr. Hannelore Feudenberg
Schloßsackerstr. 59 - 34130 Kassel
Tel. (dienstl.): 05 61 / 10 03 - 213
Fax: 05 61 / 650 44

Köln

Dr. Christine Lohmann-Mattonett
Redwitzstr. 74 - 50937 Köln
Tel.: 02 21 / 44 57 04

Marburg

Dr. Susan Trittmancher/
Dr. Kirsten Holsteg - Bahnhofstr. 30
35037 Marburg
Tel.: 064 21 / 680 00
Fax: 069 / 77 47 12

Neumünster

Elke Burghard
Brachenfelder Str. 19 - 24534

Tel.: 043 21 / 219 80
Fax: 043 21 / 294 67

Ostwestfalen-Lippe

Dr. Claudia Czerwinski
Hindenburgstr. 1 a - 32257 Bünde
Tel.: 052 23 / 18 83 20
Fax: 052 23 / 170 46
E-Mail: medusana@teleos-web.de

Saarbrücken

Dr. Renate Dessauer
Eduard-Mörrike-Weg 9 - 66133

Tel.: 06 21 / 222 00
Fax (priv.): 06 21 / 129 16 15
Ulm
Dr. Erla Spatz-Zöllner
Neue Str. 101 - 89073 Ulm
Tel.: 07 31 / 60 11 33
Fax (priv.). 07 31 / 615 67

Wuppertal
Dr. Marie-Louise Fasshauer
Waldhof 43 - 42283 Wuppertal
Tel.: 02 02 / 51 02 82
Fax: 02 02 / 250 12 96

Naturwissenschaftlerinnen im DÄB
Dr. Gabriele Jaques
Carl-Ullrich-Str. 7 - 35393 Giessen
Tel.: 06 41 / 545 23

Fachgruppen:

Bibliotherapie im Kinderkrankenhaus: Aktion "Das Fröhliche Krankenzimmer"
Modellprojekt in der von Haunerschen Kinderklinik der Universität München
Lindwurmstr. 4
80337 München

Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Frauengesundheit (über die Geschäftsstelle erreichbar)
Wissenschaftliche Kongresse, z. B. 1999 in Gießen "Geschlechtsspezifische Aspekte von Herz-Kreislaufkrankungen: Schlagen Frauenherzen anders?"
(über die Geschäftsstelle erreichbar)

Spezifisches Wissen

Im Deutschen Ärztinnenbund sind Kolleginnen aller medizinischen Bereiche organisiert, also Fachärztinnen aller Disziplinen; deren Arbeitsgebiete sind in niedergelassener Praxis genauso wie im Krankenhaus als auch in Forschung und gesundheitspolitischen Gremien. Besonders in Fragen der Frauengesundheitsforschung verfügt der Ärztinnenbund über viele kompetente Kolleginnen.

Veröffentlichungen:

4- 6 mal im Jahr Verbandszeitschrift ÄRZTIN,
Kongressberichte

Informationsmaterial: Leaflets der zuständigen Regionalgruppen, Satzung des Deutschen Ärztinnenbundes, Leaflet "Das Fröhliche Krankenzimmer", Leaflet Junges Forum

Adresse Stellenbörse des Deutschen Ärztinnenbundes,
Selbsthilfegruppen für Ärztinnen mit Mamma-Ca.,
Adressen Wiedereinstiegskurse

Pressespiegel des DÄB (mehrere Jahrgänge)

Ausschreibungsunterlagen für den "Ingrid-zu-Solms-Preis", den Preis des Deutschen Ärztinnenbundes für junge Wissenschaftlerinnen. Nächste Preisverleihung: Herbst 1999

Tel.: 06 81 / 81 41 55
Fax (priv.): 06 81 / 81 41 56
Wiesbaden-Mainz
Dr. Brigitte Schuler
Lisztstr. 8 - 65193 Wiesbaden
Tel.: 06 11 / 52 43 20
Fax: 06 11 / 30 92 44

Junges Forum
Esther Gaertner
Am Richterbusch 22 - 44262 Dortmund
Tel.: 02 31 / 41 29 57
Fax: 02 31 / 43 42 23 09
E-Mail: esther.gaertner@cityweb.de

Ausrichtung wissenschaftlicher Kongresse mit ärztinnen- und patientInnen-spezifischer Thematik:

wissenschaftliche Tagungen des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

- Bad Pyrmont:
20. - 21. 09.1952
- Stuttgart: Ärztliche Aufgabe in der Arbeit an der Jugend
02. - 03. 05.1953
- Berlin: Frauenarbeit und Gesundheit
22. - 24. 04. 1955
- Bad Pyrmont: Ehefragen
05. - 07. 04.1957
- Wiesbaden: Das Jugendalter
05. - 07. 06.1959
- Bayreuth: Die Frau in der heutigen Welt
03. 09.1961
- Kampen/Sylt: Das Kind in der technischen Welt
24. - 27. 10.1963
- Berlin: Beeinflusst die heutige Lebensform die Gesundheit der Frau?
23. - 25. 09.1965
- Regensburg: Fragen und Wünsche für die Ausbildung von Ärzten und medizinischen Hilfskräften
24. - 26. 05.1967
- Goslar: Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten: Psychopharmaka -
Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten: weibliche Hormone
09. - 11. 10.1969
- Saarbrücken: Der Behinderte in der Familie
15. - 17. 10. 1971
- Bad Pyrmont: Kriminalität in moderner psychologischer und medizinischer Sicht
01. - 03. 06.1973
- Oberammergau: Vorsorge und Nachsorge in der Medizin
17. - 19. 10.1975
- Wiesbaden: Gefährdende Tendenzen in Kindergarten und Schule
24. - 26. 09.1977
- Malente: Gesundheitliche Aspekte im Frauensport
18. - 21. 10.1979
- Aachen: Psychosoziale Hintergründe des Schwangerschaftsabbruches
25. - 27. 09.1981
- Bad Harzburg: Differenzierung von Mann und Frau aus medizinischer und psychologischer Sicht
30.09. - 02.10.1983
- Freudenstadt: Patienten machen sich selbständig
19. - 22. 09.1985
- Rosenheim: Die Frau in der modernen Arbeitswelt
17. - 20. 09.1987
- Münster: Zwischen Reproduktionsmedizin und Schwangerschaftsabbruch
08. - 11. 06.1989
- Bamberg: Frauen zwischen Aggression und Depression / Ärztin 2000
06. - 08. 09.1991
- Marburg. Prävention ist weiblich
09. - 12. 09.1993

- Lübeck: Mamma-Carcinom
22. - 24. 09.1995
- Potsdam: Risikosituationen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
25. - 28. 09.1997
- Wuppertal: Frauen im Alter - Medizin für eine Mehrheit
19. 09. 1999
- Gießen: Schlagen Frauenherzen anders? Geschlechtsspezifische Aspekte von Herz-Kreislauf-erkrankungen bei Frauen

(Kongressberichte gegen Gebühr in Kopie in der Geschäftsstelle erhältlich)

Fragestellungen und Interessen:

Durchsetzung der tatsächlichen Chancengleichheit für Ärztinnen, speziell in
Wissenschaft,
Forschung und Berufspraxis

Name der Organisation

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)

Adresse:

Neckarhalde 55 - 72070 Tübingen

Tel.: 0 70 71 / 94 34 - 0

Fax: 0 70 71 / 94 34 35

E-Mail: dgvt@dgvt.de

Internet: www.dgvt.de

AnsprechpartnerInnen:

Geschäftsstellenleiterin:

Waltraud Deubert

ReferentInnen des Aus- und Weiterbildungsreferates: Günter Ruggaber, Martina Georg

Verlagsleiter:

Otmar Koschar

Ziele der Organisation:

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT) ist ein psychotherapeutischer und gesundheitspolitischer Fachverband. Satzungsziele sind die Verwirklichung einer psychosozialen Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert sowie die Förderung der Verhaltenstherapie in Forschung, Lehre und Praxis. Dies wird umgesetzt:

- in der ständigen Auseinandersetzung mit und in der Gesundheitspolitik
- in den Angeboten von Fort- und Weiterbildungen
- in Veranstaltungen wie Workshop- und Fachtagungen
- mit dem Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin (in zweijährigem Turnus).
- in der Unterstützung frauenspezifischer Forschung und Sensibilisierung für psychosoziale Problemlagen von Frauen.

In der Zeitschrift Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis (VPP) informiert die DGVT regelmäßig über die aktuellen politischen und wissenschaftlichen Diskussionen.

Der DGVT-Verlag hält ein umfangreiches Buchprogramm für die Personen, die im psychotherapeutischen und psychosozialen Bereich in Praxis, Forschung und Lehre tätig sind oder sich in Ausbildung befinden.

Arbeitsschwerpunkte:

- Aus- und Weiterbildung in Verhaltenstherapie
- Unterstützung frauenspezifischer Forschung und Sensibilisierung für psychosoziale Problemlagen von Frauen
- Aktive Mitarbeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik (Frauenspezifische Interessen, Psychotherapeutengesetz etc.)
- Auseinandersetzung mit ethischen Rahmenrichtlinien (hier besonders auch sexueller Missbrauch)
- Förderung antirassistischer und interkultureller Arbeit

Mitglieder der Organisation

Personen, die im psychotherapeutischen und psychosozialen Bereich in Praxis, Forschung und

Lehre tätig sind oder sich in Ausbildung befinden.

Anzahl der Mitglieder: derzeit ca. 5.000

Gründungsjahr: 1968

Rechtsform: Gemeinnütziger Verein

Finanzierung: durch Mitgliedsbeiträge, Teilnahmegebühren für Aus- und Weiterbildungskurse.

Regionale Einrichtungen:

Regionale Aus- und Weiterbildungsstrukturen im gesamten Bundesgebiet.

Informationen: Referat der Aus- und Weiterbildungskommission.

Herr Günter Ruggaber / Frau Martina Georg: Tel.: 070 71 / 94 34.

Verbandspolitische Regionalisierung und Landesgruppen:

Informationen: Frau Karin Hamann Tel.: 070 71 / 94 34 13

Fachgruppen:

Arbeitsgemeinschaften der DGVT:

Frauen in der psychosozialen Versorgung:

Ansprechpartnerinnen:

Waltraud Deubert / Ulrike Schrof / Suse Stengel

DGVT-Bundesgeschäftsstelle

Postfach 1343 - 72003 Tübingen

Tel.: 0 70 71 / 94 34 - 94.

Arbeitsgemeinschaft gegen Rassismus und Antisemitismus in der psychosozialen Versorgung

Ansprechpartnerinnen: s. o.

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

Ansprechpartnerin:

Karin Hamann

Tel.: 070 71 / 94 34 13

Ethikbeirat

Ansprechpartnerinnen: s. o.

Spezifisches Wissen:

Anschriften von Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten, die bei der DGVT eine Weiterbildung abgeschlossen haben. Diese werden Klientinnen, Patientinnen, Ärzten und Kolleginnen zur Verfügung gestellt

Ständig aktualisierte Informationen zum Psychotherapeutengesetz

Informationen zu sexuellem Missbrauch in der Psychotherapie

Veranstaltung von Frauen-Fachtagungen

Veröffentlichungen:

Zahlreiche frauenspezifische Veröffentlichungen im DGVT-Verlag (Gesamtverzeichnis auf

Anfrage), u.a.:

DGVT-Arbeitsgemeinschaft "Frauen in der psychosozialen Versorgung" (Hrsg.):

Sexuelle

Übergriffe in der Therapie. Kunstfehler oder Kavaliersdelikt? 2. Aufl. Tübingen 1992.

Gabriele Amann & Rudolf Wipplinger (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung,

Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen 1997. (auch auf europäischer Ebene interessant)

Sigrid Roterling-Steinberg: Selbstsicherheit - Ein lebenslanges Lernprojekt. Handlungsorientierte Frauenbildung. Tübingen 1997.

Irmgard Vogt & Monika Bormann (Hrsg.): Frauen-Körper. Lust und Last. 2. Aufl. Tübingen 1994.

Frauen gegen sexuelle Übergriffe und Machtmissbrauch in Therapie und Beratung (Hrsg.): Übergriffe und Machtmissbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern. Phänomene - Strukturen - Hintergründe. Tübingen 1995

Auszug aus einer Veröffentlichung:

Eine Information für PATIENT(INN)EN / KLIENT(INN)EN

Die Verantwortung für den seriösen und fachlich kompetenten Verlauf einer Beratung oder Psychotherapie liegt bei den Therapeuten und Therapeutinnen.

Diese sind auch dafür verantwortlich, wenn sich die Atmosphäre in der Beratung oder Therapie sexualisiert oder wenn es zu sexuellen Übergriffen kommt.

Dennoch sollten sich die Rat- und Hilfesuchenden von Zeit zu Zeit selbst prüfen bezüglich ihrer Gefühle gegenüber dem Therapeuten oder der Therapeutin und bezüglich deren Reaktionen.

Es ist besser, frühzeitig diesbezügliche Gefühle oder Handlungen anzusprechen und gegebenenfalls eine Beratung oder Therapie vorzeitig abubrechen, anstatt sie fortzusetzen, wenn Warnsignale für Grenzverletzungen und sexuelle Übergriffe wahrgenommen werden oder sich häufen.

Warnsignale

Sie denken ständig an die Person Ihres Therapeuten oder Ihrer Therapeutin und vergessen darüber, warum Sie in der Therapie sind und worüber Sie in der letzten Sitzung gesprochen haben.

Sie ziehen sich für Ihren Therapeuten oder Ihre Therapeutin besonders „attraktiv“ an.

Ihr Therapeut oder Ihre Therapeutin macht Ihnen Komplimente wegen Ihres Aussehens; Sie wissen dass Sie „ankommen“.

Sie werden besser behandelt als andere; Sie bekommen „Sondertermine“, längere Sitzungszeiten, mehr Zuwendung.

Körperliche Berührungen häufen sich; der Therapeut oder die Therapeutin nimmt Sie häufiger als früher in den Arm und streichelt Sie; Sie sind selbst bereit, ihn oder sie bei jeder Gelegenheit zu berühren.

Die Atmosphäre in den Sitzungen ist voller erotischer Spannung; Sie haben das Gefühl, dass Sie sich auf etwas einlassen was nicht richtig ist.

Der Therapeut oder die Therapeutin fragt Sie nach Ihren sexuellen Vorlieben. Diese Fragen haben nichts mit Lebensproblemen zu tun.

Der Therapeut oder die Therapeutin erzählt Ihnen ausführlich von eigenen Problemen und fragt Sie um Rat.

Sie merken, dass Sie sich immer mehr in Ihren Therapeuten oder Ihre Therapeutin verlieben; Sie möchten für Ihr ganzes Leben und immer mit ihm oder ihr zusammensein.

Sie übernehmen unbezahlte Arbeiten für Ihren Therapeuten oder Ihre Therapeutin Sie tippen ihm oder ihr Briefe, Sie räumen das Büro auf, machen Besorgungen usw. in der Hoffnung, dass Sie dann mehr Zeit mit ihm oder ihr zusammen sein können.

Der Therapeut oder die Therapeutin lädt Sie zum Essen, einer Party oder zu sich nach Hause ein.

Sie halten es kaum noch aus, in den Therapiesitzungen auf Ihrem Platz zu bleiben; Sie wollen sich am liebsten in die Arme Ihres Therapeuten oder Ihrer Therapeutin stürzen und ihm oder ihr sagen, wie sehr Sie ihn oder sie lieben.

Der Therapeut oder die Therapeutin will Sie küssen, Sie sexuell erregen oder befriedigen.

Eine Information für THERAPEUTINNEN / BERATERINNEN

Die Verantwortung für den seriösen und fachlich kompetenten Verlauf einer Beratung oder Psychotherapie liegt bei den Therapeuten und Therapeutinnen. Diese sind immer dafür verantwortlich, wenn sich die Atmosphäre in der Beratung oder Therapie sexualisiert oder wenn es zu sexuellen Übergriffen kommt.

Deshalb sollten sich die Therapeutinnen und Beraterinnen von Zeit zu Zeit selbst prüfen bezüglich ihrer Gefühle gegenüber dem Patienten/der Patientin oder der Klientin/dem Klienten.

Es ist wichtig, frühzeitig diesbezügliche Gefühle oder Handlungen wahrzunehmen und zu reflektieren und auch in der eigenen Supervision anzusprechen. Manchmal wird es notwendig sein, gegebenenfalls eine Beratung oder Therapie vorzeitig abzubrechen, anstatt sie fortzusetzen, wenn sich Warnsignale für Grenzverletzungen und sexuelle Übergriffe häufen.

Warnsignale

Ihre persönlichen Probleme beschäftigen Sie ständig, Sie fangen an, darüber in Ihren Therapiesitzungen zu sprechen.

Sie beschäftigen sich in Gedanken intensiv mit einer Klientin oder einem Klienten; Sie haben das Gefühl, sie oder er steht Ihnen besonders nahe. Mit ihr oder ihm besprechen Sie Ihre persönlichen Probleme besonders ausführlich.

Sie fühlen sich von einer Klientin oder einem Klienten sexuell angezogen und haben erotische Phantasien über sie oder ihn.

Sie flirten mit dieser Klientin oder dem Klienten vor oder während der Therapiesitzung; Sie reden über ihre oder seine Kleidung und machen ihr oder ihm Komplimente.

Sie legen die Sitzungen mit dieser Klientin oder diesem Klienten so, dass Sie mit ihr oder ihm zusammen Ihre Praxis bzw. Ihren Arbeitsplatz verlassen.

Sie verabreden sich mit dieser Klientin oder diesem Klienten zum Bier und laden sie oder ihn zum Essen oder zu sich nach Hause ein.

Sie fragen diese Klientin oder diesen Klienten ausführlich nach den sexuellen Praktiken und Vorlieben. Sie wirken auf sie oder ihn ein, die Sexualpraktiken zu ändern, obwohl diese wenig oder nichts mit Ihren therapeutischen Zielsetzungen zu tun haben.

Sie lassen sich genau berichten, wie die neuen Sexualpraktiken angewendet werden und wie die Klientin oder der Klient damit umgehen.

Sie diskutieren mit dieser Klientin oder diesem Klienten über Ihre eigenen sexuellen Bedürfnisse und Vorlieben. Sie geben ihr oder ihm zu erkennen, dass sie oder er diese besser erfüllen kann als Ihre Partnerin oder Ihr Partner.

Sie wissen, dass Sie in einer schwierigen Lebenssituation sind. Dennoch suchen Sie sich keine professionelle Hilfe, sondern vertrauen auf Ihre Selbstheilungskräfte und die Hilfe, die Sie von diesen besonderen Klientinnen und Klienten bekommen. Sie schaffen damit alle Voraussetzungen zum Missbrauch von Klientinnen oder Klienten.

Bitte wenden Sie sich für weitere Informationen an:

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt), Postfach 1343, 72003 Tübingen.

Tel.: 070 71 / 94 34 94

Literaturempfehlungen:

Irmgard Vogt I Eva Arnold: Sexuelle Übergriffe in der Therapie. Tübingen: DGVT-Verlag 1993

Diese Anzeige wird unterstützt von:

Berufsverband deutscher Psychologen (BDP)

Dachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten (DFS)

Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)

Deutsche Gesellschaft für integrative Bewegungstherapie (DGIB)

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Name der Organisation

Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (BfG)

Adresse:

Heilsbachstraße 30 - 53123 Bonn

Tel.: 02 28 / 987 27 12

Fax: 02 28 / 642 00 24; Fax PC: 02 28 / 987 27 23

E-Mail: bfge rg@bfge-2.de

Internet: www.bfge.de

AnsprechpartnerInnen

Beate Robertz-Grossmann

Dr. Uwe Prümel-Philippsen

Ziele der Organisation:

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. ist eine neutrale Koordinations- und Steuerungsinstanz. Sie ist der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) institutionell geförderte "Dachverband" der freien, nichtstaatlichen Initiativen im Bereich der "Prävention und Gesundheitsförderung" und bildet im Rahmen ihres Arbeitsprogramms und in enger Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine zentrale "Brückeninstanz" zwischen dem BMG und den nichtstaatlichen Initiativen.

Die Kooperation, als Inbegriff für die vielfältigen Formen der Zusammenarbeit, ist seit Anbeginn ein satzungsmäßig verankertes Ziel der BfGe.

Arbeitsschwerpunkte der Organisation

Die wichtigsten Aufgaben von Kooperationen mit der Perspektive der Vernetzung sind:

- die Durchführung von Analysen und Bestandsaufnahmen
- die Ermöglichung zielgruppenspezifischen Meinungs- und Erfahrungsaustausches
- die Entwicklung von Rahmenvorgaben und Empfehlungen
- die Abstimmung und Koordination von Planungsprozessen, Modellaktivitäten und Routinemaßnahmen
- die gemeinsame Durchführung von Veranstaltungen, Projekten und Aktionen

Mitglieder der Organisation:

Bundesorganisation

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Württemberg- Heilsbachstr. 30 - 53123 Bonn

Tel.: 02 28 / 987 27-0

Fax: 02 28 / 642 00 24

E-Mail: bfge.pp@bfge-1.de

Internet: www.bfge.de

Baden-Württemberg

**Landesgesundheitsamt Baden-
berg Abt. Prävention, Soz. med. und
Rehabilitation**

Hoppenlaustr. 7 - 70174 Stuttgart

Tel.: 07 11 / 18 49 - 326

Fax: 07 11 / 18 49 - 325

E-Mail: leykamm@lga.bwl.de

Internet: www.landesgesundheitsamt.de

Bayern

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.

Landwehrstr. 60-62 - 80336 München

Tel.: 089 / 54 40 73-0

Fax: 089 / 54 40 73-46

E-Mail: LZG.Bayern@t-online.de

Internet: www.lzg-bayern.de

Berlin

Gesundheit Berlin e. V.

Matenzeile 26 - 13053 Berlin

Tel.: 030 / 98 20 70 42

Fax: 030 / 98 20 76 61

E-Mail: geene@gesundheitberlin.de

Internet: www.gesundheitberlin.de

Hamburg
**Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)**
Fuhlsbütteler Str. 401 - 22309 Hamburg
Marburg/Lahn
Tel.: 040 / 632 22 20
Fax: 040 / 632 58 48
E-Mail: buero@hag-gesundheit.de
Internet: www.hag-gesundheit.de

Mecklenburg-Vorpommern
**Landesvereinigung für Gesundheits-
förderung e. V. Mecklenburg-Vorpommern**
Zum Bahnhof 20 - 19053 Schwerin
Tel.: 03 85 / 758 98 94
Fax: 03 85 / 758 98 95
E-Mail: lvg-mv@t-online.de

Nordrhein-Westfalen
**Landesinstitut für den öffentl.Gesundheitsdienst
Gesundheitsförderung
und öffentl. Gesundheitswesen (LÖGD)**
Westerfeldstr. 35/37 - 33611 Bielefeld
Tel.: 05 21 / 80 07-0
Fax: 05 21 / 80 07-200
E-Mail: manfred.dickersbach@loegd.nrw.de
Internet: www.loegd.nrw.de

Saarland
**LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheits-
förderung Saarland e. V.**
Talstr. 30 - 66119 Saarbrücken
Tel.: 06 81 / 584 70 93
Fax: 06 81 / 584 82 01
E-Mail: mail@lags.de
Internet: www.lags.de / www.gesamet.de

Sachsen-Anhalt
**Landesvereinigung für Gesundheit
Sachsen-Anhalt e.V.**
Bandwikerstr. 12 - 39114 Magdeburg
Tel.: 03 91 / 836 41 11
Fax: 03 91 / 836 41 10
E-Mail: LVG@regiocom.net
Internet: www.lvg.regiocom.net

Hessen
**Hessische Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitserziehung e. V. HAGE**
Heinrich-Heine-Str. 44-35039
Tel.: 064 21 / 60 07-0
Fax: 064 21 / 60 07-11
E-Mail: hage-mr@t-online.de
Internet: www.hage.de/favorit.thm

Niedersachsen
**Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e. V.**
Fenskeweg 2 - 30165 Hannover
Tel.: 05 11 / 350 00 52
Fax: 05 11 / 350 55 95
E-Mail: lv-gesundheit.nds@t-online.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

Rheinland-Pfalz
Landeszentrale für
in Rheinland-Pfalz e. V.
Karmeliterplatz 3 - 55116 Mainz
Tel.: 061 31 / 20 69-0
Fax: 061 31 / 20 69-69
E-Mail: info@lzg-rlp.de
Internet: www.lzg-rlp.de

Sachsen
**Sächsische Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung e. V.**
Lingnerplatz 1 - 01069 Dresden
Tel.: 03 51 / 48 46-349
Fax: 03 51 / 484 65 96
E-Mail: post@slfg.de
Internet: www.slfg.de

Schleswig-Holstein
**Landesvereinigung für Gesundheits-
förderung e.V. in Schleswig-Holstein**
Flämische Str. 6-10 - 24103 Kiel
Tel.: 04 31 / 942 94 und 938 59
Fax: 04 31 / 9 48 71
E-Mail: lv.gesundheit@t-online.de

Thüringen
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
und -erziehung Thüringen e.V. – AGETHUR
Carl-August-Allee 1 - 99423 Weimar
Tel.: 036 43 / 592 23 6 und 51 56 11
Fax: 036 43 / 50 18 99

weitere nahestehende Organisationen:
Bundesebene
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BzGA)
Ostmerheimer Str. 200 - 51109 Köln
Tel.: 02 21 / 89 92-0
Fax: 02 21 / 89 92-2 57
E-Mail: order@bzga.de
Internet: www.bzga.de

Anzahl der Mitgliedsorganisationen: 117 Mitgliedsorganisationen zuzüglich 54 Einzelmitglieder

Gründungsjahr: 1954

Rechtsform: gemeinnütziger e.V.

Finanzierung: Mischfinanzierung

Regionale Einrichtungen/Arbeitskreise der Organisation
Landesvereinigungen für Gesundheit (Adressen siehe Mitgliedsorganisationen)
Fachgruppen
siehe Landesvereinigungen bzw. Mitgliedsorganisationen

Spezifisches Wissen: siehe Landesvereinigungen bzw. Mitgliedsorganisationen

Veröffentlichungen: Materialien, Tagungsberichte, Flyer

5.1.4 Netzwerke, Vereine, Stiftungen im Bereich der Gesundheitsförderung

Name der Organisation:

Internationales Zentrum für FrauenGesundheit IZFG gGmbH

Adresse:

Alte Vlothoer Str. 47-49 - 32105 Bad Salzuflen

Tel.: 00 49 / 52 22 / 63 62 96

Fax: 00 49 / 52 22 / 63 62 97

E-Mail: izfgmail@t-online.de

Ansprechpartnerinnen:

Regina Stolzenberg,

Dr. Christine Niehues

Ziele der Organisation:

Die körperliche und psychosoziale Gesundheit von Frauen verbessern durch Entwicklung und

Implementierung neuer Angebote, durch Strukturverbesserungen im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft

Arbeitsfelder:

Projekt- und Konzeptentwicklung, Kompetenzbündelung, Impulsgebung, Beratung, Vernetzung und Koordinierung, Wissenstransfer, Durchführung von Veranstaltungen, Evaluation, modellhafte regionale Entwicklung

Arbeitsschwerpunkte/Projekte:

- Gynäkologische Second Opinion Sprechstunde
- Koordinationsstelle Frau und Gesundheit NRW
- Regionale Informations- und Kontaktstelle Frau und Gesundheit, InfoTel.: und Veranstaltungsprogramm
- Organisation von Tagungen
- Entwicklung und Durchführung von frauengerechten Kur- und Rehabilitationsmodellen

Zahl der Mitarbeiterinnen: Sieben

Rechtsform: Gemeinnützige GmbH

Finanzierung:

Absicherung durch Gesellschaftereinlage für 3 Jahre, weitere Finanzierung: Projektfördermittel durch die Landesregierung, ABM Stellen, Eigeneinnahmen

Regionale Einrichtungen: Kooperation mit Verbänden und Organisationen in der Region

Spezifisches Wissen:

Gynäkologisch - psychosoziale Kompetenz durch Mitarbeit zweier Gynäkologinnen und Anbindung an Klinik für Gynäkologische Rehabilitation, neue Konzepte der Prävention (Frauenbewegungskur), frauenspezifische Gesundheitsförderung und Beratung, Gesundheitswissenschaften, Qualitätsmanagement, Frauengesundheitsbewegung in Theorie und Praxis

Veröffentlichungen:

Dokumentation der Auftaktveranstaltung "Frauen brauchen eine andere Medizin" v. 27. 4. 98

Dokumentation einer Veranstaltungsreihe September 98 bis Februar 99: "Frauengesundheit. Aspekte kommunaler und regionaler Gesundheitsförderung für Frauen" (2 Bd.)

Interessen:

Durchführung von Bedarfsanalysen zum Thema Frauengesundheit und gesundheitliche Versorgung und Entwicklung entsprechender Angebote

Breite interdisziplinäre Kooperationsbündnisse mit Organisationen und Institutionen

Institutionalisierung frauenspezifischer Gesundheitsangebote auf kommunaler, regionaler und überregionaler Ebene

Name der Organisation:

Dachverband der Frauengesundheitszentren in Deutschland e.V. (F/FGZ)

Adresse:

Dachverband der Frauengesundheitszentren in Deutschland e.V.

Goetheallee 9 - 37073 Göttingen

Tel.: 05 51 / 48 70 25

Fax: 05 51 / 521 78 36

E-Mail: DV-Frauengesundheitszentren@gmx.de

Internet: www.fen-net.de/fgz/ingang.htm

Ansprechpartnerinnen:

Rita Götze: Dachverband der Frauengesundheitszentren, Adresse s.o.

Angelika Zollmann: FFGZ Frankfurt

Kasseler Str. 1 a - 60486 Frankfurt,

Tel.: 069 / 70 12 18

Fax: 069 / 77 71 09

Ziele der Organisation:

Der Dachverband setzt sich für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung ein. In diesem Sinne unterstützt er Initiativen der emanzipatorischen Frauengesundheitsbildung und der psycho-sozialen Betreuung und Stärkung von Patientinnen. In der Öffentlichkeit und in Fachkreisen fordert der DV strukturelle Verbesserungen innerhalb des Gesundheitswesens ein: z.B. - Ent-Pathologisierung weiblicher Lebensphasen wie Schwangerschaft und Geburt, Wechseljahre und Pubertät, - Kostenübernahme von alternativ-medizinischer/ naturheilkundlicher Diagnose- und Behandlungsformen, - Präventionsforschung (bei Brustkrebs, Endometriose, ungewollter Kinderlosigkeit), - qualitätsgesicherte Brustkrebs-Früherkennung und - Einrichtung und Absicherung vorhandener, unabhängiger Frauengesundheits-Beratungsmöglichkeiten, die die Entscheidungs- und Handlungs-kompetenzen von Patientinnen / Frauen und Mädchen stärken.

Arbeitsschwerpunkte:

Der Dachverband vertritt die Belange von Frauengesundheitszentren auf Bundesebene. Zu aktuellen Themen im Bereich der Frauen- / Mädchengesundheit gibt der DV im Namen der F/FGZ Pressemitteilungen und andere Textmaterialien heraus. Er koordiniert und vermittelt bundesweit Informationen über Angebote der F/FGZ gegenüber der Fachöffentlichkeit, Bildungsträgern, Medien und interessierten Frauen.

Ein- bis zweimal jährlich organisiert der DV Fortbildungen zu frauengesundheitlichen Themen, bzw. zu Fragen der Projektorganisation. Vierteljährlich erscheint ein Mitfrauen-Rundbrief.

Zum Thema Brustgesundheit / Brustkrebs ist eine telefonische Beratungssprechzeit eingerichtet.

Mitglieder der Organisation:

Dem Dachverband gehören zur Zeit 17 Frauengesundheitszentren sowie eine Gründungsinitiative für ein Frauengesundheitszentrum an:

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum **Berlin**

Bamberger Str. 51 - 10777 Berlin

Tel.: 030 / 213 95 97

Fax: 030 / 214 19 27

E-Mail: ffgzberlin@snaflu.de

Internet: www.ffgz.de

Di/Do 10-13 Uhr, Do 17-19 Uhr

Frauengesundheitszentrum **Bremen**

Mädchengesundheitszentrum

Elsfletherstr. 29 - 28219 Bremen

Tel.: 04 21 / 380 97 47

Cottbus

Fax: 04 21 / 38 26 71

E-Mail: fgzbremen@AOL.com

Mo Di Mi 10-13 Uhr, Do 16-19 Uhr

Frauen- und Mädchengesundheitszentrum

Frauengesundheitszentrum

Medea - **Dresden**

Prießnitzstr. 55 - 01099 Dresden

Tel.: 03 51 / 849 56 79

Fax: 03 51 / 804 05 06

Mo 17-19 Uhr, Di Do 10-14 Uhr

Fem.Frauengesundheitszentr.FFM

Frauen & Mädchen-GesundheitsZentrum

Freiburg

Uhr

Erbprinzenstr. 14 - 79098 Freiburg i.Br

Tel.: 07 61 / 202 15 90

Fax: 07 61 / 202 15 91

Mi 9.30-12 Uhr, 16-17 Uhr, Do 15-18 Uhr

FrauenGesundheitsZentrum **Hamburg**

Elmenhorststr. 4 - 20767 Hamburg

Tel.: 040 / 439 53 89

Fax: 040 / 38 61 12 53

E-Mail: fgz-Hamburg@t-online.de

Di 16 - 18 Uhr, Mi 13-15 Uhr

Frauengesundheitszentrum

Frauengesundheitszentrum **Heidelberg**

Alte Eppelheimerstr. 38 - 69115 Heidelberg

Tel.: 062 21 / 213 17

Fax: 062 21 / 16 07 06

projekte.de

Frauengesundheitszentrum **Bochum**

(in Gründung)

Alte Bahnhofstr. 40 - 44892 Bochum

E-Mail: fgz.ruhrgebiet@gmx.de

Internet: www.bo-alternativ/fgz.htm.

Frauen-

und

Women life - **Cottbus**

Max-Grünebaum-Str. 9 - 03042

Tel.: 03 55 / 729 30 05

Fax: 03 55 / 729 30 05

Mo Di Mi Do 8-16 Uhr, Fr 8-12 Uhr

Feministisches

Frankfurt

Kasseler Str. 1a - 60486 Frankfurt

Tel.: 069 / 70 12 18

Fax: 069 / 77 71 09

E-Mail:

@t-online.de

Internet: www.netpool.org/socart/ffgz

Mo Di Mi Do Fr 9-12 Uhr, Di 17-19

Frauengesundheitszentrum **Göttingen**

Goetheallee 9 - 37073 Göttingen

Tel.: 05 51 / 48 45 30

Fax: 05 51 / 48 70 60

E-Mail: FGZ@FGZ-Goettingen.de

Internet: www.FGZ-Goettingen.de

Mo Di 11 - 13 Uhr, Mi Do 17-19 Uhr

Mädchensprechstunde: Mo 13-15 Uhr

Feministisches

Hagazussa - **Köln**

Roonstr. 92 - 50674 Köln

Tel.: 02 21 / 23 40 47

Fax: 02 21 / 240 36 53

E-Mail: hagazussa@koeln-

Di, Mi 10 - 12 Uhr, Do 16 - 18 Uhr
projekte.de/hagazussa

Internet: www.koeln-

Di 10-12 Uhr, Do 16 -19 Uhr

Feministisches Kommunikationszentrum
ARANAT - Lübeck
München
Steinrader Weg 1 - 23558 Lübeck
Tel.: 04 51 / 408 28 50
Fax: 04 51 / 408 28 70
E-Mail: aranat@w4w.de
Mo Di Mi Do 11-13 Uhr, Do 17-19 Uhr
netz.de/HIVpositiv

Uhr
Frauengesundheitszentrum **Nürnberg**
Fürtherstr. 154 - 90429 Nürnberg
Regensburg
Tel.: 09 11 / 32 82 62
Regensburg
Fax: 09 11 / 32 82 62
E-Mail: fgz@fen-net.de
Internet: www.fen-net.de/fgz
Mo Di Mi Do 17-19 Uhr

Feministisches Frauengesundheitszentrum
Stuttgart
Kernerstr. 31 - 70182 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 29 63 56
E-Mail: info@ffgzstuttgart.de
FrauengesundheitszentrumSirona
Internet: www.ffgzstuttgart.de
Di 10-13 Uhr, Mi 17-19.30 Uhr

Frauengesundheitszentrum **München**
Nymphenburgerstr. 38 - 80335
Tel.: 089 / 129 11 95
Fax: 089 / 129 84 18
E-Mail: frauengesundheitszentrum
@t-online.de
Internet: www.frauen-
Mo 14-17 Uhr, Di, Mi, Fr 9.30-12.30

Frauengesundheitszentrum
Untere Bachgasse 12/14 -93047
Tel.: 09 41 / 816 44
Fax: 09 41 / 89 34 73
Di Mi Fr 10-13 Uhr, Di 17-20 Uhr

Frauengesundheitszentrum Sirona
Wiesbaden
Dotzheimer Str. 9 - 65185 Wiesbaden
Tel.: 06 11 / 30 16 94
Fax: 06 11 / 157 67 65
E-Mail:
@t-online.de
Mo Mi Fr 10-12 Uhr, Di Do 15-18 Uhr

Mitglieder der Organisation:

In den Mitgliedszentren des Dachverbandes sind folgende Berufe vertreten:
Heilpraktikerinnen, Arzthelferinnen, Hebammen, Ärztinnen, Sozialpädagoginnen,
Sozialwissenschaftlerinnen, Heilpädagoginnen, Diplompädagoginnen,
Krankenschwestern und -gymnastinnen, Psychologinnen, Therapeutinnen mit folgenden
Schwerpunkten: Psychotherapie, NLP, Gestalt-, Musik- und Körpertherapie,
biodynamische Therapie sowie Steuerfachfrauen und Frauen mit Public Relations-
Ausbildungen. Zusatzausbildungen: Luna Yoga, Selbstheilungsmethode WILDWUCHS
u.a.

Anzahl der Mitglieder: In den 17 F/ FGZ arbeiten zwischen 20 und 4 Mitarbeiterinnen.

Gründungsjahr: Der Dachverband wurde im Jahr 1988 gegründet.

Rechtsform: Der Dachverband ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein.

Finanzierung:

Der Dachverband finanziert sich aus Mitgliedsbeiträgen und Projektgeldern (Stiftungen, Ministerien).

Regionale Einrichtungen:

Es gibt innerhalb der F/FGZ inhaltliche Arbeitsgruppen. Alle F/FGZ arbeiten in regionalen Frauen- und Gesundheitsnetzwerken.

Fachgruppen:

werden entsprechend den aktuellen Erfordernissen zu ausgewählten Themen gebildet. Die Fachgruppen arbeiten überregional zusammen. Zur Zeit gibt es feste Fachgruppen zu den Themen: Gynäkologische Erkrankungen, Brustgesundheit/Brustkrebs, Wechseljahre und Verhütung. Arbeitsschwerpunkte sind: inhaltlicher Erfahrungsaustausch über Beratungsarbeit, gegenseitige Fortbildung, Erarbeitung von Broschüren und Öffentlichkeitsarbeit.

Spezifisches Wissen:

1. Gynäkologische Diagnose und Behandlungsmethoden

In den Beratungen zu gynäkologischen Themen werden Informationen über schulmedizinische Diagnose- und Behandlungsmethoden vermittelt. Diese Informationen stammen aus der Zusammenarbeit mit Gynäkologinnen und Krankenhäusern, medizinischer Fachliteratur, Gesprächen mit Patientinnen über ihre Erfahrungen mit Diagnose und Behandlung und entsprechenden Ausbildungen der Mitarbeiterinnen.

2. Naturheilkundliche alternative und ergänzende Heil- und Behandlungsmethoden

Sie beziehen sich auf die allgemeine Gesundheitsförderung (Prävention) und auf gesundheitliche Probleme im gynäkologischen Bereich, bzw. auf frauenspezifische Erkrankungen, z.B. die im Zusammenhang mit Erfahrungen sexueller Gewalt und / oder psychischen Störungen wie Essstörungen stehen.

Alternative Heil- und Behandlungsmethoden sind z.B.: Homöopathie, chinesische Medizin, anthroposophische Medizin, Naturheilkunde (z.B. Kneippen), Ernährungsumstellung, Phytologie, Psychotherapie.

Zum Teil sind die Mitarbeiterinnen in diesen Behandlungsmethoden ausgebildet. Sie verfügen über Erfahrungswerte über die Wirkungsweisen dieser Methoden. Die Methoden wirken ganzkörperlich, das entspricht dem ganzheitlichen Beratungskonzept. Psychische, soziale, ökonomische, ökologische, biographische und kulturelle Erklärungsansätze für die Entstehung einer Erkrankung werden mit einbezogen. Unter Umständen werden auch Lösungen in den Punkten angestrebt, die für die ratsuchenden Frauen relevant sind.

Beispiel für alternative Behandlungsmethoden bei einer Dysplasie (z.B. Pap 3D) am Gebärmutterhals: In diesem Fall sind die Vorgehensweisen der Schulmedizin die Verlaufskontrolle in 3-monatigen Abständen. Insbesondere bei HPV-Infektion wird je nach persönlicher Einschätzung des Gynäkologen, der Gynäkologin früher oder später eine Konisation vorgeschlagen. Alternativ dazu kann frau während einer Verlaufskontrolle oder anstatt einer Konisation ganzheitliche Methoden anwenden, die u.U. dazu führen können, dass die Dysplasie sich zurückbildet. Entsprechende Vorschläge: Luna Yoga, Kneippbäder, lokale Massagen mit Honig am Muttermund, traditionelle Behandlungen wie Homöopathie, Akupunktur etc. Außerdem kann es hilfreich sein, abzuklären, inwieweit emotionaler Stress, z.B. in Beziehungen, in der Sexualität, aufgrund von Grenzüberschreitungen, durch familiäre Überbelastung usw. vorliegt. Auseinandersetzung mit sich selbst, die zu einer psychischen Entspannung führt, kann ebenfalls eine mögliche Behandlungsmethode sein.

3. Vermittlung von Selbsthilfetechniken

Selbsthilfemethoden können Frauen erlernen und dann selbständig nach Bedarf anwenden (z.B. vaginale Selbstuntersuchung, Brustmassage, Brustselbstuntersuchung, naturheilkundliche und Kräuteranwendungen). Sie eröffnen einen Zugang zum eigenen Körper und fördern die Intuition in die eigene Selbstheilungskraft.

4. Psychotherapeutische Gespräche, Begleitung, Behandlungen
 In einigen F/FGZ gibt es Mitarbeiterinnen, die in folgenden Psychotherapierichtungen ausgebildet sind:
 Psychoanalyse, Gestalt-, Musik-, Hypno-, Verhaltens- Gesprächs- und Biodynamischer Körpertherapie. In manchen Zentren werden Beratung und Behandlungen bei frauenspezifischen psychischen Problemen angeboten, d.h. bei psychosomatischen Störungen, gynäkologischen Erkrankungen, Erfahrungen mit sexueller Grenzüberschreitung. Diese werden zur Alltagssituation und den Sozialisationsbedingungen der Frau in einen gesellschaftlichen Kontext gesetzt. Grundsätze aller Methoden: Parteilichkeit für Mädchen und Frauen und Ganzheitlichkeit des Erklärungsansatzes. Die Methoden arbeiten aufdeckend, kreativ und körperorientiert. Die Selbstheilungskräfte werden angeregt und in ihrer Entfaltung unterstützt. Ziel der Behandlung ist die Stärkung von Identität und Eigenmacht.
5. Stellungnahmen zu frauenspezifischen Fragestellungen im nationalen Gesundheitssystem, z. B.:
- a) Brustkrebs:
 Kritische Einschätzung von Mammographien zur Früherkennung bei Frauen unter 50 Jahren ohne Befund:
- Qualitätssicherung bei Mammographie: Der Qualitätsstandard von Mammographiegeräten sowie die Ausbildung und Erfahrung von Ärzten und Pflegepersonal sind bis auf wenige Ausnahmen in der BRD unzureichend. Es treten relativ häufig falsch-positive und falsch-negative Befunde auf, die gesundheitliche Folgeschäden, unnötige Operationen und psychische Belastung der Patientinnen nach sich ziehen. Die Heilungschancen konnten statistisch durch verstärktes Mammographieren nicht verbessert werden.
 - Früherkennung: Das Gebot der Früherkennung an gesunde Frauen erzeugt vielfach emotionale Reaktionen wie Angst, Abwehr, Unsicherheit. Die Verantwortung für eine Krebserkrankung wird auf die Frau verlagert. Früherkennung kann auch dazu führen, dass die "Lebenszeit vor der Diagnose" verkürzt, die "Lebenszeit nach der Diagnose" verlängert wird.
- Der Dachverband fordert größere Investitionen in Ursachenforschung und in die psycho-soziale Beratung und Betreuung von gesunden und brustkrebskranken Frauen. Er setzt sich für die gleichwertige Behandlung und Kostenerstattung schulmedizinischer und ganzheitlicher Therapien ein.
- b) Patientinnenrecht:
 Bei der Entscheidungsfindung im Behandlungsfall werden Patientinnen zuwenig einbezogen. Frauengesundheitszentren leisten unabhängige Patientinnenberatung. Der Dachverband setzt sich für die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen in ihrer Rolle als Patientinnen ein.
- c) Hormonbehandlung in den Wechseljahren:
 Die Tendenz in der gynäkologischen Praxis, Frauen in den Wechseljahren ohne Beschwerden, mit mittleren Beschwerden oder zur Vorbeugung von Osteoporose oder Herzinfarkt eine Hormonbehandlung anzubieten, kommt der Pathologisierung und Medikalisierung einer weiblichen Lebensphase gleich. GynäkologInnen überschreiten hier ihren Zuständigkeitsbereich, da Wechseljahre keine Krankheit sind.
 Frauengesundheitszentren setzen sich dafür ein, Mädchen und Frauen während ihrer Reifungskrisen in ihrem Selbstverständnis zu stärken, Selbstbehauptung

und die Klärung gesellschaftlicher Abwertung des Frauenkörpers den psychosomatischen Tendenzen entgegenzusetzen. Frauengesundheitszentren sprechen sich gegen Überbehandlung und Risikobehandlung von Frauen in den Wechseljahren aus.

Strategien kommunaler Frauengesundheitsförderung

Frauengesundheitszentren sind Einrichtungen der Frauengesundheitsförderung. Sie vermitteln Adressen kommunaler Angebote im medizinischen, psychosozialen und Frauenbildungsbereich und bieten selbst psycho-soziale Begleitung, Betreuung und Beratung für Frauen und Mädchen zu Fragen der Verhütung, der gesunden Lebensführung (Prävention), Sexualität und gynäkologischen Erkrankungen an. Sie erfüllen damit eine Aufgabe, die in der Versorgung durch das öffentliche Gesundheitswesen nicht übernommen wird. Alle F/FGZ sind an regionalen Frauen- und Gesundheitsnetzwerken beteiligt. Hier treten sie sowohl mit ihrem ganzheitlichen und frauengerechten Beratungskonzept wie auch mit Kritik und Verbesserungsvorschlägen in die öffentliche Diskussion ein.

Broschüren zur gesundheitlichen Selbsthilfe

Wechseljahre. Aufbruch in eine neue Lebensphase. 10 DM

Ernährung, Bewegung, Hormonbehandlung, Naturheilkunde, Osteoporose. Vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage 1999.

Zu beziehen über: FFGZ Berlin

Endometriose. Verstehen und Verändern. 10 DM

Was ist Endometriose?, Untersuchungs- und Diagnosemethoden der Schulmedizin, Umgang mit Schmerzen, Alternative Behandlungswege. 1997.

Zu beziehen über: FFGZ Berlin

"Wenn's juckt und brennt..." Selbsthilfebroschüre für Frauen mit Vaginalinfektionen. 10 DM

Der physiologische Idealzustand, die verschiedenartigen Vaginalinfektionen und deren Behandlungsweisen, Mykosen, vaginale Selbstuntersuchung, psychosomatische Aspekte, Erfahrungsberichte.

Zu beziehen über: FGZ Göttingen

Brustkrebs - Informationen, Naturheilkunde, Homöopathie, Selbsthilfetipps. 13 DM

1. Auflage 9/2000.

Zu beziehen über: FFGZ Stuttgart

Zellveränderungen am Gebärmutterhals. Eine Broschüre zum PAP-Abstrich aus ganzheitlicher Sicht. 7 DM.

Was bedeuten die PAP-Werte I - V?, Veränderungen an der Zervix, schulmedizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Vorbeugung und unterstützende Behandlung, Psychosomatik, Erfahrungsberichte. 2. erweiterte Auflage 1995, erscheint im 2. Halbjahr 2001 neu.

Zu beziehen über: FGZ Bremen

Neu ab 1/2001

Gynäkologische Operationen. Gebärmutterentfernungen - Organerhaltende Operationsmethoden - Möglichkeiten der Selbsthilfe.

Zu beziehen über: FGZ Heidelberg

Erfahrungen mit Hysterektomie. Gründe für die Entfernung der Gebärmutter und Umgang mit den Folgen. 5 DM.

Bedeutung der Gebärmutter, Einstellung der Frauenärzte, Anlass der Hysterektomie, Folgen der Hysterektomie. 2. Auflage 1989.

Zu beziehen über: FGZ Heidelberg

Verhüten mit dem Diaphragma. 4 DM

Geschichte des Diaphragmas, Zuverlässigkeit, Anpassung, Selbstuntersuchung, Diaphragma-Gel.

Zu beziehen über: FFGZ Berlin

Rund um´s Diaphragma. Eine sichere Alternative. 6 DM

Allgemeines, Anwendung, Dia-Gel (Rezept), Diaphragma und Sexualität. 3. überarbeitete Auflage 1990;

Zu beziehen über: FGZ Nürnberg

Rund um Schwangerschaft und Geburt. 8 DM

Stillen, Hausgeburten, Klinikgeburt, vorgeburtliche Diagnostik, Kegelübungen, Impfungen. 1. Auflage 1995.

Zu beziehen über: FGZ Nürnberg

Lesben und Kinderwunsch kostenlos

Zu beziehen über: FFGZ Köln

Unerfüllter Kinderwunsch. Informationen, Naturheilkunde, Selbsthilfe. 10 DM

Naturheilkundliche Behandlungsmöglichkeiten, 1. Auflage Herbst 1998

Zu beziehen über: FFGZ Stuttgart

Die Abtreibungspille RU 486. Zur Entmystifizierung eines vermeintlichen Wundermittels. kostenlos

Wie wirkt die RU 486?, Welche Erwartungen haben Frauen an die Abtreibungspille, RU 486 - Im Interesse der Frauen? 1. Auflage 1994;

Zu beziehen über: FFGZ Frankfurt

Zähne. 8 DM

Mundhygiene, Amalgam-Sanierung, Entgiftung.

Zu beziehen über: FMGZ Freiburg

Wissenswertes zum Thema: Gesunde Ernährung. 5 DM

Zu beziehen über: FMGZ Freiburg

Der rote Faden durch das Labyrinth. 6 DM

Bedeutung des Labyrinths, Labyrinth - Symbol für Prozesse, praktische Erfahrungen mit dem Labyrinth 1. Auflage 1995.

Zu beziehen über: FGZ Nürnberg

Dokumentationen:

Frauengesundheit in Bewegung 1974 - 1999. Dokumentation zum 25. Jubiläum des FFGZ Berlin. kostenlos.

Zu beziehen über: FFGZ Berlin

Dokumentation zum 20-jährigen Bestehen des FFGZ Frankfurt /M.: 1978 - 1998. 10 DM

Zu beziehen über: FFGZ Frankfurt

10 Jahre - Eine Dokumentation über 10 Jahre feministische Gesundheitsarbeit in München 1986 - 1996.

5 DM. FGZ macht Geschichte, Hintergrund der Arbeit, Themenschwerpunkte.

Zu beziehen über: FGZ München

Frauen und Gesundheit: Zeitschrift Frauen in der einen Welt. 15 DM
1/2000.

Zu beziehen über FGZ Nürnberg

Plakat: Weiblicher Monatszyklus. 10 DM

Zu beziehen über: FGZ Göttingen

Ausstellung: "Künstliche Hormone von der Wiege bis zur Bahre"

Auf 16 Stellwandflächen stellt die Ausstellung die breite Vergabe künstlich hergestellter Sexualhormone an gesunde Frauen und Mädchen von 9 - 90 Jahren zur Diskussion. Hormone werden zur Verhütung, zur Regulation in den Übergangsphasen Pubertät und Wechseljahren, bei Beschwerden und zur Vorbeugung von Krankheiten verabreicht. Die Ausstellung stellt die Wirkungsweise sowohl körpereigener wie zugeführter Hormone vergleichend dar und schlägt jeweils Alternativen zum Hormoneinsatz vor. Der Gefährdung der Gesundheit bei Hormoneinnahme steht das Gewinninteresse der pharmazeutischen Industrie entgegen. Im Interessengeflecht des Gesundheitssystems zeigt die Ausstellung Einflussmöglichkeiten von Patientinnen auf.

Die Ausstellung wird von einer FGZ-Mitarbeiterin aufgebaut und nach Wunsch mit einem Vortrag eröffnet. Kosten: 1.000 DM zuzügl. Fahrtkosten für die Referentin und Frachtkosten.

Auszuleihen beim FGZ Göttingen.

Pressemitteilungen

Die Pressemitteilungen können beim Dachverband angefordert werden.

Artikel zu Frauengesundheit und Frauengesundheitspolitik in verschiedenen Zeitschriften und Buchreihen.

Hier Auszug aus dem Artikel:

20 Jahre Frauengesundheitszentren - 20 Jahre feministische Beratungsarbeit. Rita Götze; in: Von der "Krankheit" Frau zur Frauengesundheit. Dokumentation der 4. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF); vom 8. - 9.11.1997 in Bad Pyrmont. Bünde 1998

1. Das Selbsthilfekonzent der FGZ ist ein Ergebnis aus der feministischen Analyse der gesellschaftlichen Stellung der Frau zu Beginn der Frauenbewegung im allgemeinen und der Rolle der Frau in der Gynäkologie im besonderen. Letzteres muss hier in

- Punkten angedeutet werden, um die Ziele der feministischen Beratungsarbeit nachvollziehen zu können.
2. Ein Blick auf die Geschichte der Frauenheilkunde macht deutlich, dass die Gynäkologie noch immer männlich dominiert ist. Darüber hinaus ist sie stärker als andere Medizinbereiche durch FachärztInnen monopolisiert. Nach dem Heilpraktikergesetz von 1939 ist es nicht-ärztlichen Heilberufen nicht erlaubt, in der Gynäkologie und Geburtshilfe tätig zu sein. Für Mädchen und Frauen gibt es nur wenig Orte, wo sie intensive Beratung, Gespräche, Information oder Begleitung zu den eigenen frauenbezogenen Themen der Frauenheilkunde, Sexualität und Verhütung finden können.
 3. Seit dem Altertum wird der Frauenkörper als tendenziell krank betrachtet. Das hat sich in der modernen Gynäkologie nicht geändert, auch heutzutage werden die Lebensphasen von Frauen wie Pubertät, Menarche, Schwangerschaft, Geburt, Kinderlosigkeit und Wechseljahre tendenziell als Krankheit definiert und behandelt.
 4. Im Gegensatz zu Männern befinden sich die meisten Mädchen und Frauen ab der Pubertät bis ins hohe Alter in medizinischer, besonders in gynäkologischer Behandlung. Dies verursacht im Gesundheitssystem auch hohe Kosten.
 5. In der Frauenheilkunde vermischt sich die Behandlung von körperlichen Symptomen mit vielen Aspekten, die die Identität der Patientin als Frau betreffen. Das FrauenärztIn - Patientin - Verhältnis ist häufig ein ganz besonderes Vertrauensverhältnis. Erst recht vor dem Hintergrund der andauernden Patientinnenschaft sind besonders dem Frauenarzt Einflussmöglichkeiten auf Einstellungen der Patientin zu Sexualität, Körperwahrnehmung und Krankheitsverständnis gegeben. Teilweise wird ihm in Ermangelung anderer Gesprächsmöglichkeiten von der Patientin diese Autorität auch zugewiesen. Zu bemängeln ist, dass die allgemeine Lebensrealität von Mädchen und Frauen (z.B. potentielle oder erlebte sexuelle Grenzverletzung, Vielfachbelastung, sexuelle Orientierung, kultureller Hintergrund, Intuition und subjektive Wahrnehmung) in diesem Verhältnis kaum berücksichtigt wird. Krankmachende Lebensbedingungen werden nicht benannt, es wird nicht daran gearbeitet, dass sie geändert werden können. Statt dessen werden psychosomatische Störungen, die sich aus ihnen ergeben, medikalisiert und therapiert.
 6. Die Gynäkologie arbeitet mit einer Definition von Krankheit, die von der Messbarkeit eines Symptoms ausgeht. Beschwerden werden auf eindeutige Ursachen zurückgeführt und gemessen (z.B. Blutuntersuchungen, Röntgenaufnahme). Der symptomorientierte Blick führt dazu, dass Krankheiten auf rein körperlicher Ebene betrachtet werden. Das eigene Erleben der Frau kann somit als nicht real oder als Einbildung abgetan werden. Gerade das eigene Wissen und die Wahrnehmung von Befindlichkeiten sind häufig Wegweiser für Diagnose und Heilung. Sie sind das Potential für die Entwicklung von Selbstheilungskräften. Da sich die wissenschaftliche Medizin fast gänzlich auf Daten bezieht, verlieren Frauen die Fähigkeit, ihre eigene Expertin zu sein. Die Verantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden wird an sogenannte SpezialistInnen abgegeben. So kommt es zu gravierenden unzureichenden, falschen oder schädlichen Behandlungen oder Überbehandlungen. Im Falle von gynäkologischen Operationen kann der Verlust an Selbstverantwortung zur Folge haben, dass Entscheidungen von der Patientin nicht wirklich mitgetragen werden. Beim Verlust einer Brust oder der Gebärmutter kann dies im nachhinein heftige Identitätskrisen auslösen. Medizinisch geringfügig begründete Medikamentenverschreibungen oder Operationen können kaum verhindert werden.
 7. Aufgrund der o.g. Enteignung von der Selbstverantwortung für den eigenen Körper, aufgrund von mangelnder Aufklärung über Medikalisierung, Diagnoseverfahren und

Operationen, aufgrund eines hierarchischen ÄrztIn-PatientInnen-Verhältnisses sind selbstbestimmte Entscheidungen und Handlungen nur eingeschränkt möglich. Diese Umstände geben der fortschreitenden Normierung und Technologisierung des Frauenkörpers die Bahn frei. Frauen stehen vor immer größeren und schwierigeren Entscheidungen (z.B. Reprötechnik, pränatale Diagnostik, Abtreibung behinderter Föten).

8. In der fruchtbaren Lebensphase fehlen heterosexuellen Mädchen und Frauen oft die notwendigen Informationen und Auseinandersetzungsmöglichkeiten, um sich für eine ihrer Lebenssituation entsprechende Verhütungsmethode entscheiden zu können. Die Pharmaindustrie drückt mit großer Vehemenz die Pille via FrauenärztInnen auf den PatientInnenmarkt, so dass alternative, unschädliche Verhütungsmittel in der Öffentlichkeit kaum erwähnt werden, bzw. schlechter dargestellt werden, als sie sind. (...)

Das feministische Selbsthilfe - Konzept

In der Entstehungsgeschichte eines jeden FGZ stand ganz am Anfang die eigene Betroffenheit von Frauen. In den Prozessen der Auseinandersetzung und Selbstreflexion erkannten Frauen schnell, wie wichtig, hilfreich und heilsam Frauensolidarität ist. Vor 20 Jahren begannen Frauen überall, sich zusammenzufinden, um mit Unterstützung der Gruppe auf neue Weise zu lernen, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Selbsthilfe war der Ausgangspunkt und ist auch heute noch eine wichtige Grundlage der Arbeit in FGZ. Während in den ersten Jahren der Schwerpunkt in der Arbeit gleichbetroffener Frauen in Selbsthilfe-Gruppen lag, wird heute hauptsächlich Hilfe zur Selbsthilfe angeboten. Diese Grundhaltung fließt in alle Angebotsformen ein.

Selbsthilfe bedeutet zunächst Selbstverantwortung für die eigene Lebenssituation, Störung oder Krankheit zu übernehmen. Wir gehen davon aus, dass Frauen selbst am besten in der Lage sind, sich mit den Ursachen ihrer Beschwerden auseinanderzusetzen und für ihr körperlich, psychisches und soziales Wohlbefinden zu sorgen. Ziel ist, ein größeres Maß an Selbstbestimmung über den eigenen Körper zu erlangen, mehr Eigenkompetenzen im Umgang mit dem eigenen Körper zu erwerben und (wieder) eigenmächtiger mit Sexualität und den eigenen Körperfunktionen umgehen zu können. (...)

Ganzheitlichkeit

In unseren Beratungen berücksichtigen wir die gesamte Lebenssituation der Frau und beziehen die sozialen, ökonomischen, ökologischen, psychischen und physischen Faktoren mit ein. Wir verstehen unter Gesundheit nicht nur die bloße Abwesenheit von Krankheit, sondern einen Zustand größtmöglichen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten von Frauen sind oft eine Folge des Versuchs, den vielen widersprüchlichen Anforderungen der weiblichen Lebensrealität gerecht zu werden und nicht ein eigenverschuldeter Zustand. Insofern können sie unterschiedliches aussagen. Sie können Hilferuf, Überforderung, Widerstand, Überlebensstrategie, Ausdruck eines inneren Konflikts oder Energieblockade sein. In Beratungen versuchen wir mit jeder Frau ihre spezielle Situation auf dem Hintergrund der allgemein gesellschaftlichen Zusammenhänge zu klären.

Name der Organisation:

Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V. (ÄGGF)

Adresse:

Drögenkamp 1 - 21335 Lüneburg

Ansprechpartnerinnen:

1. Vorsitzende: Dr. med. Gisela Gille
Drögenkamp 1 - 21335 Lüneburg
Tel.: 041 31 / 73 37 46
Fax: 041 31 / 73 37 47
E-Mail: gille@uni-lueneburg.de

2. Vorsitzende: Dr. med. Cordula Layer
Tangstedter Weg 29 - 22397 Hamburg
Tel.: 040 / 60 76 11 50
Fax: 040 / 60 76 11 52

Ziele der Organisation:

Die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V. (ÄGGF) ist ein Zusammenschluss von Ärztinnen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Sexualerziehung von Mädchen und jungen Frauen in Schulen.

Arbeitsschwerpunkte der Organisation:

Aufsuchende Prävention durch Information, Motivation, Kompetenzstärkung und Schulung der Wahrnehmung für die Signale des eigenen Körpers.

(Themen: körperliche und seelische Entwicklung, Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane, Körperakzeptanz, Menstruation, Hygiene, Sexualität und Partnerschaft, Kontrazeption, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt, Schwangerschaftsabbruch, Sexuell übertragbare Krankheiten, Krebsfrüherkennung, Impfungen, Klimakterium.)

Wer ist Mitglied der Organisation: Ärztinnen

Anzahl der Mitglieder: 37 Ärztinnen

Gründungsjahr: 1956

Rechtsform: Gemeinnütziger Verein

Finanzierung: Spenden

Regionale Organisationen: können unter Adresse der Ansprechpartnerinnen erfragt werden

Fachgruppen:

Spezifisches Wissen:

Wissen um Jugend - und Frauengesundheit

Wissen um Psychosexualität und Geschlechtsidentität

Ärztliche gesundheits- und sexualpädagogische Kompetenz

Gesprächsführung mit Jugendlichen

Veröffentlichungen:

Zahlreiche Veröffentlichungen in der medizinischen Fach - und der Laienpresse

Bezugsquelle: Adresse der Ansprechpartnerinnen

Ausgewählte Titel von Veröffentlichungen:

- GILLE, G. : Die Röteln - Impfung als Anlass für ärztliche Gespräche mit präpubertären Mädchen. Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik 13, Nr. 12 (1991)
- LAYER, C.: Ärztliche Gesundheitserziehung junger Mädchen in Schulen. Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik 14, Nr. 8, 615 - 617 (1992)
- GILLE, G.: Jugendaufklärung zwischen Information und Indoktrination. Dt. Ärzteblatt 39: 1690 - 1693 (1995)
- KLAPP, CHR.: Arztstunde als Ergänzung zur schulischen Sexualerziehung-eine Evaluationsstudie. In: Settertobulte et al.: Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche, Roland Asanger Verlag, Heidelberg (1995)
- GILLE, G.: Mädchengesundheit unter Pubertätseinflüssen. Das Gesundheitswesen, Heft 10, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1995)
- ESSER MITTAG, J.: Jugendgynäkologie: Gesundheitsförderung für junge Mädchen. TW Gynäkologie, 9. Jahrgang (1996)
- KLAPP, CHR.: Gynäkologisch - psychosomatische Informationsangebote für Schülerinnen. In : "Mythos Geburt", edition psychosozial, Hrsg.: Kentenich/ Rauchfuß/ Bitzer (1996)
- GILLE, G.: "... denn trotz meiner 16 Kinder weiß ich nichts, rein gar nichts." Von der besonderen Problemlage zum besonderen Beratungsbedarf von Frauen. Der Frauenarzt 38: 1722 - 1728 (1997)
- GILLE, G.: Pille, Power und Probleme - wo bitte geht´s zum Leben? Fragen an den Frauenarzt als Hausarzt der Frau. Geburtsh. Frauenheilkunde 2000, 60: M 20 - 24
- KLAPP, CHR.: "Willkommen im Club der Frauen" - Beratungsbedarf junger Mädchen in der Pubertät. Korasion, 15. Jahrgang, Februar 2000, S. 1 - 4

Aktuelle Fragestellung und Interessen:

Welche Kollegin, möglichst mit Familienerfahrung, hat Lust mitzuarbeiten?

Gibt es in anderen Ländern ärztliche Organisationsstrukturen mit ähnlicher Zielsetzung?

Gibt es in Deutschland männliche ärztliche Kollegen, die geschlechtsspezifische ärztliche Gesundheitsförderung und Sexualerziehung für Jungen anbieten möchten?

Name der Organisation:

**Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
(AKF)**

Adresse:

Verdener Str. 20 - 28205 Bremen
Tel.: 04 21 / 43 49 340
Fax: 04 21 / 43 49 340
E-Mail: AKF-mail@t-online.de
Internet: www.akf-info.de

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Claudia Schumann,
Dr. Claudia Czerwinski

Ziele der Organisation:

In diesem bundesweiten Verein haben sich professionsübergreifend Frauen zusammengeschlossen, die im Bereich Frauengesundheit arbeiten oder im Bereich der Selbsthilfe und Beratung engagiert sind. Ziel der gemeinsamen Arbeit ist es auf frauenrelevante Fehlentwicklungen in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft nachdrücklich hinzuweisen und dafür zu arbeiten, dass die Interessen und Bedürfnisse von Frauen berücksichtigt gehört und einbezogen werden. Frauen sollen auch besser über ihren Körper und dessen mögliche Erkrankungen, über seelisch und sozial krankmachende Faktoren informiert werden, um ihre eigene Kompetenz zu stärken.

Arbeitsschwerpunkte:

- Frauenheilkunde
- Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik
- Selbsthilfe

Mitglieder der Organisation:

Einzelpersonen: Verschiedene Professionen und Engagierte im Bereich der Frauengesundheit
Organisationen: u.a. Bund Deutscher Hebammen; Dachverband der Frauengesundheitszentren

Anzahl der Mitglieder: 460 (Mai 2000)

Gründungsjahr: November 1993

Rechtsform: eingetragener Verein

Finanzierung: Mitgliedsbeiträge /Spenden /Öffentliche Projektmittel

Regionale Einrichtungen:

Regionalgruppen in Berlin, Braunschweig, Bremen, Hamburg, Hannover, Kassel, Köln, Marburg, München, Münster; Ostwestfalen-Lippe, Rhein-Main, Rhein-Neckar

Fachgruppen:

Frauenheilkunde und Psychotherapie/Psychiatrie/Psychosomatik und Frauenselbsthilfe/-beratung

Spezifisches Wissen:

- Wissen um medizinische frauenheilkundliche Themen (Gebärmutteroperation/ Mammographie, Wechseljahre, Hormone)
- Beratung für Selbsthilfegruppen
- Weiterbildung für Fachfrauen im Bereich Psychotherapie und Psychosomatik und Medizinerinnen
- Frauengemäße Psychotherapie
- Therapie von Frauen mit Gewalterfahrungen

Veröffentlichungen:

1. Informationen zur Gebärmutter-Operation (DM 5,00)
2. Sexualität nach gynäkologischen Operationen - Referat von Maria Krieger (DM 3,50)
3. Was hilft Frauen nach einer gynäkologischen Operation? Referat: Maria Krieger (DM 3,50)
4. Stellungnahme zum Mammographie-Screening Orientierungshilfe für Patientinnen gyn. Praxen - "Mut zur Kritik" (DM 5,00)
5. Mitglieds-Info (kostenpflichtig nur für Nicht-Mitglieder DM 3,50)
6. Stellungnahmen Psychotherapiegesetz 9/97 DM 3,00
7. Stellungnahmen Spargesetze und ihre Folgen für Frauen 2/97 DM 3,00
8. Stellungnahme RU486 (DM 3,00)
9. Qualitätskriterien für frauengerechte Psychotherapie (DM 5,00)
10. Dokumentation der Jahrestagung 1998 "Vom Umgang der Frauen mit Macht, Geld und Gesundheit" (DM 10,00 zzgl. Versand)
11. Dokumentation der Jahrestagung 1999 "BRUST 2000 - Gesundheitspolitische Ein- und Aussichten" (DM 10,00 zzgl. Versand) Tagungs-Dokumentation 1996

Name der Organisation:

medusana Stiftung gGmbH

Adresse:

Hindenburgstr. 1a - 32257 Bünde

Tel.: 052 23 / 18 83 20

Fax: 052 23/ 170 46

E-Mail: medusana@teleos-web.de

Internet: www.medusana.de

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Claudia Czerwinski

Dr. Marion Meier

Ulrike Kowalewsky

Stefanie Rengers

Ziele der Organisation:

Anstiftung fachübergreifender Arbeit i.S. Gesundheitsförderung für

- schulische und außerschulische Jugendarbeit
- Erwachsenenbildung

Arbeitsschwerpunkte der Organisation:

Prävention: allgemeine Gesundheitsthemen; geschlechtsorientierte Gesundheitsförderung in und mit Schule

Gesundheitsbildung: Schwerpunkt Frauengesundheit, Hilfe beim Aufbau von Selbsthilfegruppen

Beratung und Fortbildung von MultiplikatorInnen; Gesundheitsfortbildung für Lehrerkollegen

Mitarbeiterinnen

1 Geschäftsführerin, Ärztliche Leiterin, 1 Pädagogische Leiterin, 2 Mitarbeiterinnen in der Verwaltung

Mitgliederzahl: Beirat: 5 Mitglieder

Gründungsjahr: 1994

Rechtsform: Stiftung in der Rechtsform der gGmbH

Finanzierung: Organisation überwiegend aus eigenen Mitteln, Projekte mit Drittmitteln

Regionale Einrichtungen:

Koordination: Schulische Gesundheitsförderung für Mädchen im Kreis Herford

Fachgruppen:

Frauengesundheit

Schulische Gesundheitsförderung

Spezifisches Wissen:

- Geschlechterorientierte, Geschlechterdemokratische Gesundheitsbildung
- Geschlechterorientierte Geschlechtersensibilisierende Schulische Gesundheitsförderung
- Lehrer/ Ärzte - Kooperation an Schulen

Veröffentlichungen:

Grenzerfahrungen Teil I: HautNah. Ungewöhnliche Annäherung an eine leicht verletzbare Grenze (5,00 DM zzgl Versandkosten)

Grenzerfahrungen Teil II: Aufmerksamkeitsstörung/ Hyperaktivität im Unterricht (5,00 DM, zzgl. Versandkosten)

Dokumentation: AG Mädchengesundheit: "Gesundheit kann Spaß und schön machen" (2,00 DM, zzgl. Versandkosten)

Schule und Gesundheit: Lehrer und Ärzte für Prävention (kostenlos)

Dokumentation zur Fachtagung: "Schulfach Gesundheit? medusana wird fünf", 13. August 1999 (52 Seiten, kostenlos)

medusana Stiftung:

Schule und Gesundheit

Presse-Echo

Broschüre Schule und Gesundheit (Entwurf)

Interessen:

auf europäischer Ebene Ausbau der begonnenen binationalen Arbeit im Bereich Frauengesundheit Austausch über geschlechterorientierte schulische Gesundheitsförderung in Europa gewünscht

5.2 Einzelne gesundheitliche Problemlagen

5.2.1 Aids

Name der Organisation:

Netzwerk Frauen und Aids

Adressen der Knotenfrauen:

Region Hamburg:

Birgit Stange
C/o AIDS-Hilfe Hamburg e.V.
Paul-Roosen-Straße 43 - 22767 Hamburg
Tel.: 040 / 319 69 81
Fax: 040 / 319 69 84

Region Bremen und Schleswig Holstein:

Antje Aumüller
C/o AIDS-Hilfe Bremen e.V.
e.V.
Am Dobben 66 - 28203 Bremen
Tel.: 04 21 / 70 28 19
Fax: 04 21 / 70 20 12

**Region Berlin, Brandenburg und
Mecklenburg-Vorpommern:**

N.N.
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33 - 10967 Berlin
Tel.: 030 / 69 00 87 38
Fax: 030 / 69 00 87 42

**Region Niedersachsen, Sachsen
und Sachsen-Anhalt:**

Ina Hauer-Bock
Klartext, Frauenberatungsstelle der
Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V.
Eulenstr. 5 - 38114 Braunschweig
Tel.: 05 31 / 580 03-33
Fax: 05 31 / 580 03-30

Region Rheinland-Pfalz:

Gisela Hilgefort
AIDS-Hilfe Trier e.V.
Saarstr. 48 - 54290 Trier
Frankfurt
Tel.: 06 51 / 970 44 16
Fax: 06 51 / 970 44 21

Region Südwestliches NRW:

Harriet Langanke
Deutsche AIDS-Stiftung
Markt 26 - 53111 Bonn
Tel.: 02 28 / 60 46 90
Fax: 02 28 / 604 69 99

Region Bayern:

Doris Salzmann
AIDS-Hilfe Nürnberg/ Erlangen/Fürth
Bahnhofstr. 13-15 - 90402 Nürnberg
Tel.: 09 11 / 230 90 35
Fax: 09 11 / 23 09 03 45

Region Baden-Württemberg Ost:

Bella Erlich
AIDS-Hilfe Stuttgart e.V.
Hölderlinplatz 5 - 70193 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 224 69 17 0
Fax: 07 11 / 224 69 99

Region Baden-Württemberg West:

Claudia Jehle
SKF-Treff Feiburg
Unterlinden 11 - 79098 Freiburg
Tel.: 07 61 / 28 00 31
Fax: 07 61 / 305 70

Region Hessen und Thüringen:

Reinhild Trompke
AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
Friedberger Anlage 24 - 60316
Tel.: 069 / 405 86 83 40
Fax: 069 / 40 58 68 40

Region Saarland:

Francoise Welter
AIDS-Hilfe Saar e.V.
Nauwieserstr.19 - 66111 Saarbrücken
Bielefeld
Tel.: 06 81 / 311 12
Fax: 06 81 / 342 52

Region Ruhrgebiet und Westfalen:

Julia-Ellen Schmalz
AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.
Artur-Ladebeck-Straße 26 - 33602
Tel.: 05 21 / 13 33 88
Fax: 05 21 / 13 33 69

Ansprechpartnerinnen:

siehe Adressen der regionalen Knotenfrauen

Ziele der Organisation:

Das Netzwerk Frauen und AIDS ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Frauen, die parteilich für Frauen mit HIV und AIDS arbeiten. Das Netzwerk versteht sich als Interessenvertretung von und für Frauen mit HIV/AIDS und Frauen aus dem Arbeitskontext AIDS.

Es will eine Lobby für HIV-infizierte und erkrankte Frauen schaffen und ein Netz von Anlaufstellen bieten.

Dieses Netz ist allen Interessierten zugänglich und dient der Bündelung und Verbreitung von Informationen, der Konzept- und Projektentwicklung und dem Erfahrungsaustausch zum Thema Frauen und AIDS.

Arbeitsschwerpunkte:

Das Netz dient der Sammlung und Verbreitung von Informationen zum Thema Frauen und AIDS. Es bietet persönliche, praktische und politische Unterstützung in allen mit Frauen und AIDS zusammenhängenden Fragen.

Mitglieder der Organisation:

Aktive Mitarbeit im Netzwerk von ca. 30 Frauen; passive "Mitgliedschaft" mindestens 150 Frauen.

Anzahl der Mitglieder: ca. 180

Gründungsjahr: November 1992

Rechtsform: keine Rechtsform, Zusammenschluss

Finanzierung: durch Spenden, Stiftungsgelder, Sponsoring und der Deutschen AIDS Hilfe e.V.

Fachgruppen:

Arbeitsgruppen zu speziellen Themen, z.B. medizinische Fragen/Studiendesign bilden sich bei konkretem Bedarf; Ansprechpartnerinnen siehe Adressen regionaler Einrichtungen.

Spezifisches Wissen: kann nur fallweise geklärt werden

Veröffentlichungen: DHIVA, Zeitung des Netzwerkes Frauen und AIDS

Name der Organisation:
Deutsche Aids-Hilfe e.V.

Frauenreferat

Adresse:
Diefenbachstr.33 - 10967 Berlin
Tel.:030 / 69 00 87-38 und 39 (Ansprechpartnerin: N.N.)

Name der Organisation:

Deutsche Aids-Stiftung

Adresse:

Markt 26 - 53111 Bonn

Tel.: 02 28 / 604 69-21

Fax: 02 28 / 604 69-99

E-Mail: info@AIDS-Stiftung.de

Internet: www.AIDS-Stiftung.de

Ansprechpartner/innen:

Öffentlichkeitsarbeit: Dr. Volker Mertens

Frauen und AIDS: Harriet Langanke

Ziele der Organisation:

Die Deutsche AIDS-Stiftung leistet finanzielle Einzelfallhilfe für Menschen mit HIV und AIDS, die sich in einer Notsituation befinden. In Ausnahmefällen auch Projektförderungen, wenn unmittelbarer Nutzen für Menschen mit HIV und AIDS gegeben ist. Frauenspezifische Belange werden insbesondere in letzter Zeit beachtet.

Arbeitsschwerpunkte:

Einzelfallhilfe in den Bereichen:

- Erholungsreisen,
- Wohnung/Hausrat,
- Freizeitgestaltung,
- Telefon,
- Bekleidung,
- Arbeit/Fortbildung,
- Rechtsbeistand

Projektförderung in den Bereichen: Erholung/Gruppenaktivität, betreutes Wohnen, Infrastruktur.

Mitglieder der Organisation: Es gibt keine Mitglieder, da die Stiftung kein Verein ist.

Anzahl der Mitglieder: keine

Gründungsjahr:

Die Deutsche AIDS-Stiftung ist 1996 aus der Fusion der Stiftung Deutsche AIDS-Stiftung "Positiv Leben" (gegründet 1987) und der Nationalen AIDS-Stiftung (gegründet 1987) entstanden.

Rechtsform: Stiftung des bürgerlichen Rechts

Finanzierung:

Spenden, Erträge aus Stiftungskapital; sonstiges (Erbchaften, Bußgelder, wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb)

Veröffentlichungen:

Dokumentation der Nationalen AIDS-Stiftung "Workshop Frauen und AIDS 1993"

5.2.2 Essstörungen

Name der Organisation:

Bundes Fachverband Eßstörungen e.V. (BFE)

Adresse:

Kurt- Schumacher- Str. 2 - 34117 Kassel

Tel.: 05 61 / 71 34 93

Fax: 05 61 / 71 02 27

E-Mail: kabera@t-online.de

Ansprechpartnerin:

Frau Cornelia Götz-Kühne

Ziele der Organisation:

Der Bundes Fachverband Eßstörungen e.V. (BFE) ist ein bundesweiter Zusammenschluss gemeinnütziger Träger von ambulanten Beratungs- und Therapieeinrichtungen im Bereich Essstörungen. Der Verband verfolgt ausschließlich gemeinnützige Ziele auf der Grundlage parteipolitischer und konfessioneller Ungebundenheit.

Arbeitsschwerpunkte:

Dachverband für freie Träger in der ambulanten Essstörungenberatung und -therapie, mit Frauenspezifischen Konzepten

Mitglieder der Organisation:

Mitglied des Vereins kann jede gemeinnützige juristische Person werden, die die Ziele des Vereins unterstützt, den Schwerpunkt ihrer Arbeit in der beraterischen und therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Essstörungen sieht, nicht auf Gewinnstreben ausgerichtet ist.

Außerdem können Mitglieder werden:

Träger und Zusammenschlüsse von Trägern, von Einrichtungen und Maßnahmen.

Das MitarbeiterInnenteam der Einrichtungen soll aus einem multiprofessionellen Team bestehen, das über eine entsprechende Fachkompetenz im Bereich Essstörungen verfügt und sich in ihrer Arbeitsweise dem Menschenbild der humanistischen Psychologie und dem Anti-Diät-Prinzip verpflichtet.

Die Träger der Einrichtungen garantieren, dass sie die MitarbeiterInnen verpflichten, an einer fachlich qualifizierten Supervision teilzunehmen.

Mitgliedsorganisationen:

Dick & Dünn e.V.

Innsbrucker Str. 25 - 10825 Berlin

Tel.: 030 / 854 49 94

Bielefelder Zentrum für Eßstörungen

Markstr. 35 - 33602 Bielefeld

Tel.: 05 21 / 659 29

Frankfurter Zentrum für Eßstörungen e.V.

Hansaallee 18 - 60322 Frankfurt am Main

Tel.: 069 / 55 01 76

Kaskade e.V.

Hanssenstr. 6 - 37073 Göttingen

Tel.: 05 51 / 48 69 05

Hamburger Zentrum für Eßstörungen e.V.

Bundesstr. 14 - 20146 Hamburg

Die Boje e.V

Möllner Landstr.61 - 22117 Hamburg

Tel.: 040 / 450 51 21

Die Brücke - Eßstörungenbereich Beratungs- und Therapiezentrum e.V.

Durchschnitt 27 - 20146 Hamburg

Tel.: 040 / 450 44 83

Tel.: 040 / 731 49 49

Walddorferstr. 337 - 22047 Hamburg

Tel.: 040 / 668 36 36

Waage e.V.

Eimsbüttelerstr. 53 - 22769 Hamburg

Tel.: 040 / 491 49 41

Eß-o-Eß im Frauentreff e.V.

Kurt- Schumacher- Platz 5 - 24109 Kiel

Tel.: 04 31 / 52 42 41

Kabera e.V. Beratung bei Eßstörungen

Kurt- Schumacher- Str. 2 - 34117 Kassel

Tel.: 05 61 / 78 05 05

Dick & Dünn e.V.

Hallerhüttenstr. 6 - 90461 Nürnberg

Tel.: 09 11 / 47 17 11

ANAD e.V.

Seitzstr. 8 - 80538 München

Tel.: 089 / 242 39 36-0

Cinderella e.V.

Westendstr. 35 - 80339 München

Tel.: 089 / 502 12 12

Rostocker Stadtmission e.V.- Spiegelblick

Friedhofsweg. 11 - 18057 Rostock

Tel.: 03 81 / 45 21 28

Mitgliedsorganisationen: 16

Gründungsjahr:

Der aus der Bundesarbeitsgemeinschaft Essstörungen hervorgegangene BFE wurde 1994 in Frankfurt gegründet.

Rechtsform: Gemeinnütziger Verein

Finanzierung: Der BFE finanziert sich ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Regionale Einrichtungen:

Arbeitskreise Essstörungen auf regionaler Ebene (z.B. Netzwerk Essstörungen Hessen, oder die Arbeitskreise Essstörungen München, Hamburg).

Fachgruppen:

Es gibt unterschiedliche Fachgruppen ohne feste Ansprechpartnerin. Aktuelle Gruppen sind in der Geschäftsstelle zu erfragen.

Spezifisches Wissen:

Die Organisation kann Auskunft geben zu Themen bezüglich des ambulanten Essstörungenbereiches.

Veröffentlichungen:

Es liegen Veröffentlichungen bei den einzelnen Mitgliedsorganisationen vor, diese sind dort direkt zu beziehen.

Fragestellungen und Interessen:

Kontaktinteresse besteht an Internationaler Forschung zum Thema Essstörungen, sowie vorhandene Einrichtungen in den einzelnen Ländern sowie Interesse an aktuellen Veröffentlichungen

Name der Organisation:

Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen gGmbH

Adresse:

Hansaallee 18 - 60322 Frankfurt am Main

Tel.: 069 / 55 01 76

Fax: 069 / 596 17 23

E-Mail: fz.ess-stoerungen@t-online.de

Internet: www.fz-ess-stoerungen.de

Ansprechspartnerin:

Dr. Barbara Krebs

Ziele der Organisation:

Das Frankfurter Zentrum für Essstörungen beschäftigt sich mit der ambulanten Behandlung von Ess-Störungen und Esssucht, ihren Ursachen und Erscheinungsformen und mit wissenschaftlichen Projekten dieser frauenspezifischen Krankheit.

Essstörungen/Esssucht:

Anorexia nervosa - Magersucht

Bulimia nervosa - Ess-Brechsucht

Adipositas - Fettsucht

Arbeitsschwerpunkte:

1. Prävention:

Beratung für Betroffene und Angehörige, Selbsterfahrungsgruppen, Jugendarbeit für essgestörte Mädchen, Selbsthilfegruppen, MultiplikatorInnenarbeit in Jugend- und Erwachsenenbildungsinstitutionen, Aufbau des Netzwerkes Essstörungen in Hessen und des Bundesfachverbandes Ess-Störungen.

2. Therapie/Beratung:

ambulante tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie mit den Methoden der Humanistischen Psychotherapie: Einzel- und Gruppentherapie.

3. Fortbildung:

Ambulante Psychotherapie bei Essstörungen: Therapieziele, therapeutische Schwerpunkte, therapeutische Schwierigkeiten, Antidiätkonzept, weibliche Identitätsbildung, weibliche Pubertät, sexuelle und emotional Gewalterfahrung von Frauen, weiblicher Körper, gesellschaftlicher Schlankheits- und Schönheitswahn, sozialpolitische und sozialpsychologische Ursachen von Essstörungen, frauenspezifische Behandlungskonzepte u.a.m.

4. Wissenschaft/Forschung:

Qualifizierung und Optimierung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungskonzepte bei Essstörungen

Zielgruppe:

Jugendliche in der Pubertät

Frauen und Männer, vorwiegend im Alter zwischen 20 und 40 Jahren

Mitglieder der Organisation:

DiplompädagogInnen, Diplompsychologinnen, LehrerInnen, Sozialarbeiterinnen, Diplomsoziologinnen mit psychotherapeutischen Zusatzausbildungen in der Humanistischen Psychologie, Verwaltungskräfte u.a.m.

Anzahl der Mitglieder: -

Gründungsjahr: 1986

Rechtsform: Gemeinnützige gGmbH

Finanzierung:

öffentliche Gelder durch die Stadt Frankfurt und das Land Hessen, Spenden,
Projektgelder,
Kostenübernahme von Therapien durch einzelne Krankenkassen

Regionale Einrichtungen: keine

Fachgruppen innerhalb der Organisation: keine

Spezifisches Wissen:

Ambulante tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie im Sinne von Antidiät, d.h. mit der strikten Absage an Diät und fremd auferlegte Expertenprogramme bei der Behandlung von Essstörungen

Behandlung von Essstörungen/Esssucht mit den Methoden der humanistischen Psychotherapie:

Frauenspezifisches Konzept, das die Frauenkrankheit Essstörungen in einem sozialpsychologischen und einem sozialpolitischen Kontext begreift und sich z.B. kritisch mit dem überzogenen gesellschaftlichen Schlankheits- und Schönheitsidealen auseinandersetzt, denen Frauen heute ausgesetzt sind und sie selbst annehmen.

Forschungsstand zum Thema Essstörungen:

Klinisch-medizinische Konzepte und psychosoziale Konzepte;
Ambulante Behandlungskonzepte für Mädchen mit Essstörungen;
Wissen um frauenfreundliche ambulante Behandlungskonzepte bei Essstörungen.
Präventionsarbeit an Schulen

Veröffentlichungen:

(alle nachfolgend aufgeführten Veröffentlichungen können direkt beim Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen bestellt werden)

Schriftenreihe Band 1, 1991

Bulimie und Borderline-Syndrom

Beziehungsproblematik adipöser Frauen

Fallbericht einer Bulimiepatientin

Eßstörungen oder die Sehnsucht nach Frau, DM 13,--

Schriftenreihe Band 2, 1992 (z. Zt. vergriffen)

Psychodrama in der Behandlung von Eßstörungen

Sexueller Mißbrauch und Eßstörungen

Oh mein Papa ..., Eßstörungen und die Idealisierung des Männlichen

Texte und Berichte von Betroffenen, DM 17,--

Schriftenreihe Band 3, 1996

Körperdistanz und kompensatorische Nähe zum Vater

Eßstörungen in der Pubertät

Der Kampf ist nur Metapher, aber der Sieg ist tödlich

Therapeutische Schwierigkeiten in der Behandlung von Eßstörungen, DM 13,--

Schriftenreihe Band 4, 1999

Studie: Ambulante psychotherapeutische Behandlung im Frankfurter Zentrum für Essstörungen.

Reflexionen zum Thema Essstörungen, DM 30,--

Fragestellung und Interessen :

Ambulante Behandlungskonzepte für Frauen in Frankreich, Italien, Spanien, Portugal, England Griechenland sowie Kontaktadressen

Name der Organisation:

Aktionskreis Eß- und Magersucht Cinderella e.V.

Adresse:

Westendstr. 35 - 80339 München

Tel.: 089 / 502 12 12

Fax: 089 / 502 25 75

Ansprechpartnerinnen:

Dipl. Psych. Ingrid Mieck

Dipl. Sozpäd. Sabine Schoberth-Bernard

Ziele der Organisation: Hilfe bei Essstörungen zu geben

Arbeitsschwerpunkte:

Beratung von:

- Betroffenen
- Angehörigen
- FreundInnen
- Fachleuten
- Medien

Information über Behandlungsstellen

Einzel- und Gruppenberatung

Telefonische und schriftliche Beratung

bundesweite Adressenvermittlung

Versendung von Informationsmaterial

Selbsthilfegruppen

Mitglieder der Organisation: ordentliche Mitglieder, Fördermitglieder

Mitgliederzahl: ca. 70 Mitglieder

Gründungsjahr: 1984

Rechtsform: eingetragener Verein

Finanzierung: Öffentliche Förderung, Mitgliedsbeiträge

Spezifisches Wissen: Verhalten bei Essstörungen

Veröffentlichung:

Faltblatt (über die Organisation erhältlich)

1 mal jährlich erscheinender "Rundbrief"

diveres Informationsmaterial

Interessen: Internationale Kontaktadressen vor allem von Beratungs- und Behandlungsstellen

5.2.3 Krebs

Name der Organisation:

Fördergemeinschaft "WIR ALLE" Frauen gegen Brustkrebs e.V.

Adresse:

Alteburger Str. 248 - 50968 Köln

Tel.: 02 21 / 340 56 28

Fax: 02 21 / 340 56 29

E-Mail: info@wiralle.de

Internet: www.wiralle.de

Ansprechpartnerinnen:

Vorsitzende:	Dr. Elisabeth Elstner
Krankengymnastin, Osteopathie:	Silvia Weiss-Brummer
Frauenärztin:	Dr. Irena Freund
Rechtsanwältin:	Gudrun Hörster
Ärztin für Plastische Chirurgie und Ganzheitliche Medizin:	Annie Koslowski

Ziele der Organisation:

Die Fördergemeinschaft bietet prä- und postoperative Beratung in Gruppen und Einzelgespräche nach Terminvereinbarung.

Regelmäßige Informationsabende für Betroffene und Angehörige (Themen: Frauenheilkunde, Krankengymnastik/Osteopathie, Schmerztherapie etc. mit Fachreferentinnen)

Wir fordern Transparenz der Therapiemethoden und Beteiligung am Entscheidungsprozess bei den therapeutischen Maßnahmen (z.B: Zweitmeinung, Aufklärung)

Wir fordern ein Forum für Frauengesundheit und Lebensqualität. Dies ist für Brustkrebsbetroffene und ihre Angehörigen und FreundInnen wichtig.

Wir wollen, dass das Thema Brustkrebs nicht mehr tabuisiert wird in der Gesellschaft.

Zielsetzung:

Frauenstiftung, Diagnose- und Therapiezentrum von Frauen für Frauen

Planung: Zusammenschluss von deutschen und internationalen Brustkrebsverbänden

Arbeitsschwerpunkte der Organisation

(derzeit) Prävention und Beratung

Prävention: Erstellung und Übersetzung von Informationsmaterial

Beratung: frauenspezifische Beratung für Brustkrebsbetroffene

Mitglieder der Organisation:

Dr. Elisabeth Elstner, Vorsitzende ist Mitglied im AKF

Die Fördergemeinschaft besteht aus Einzelmitgliedern (verschiedenste Berufe)

Zusammenarbeit mit dem Berliner Frauengesundheitszentrum, Brustkrebsverein Berlin, Regina Stolzenberg, dem Brustkrebsverein "Mut" in Münster, Ute Wülfing und Dr. Mechthild Kuhlmann

Die Fördergemeinschaft ist Mitglied im AKF.

Mitgliederzahl: 195 Mitglieder

Gründungsjahr: April 1997

Rechtsform: Fördergemeinschaft

Finanzierung:

Mitgliedsbeiträge, Spenden und Benefizevents

Regionale Einrichtung: Arbeitskreis, Büro, s. Anschrift

Fachgruppen: Katamnese - Studie zum Wiederaufbau der Brust mit Eigengewebe

Ansprechpartnerin: Dr. Elisabeth Elstner, Anschrift: s.o.

Spezifisches Wissen: Brustkrebs

Veröffentlichungen: Broschüre, Flyer 1997, Bezugsquelle s.o.

Fragestellungen und Interessen: Materialien und Kontaktadressen international gewünscht

5.2.4 Psychiatrie

Name der Organisation:

IHRISS - Treffpunkt und Beratung für Frauen mit und ohne Psychiatrieerfahrung

Adresse:

Jeßstr. 3 - 24114 Kiel

Ansprechpartnerin: Irmgard Wendorff

Ziel der Organisation:

Stabilisierung für Frauen, die von psychischer Erkrankung betroffen sind, durch eine möglichst umfassende Stärkung der Selbsthilfekompetenzen im Sinne des Empowermentkonzeptes, sowie durch die Förderung sozialer Bezüge.

Arbeitsschwerpunkte:

Treffpunkt, psychosoziale Trainingsgruppen, Beratung, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit

Mitglieder: 7 Frauen

Gründungsjahr: 1992

Rechtsform: e.V.

Finanzierung:

zur Hälfte durch das Land Schleswig-Holstein, zur anderen Hälfte durch die Stadt Kiel

Regionale Einrichtungen:

IHRISS ist regional und überregional der einzige frauenspezifische Treffpunkt im Psychiatriebereich. Es gibt z.T. Frauengruppen- oder Räume bei anderen Anbietern der ambulanten Psychiatrieversorgung.

Fachgruppen:

IHRISS beteiligt sich an der Fachgruppe Psychiatrie im DPWV Schleswig-Holstein, sowie an Arbeitskreisen "Frauen und Psychiatrie" regional und überregional.

Spezifisches Wissen:

- das Thema "Treffpunktarbeit für Frauen mit und ohne Psychiatrieerfahrung als niederschwelligetherapeutische Möglichkeit" kann in Kongressen als Workshop angeboten werden.
- Training sozialer Kompetenzen
- Gewalterfahrungen als Hintergrund

Veröffentlichungen: Dokumentation 1999

Name der Organisation:

Verein Psychiatrie Erfahrener (VPE)

Adresse:

VPE Hannover e.V.

Rückerstraße 17 - 30169 Hannover

Tel.: 05 11 / 131 88 52

Ansprechpartnerinnen:

Ursula Conraths

Doreen Pobanz

Ziele der Organisation:

Der VPE Hannover ist ein Selbsthilfeverein Psychiatrie-Erfahrener mit offenen Angeboten und festen Gruppen wie z.B. der Frauengruppe.

In der Frauengruppe geht es viel um Alltagsbewältigung und psychische Probleme. Darüber hinaus können Erfahrungen mit der Psychiatrie besprochen werden. Im übrigen wird die Sozial- und Gesundheitspolitik, speziell Psychiatriepolitik besprochen.

Arbeitsschwerpunkte:

Selbsthilfe von Psychiatrie-Erfahrenen; Möglichkeiten, eigene Ideen einzubringen und Gruppen anzubieten. Mitarbeit in psychiatriepolitischen Gremien.

Mitglieder der Organisation: Mitglied kann jede/r Psychiatrie-Erfahrene werden.

Berufe: Pädagoginnen, Referentinnen für Gesundheitsförderung, 1 Ärztin, 1 Diplompädagogin, 1 Sozialpädagogin, verschiedene Qualifikationen im Bürobereich und im handwerklichen Bereich.

Anzahl der Mitglieder: ca. 166

Gründungsjahr: 1991

Rechtsform: eingetragener Verein

Finanzierung: Spenden, Mitgliedsbeiträge, Zuschüsse der Stadt Hannover

Regionale Einrichtung:

ist der VPE Hannover. Auf überregionaler Ebene gibt es die LPEN (Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener in Niedersachsen) und den BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener).

Fachgruppen:

- Frauengruppe
- Borderlinegruppe
- Manisch-Depressivengruppe

Spezifisches Wissen:

- Wissen um Alternativen in der psychiatrischen Behandlung wie z.B. Soteria
- Wissen um die besondere Situation von Frauen in der Psychiatrie
- Wissen um die kommunal- und landespolitische Diskussion und Kontakte zu den Entscheidungsträgern
- Wissen um Selbsthilfekapazitäten Psychiatrie-Erfahrener

Veröffentlichungen:

VPE-Report (monatlich erscheinend)
Broschüren zum fünfjährigen Bestehen
Flyer: Darstellung des VPE Hannover e.V.
Zur Notwendigkeit eines Kriseninterventionsdienstes - Plädoyer
Leitsätze zur Psychiatrie-Politik

5.2.5 Sucht

Name der Organisation

Psychologische Praxis an den Barbarathermen

Adresse:

Gilbertstrasse 67a - 54290 Trier

Tel.: 06 51 / 436 11 40

Fax: 06 51 / 436 11 55

E-Mail: UKarren-Derber@t-online.de

Ansprechpartnerin: Ulrike Karren-Derber

Ziele der Organisation:

Qualitätsentwicklung im Bereich mädchen- und frauenspezifischer Suchtprävention, -beratung und -behandlung

Arbeitsschwerpunkte:

Moderation, Dokumentation und Evaluation einer Fortbildungsreihe zur Qualifizierung von Beraterinnen und Therapeutinnen für "Mädchen- und frauenspezifische Suchtprävention, -beratung und -behandlung

Mitglieder der Organisation: Diplom-Psychologinnen.

Anzahl der Mitglieder: 2

Gründungsjahr: 1998

Rechtsform: Praxisgemeinschaft

Finanzierung:

Forschungsmittel stellt das rheinland-pfälzische Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen zur Verfügung.

Spezifisches Wissen:

Strategien der Frauengesundheitsforschung

Indikation frauenspezifischer Suchtberatung

Merkmale frauenspezifischer Suchtberatung

Telefonberatung von Kindern und Jugendlichen

Beratung und Behandlung von traumatisierten Frauen

Beratung und Behandlung essgestörter Frauen

Beratung und Behandlung medikamentenabhängiger Frauen

Projektentwicklung im Bereich frauenspezifischer Suchtberatung

Veröffentlichungen:

U. Karren-Derber und Dr. Petra Hank 1999. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Aufbaus eines frauenspezifischen Beratungsangebotes in Rheinland-Pfalz. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Frauen - Sucht - Gesellschaft. Dokumentation der Fachtagung am 28. Januar 1999 in der Katholischen Akademie in Trier. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen.

Wissenschaftliche Begleitung von frauenspezifischen Suchtberatungsangeboten in Rheinland-Pfalz. 1997. Zwischenbericht.

(gegen Vorauszahlung von 6,- in Briefmarken unter oben genannter Adresse zu bestellen)

Aktuelle Interessen:

Informationsaustausch mit Frauen im In- und Ausland, die vergleichbare Ziele verfolgen

Name der Organisation:

**Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, NLS
Fachausschuss der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in
Niedersachsen**

Adresse:

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
Podbielskistraße 162 - 30177 Hannover
Tel.: 05 11 / 626 26 60
Fax: 05 11 / 62 62 66 20
E-Mail: LJS-Jugendschutz.Nds@t-online.de

Ansprechpartnerin: Geschäftsführung

Ziele der Organisation:

Die NLS hat das Ziel, die Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen zu fördern.

Die NLS unterstützt und koordiniert die Tätigkeit der professionellen und der ehrenamtlichen Hilfsangebote.

Die NLS ist für Ministerien und Behörden, für die Renten- und Krankenversicherungsträger sowie für die Fachverbände ein kompetenter Ansprechpartner bei der Planung und Weiterentwicklung von Hilfen für Suchtkranke.

Die NLS sammelt Daten zur Suchtkrankenhilfe, bereitet diese für Planungsprozesse auf und stellt sie politischen Entscheidungsträgern und der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung.

Die NLS fördert die Arbeit ihrer Mitglieder durch organisatorische Beratung, Fachtagungen, Publikationen und Informationsaufbereitung.

Die NLS wirkt durch die Arbeitsbereiche "Prävention" und "Qualitätsmanagement/Benchmarking" über die Freie Wohlfahrtspflege und die Suchtselbsthilfe hinaus.

Die NLS trägt dazu bei, ein modernes Sozialmanagement in der Suchtkrankenhilfe zu verbreiten und sorgt so für einen effektiven Einsatz der bereitgestellten Steuermittel und Beiträge.

Die NLS bietet kompetente Dienstleistungen für ihre Mitglieder, für die öffentliche Hand, für die Sozialversicherungen, für Betriebe und Behörden sowie für die allgemeine Öffentlichkeit.

Seit 1978 gibt es eine mit hauptamtlichen Mitarbeiter/innen besetzte Geschäftsstelle der NLS. Diese wird im Wesentlichen aus Landesmitteln finanziert.

Arbeitsschwerpunkte:

Suchtprävention

Suchtkrankenhilfe in Selbsthilfeorganisationen

Ambulante und stationäre Suchtkrankenhilfe

Öffentlichkeitsarbeit

Betriebliche Suchtprävention

Frau und Sucht

Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement

Berufliche (Re-) Integration von Suchtkranken

Die Schwerpunkte werden, wenn möglich, unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten bearbeitet.

Mitglieder der Organisation:

Arbeiterwohlfahrt, Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen, Körtingsdorfer Weg 8,
30455 Hannover,

Caritasverband: Diözese Hildesheim e.V., Landescaritasverband für Oldenburg e.V., Diözese Osnabrück e.V.
Paritätischer Niedersachsen e.V., Fachbereich Suchtkrankenhilfe
Deutsches Rotes Kreuz, Landesverbände Niedersachsen und Oldenburg
Evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen (ELAS) für die Diakonischen Werke Braunschweig, Hannover, Leer, Oldenburg und Schaumburg-Lippe
Landesverband der Jüdischen Gemeinden in Niedersachsen, Jüdische Wohlfahrt
Blaues Kreuz in Deutschland e. V., Landesverband Niedersachsen
Deutscher Guttempler-Orden, Landesverband Niedersachsen e.V.
Kreuzbund e.V., Selbsthilfe und Helfergemeinschaft für Suchtkranke
Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Landesverband Niedersachsen e.V.
Landesverband der Vereine für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

(Sofern zu diesen Mitgliedsverbänden Anschriften und Telefonnummern gewünscht werden, können diese bei der NLS erfragt werden)

Mitgliederzahl: Die Anzahl der Mitgliedsorganisationen beträgt 12.

Gründungsjahr: 1949

Rechtsform:

Die NLS ist ein Fachausschuss der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen. Die NLS hat aber einen eigenen Vorstand.

Finanzierung:

Die NLS wird überwiegend mit staatlichen Mittel, konkret aus den Mitteln des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales finanziert. Hinzu kommen Einnahmen aus Honoraren und Spenden.

Regionale Einrichtungen:

Auf regionaler Ebene unterhalten die Mitgliedsverbände ihre ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe und die Selbsthilfegruppen. Die NLS unterstützt diese Einrichtungen fachlich, organisatorisch und durch koordinierende Tätigkeiten.

Fachgruppen:

Die NLS verfügt über folgende Fachausschüsse und Arbeitskreise:

Fachausschuss Selbsthilfe, Fachausschuss Stationäre Einrichtungen, Fachausschuss Ambulante Hilfen; Arbeitskreise: Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Frau und Sucht, Externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten, Langzeiteinrichtungen für chronisch Suchtkranke, Substitutionbegleitung, Suchtprävention, Qualitätsmanagement/Benchmarking in Suchtberatungsstellen, Stationäre Therapieeinrichtungen für Betäubungsmittelabhängige,

In den Ausschüssen und Arbeitskreisen werden geschlechtsspezifische Gesichtspunkte berücksichtigt.

Spezifisches Wissen:

Kenntnis des Hilfesystems im Hinblick auf Suchtfragen in Niedersachsen

Kenntnisse im Hinblick auf die Struktur der Suchtprävention in Niedersachsen

Fort- und Weiterbildungskonzepte zu Themen mit frauenspezifischen Abhängigkeiten

Geschlechtsspezifische Konzepte in der Suchtprävention

Veröffentlichungen:

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) - Leitbild
Die NLS: Aufgaben und Ziele, Angebote, die NLS-Geschäftsstelle,
Hannover 2000, Faltblatt, kostenlose Abgabe

Jahresbericht der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS)
Für das jeweilig zurückliegende Jahr, ansonsten Restbestände. Broschüre, DIN A4,
kostenlose
Abgabe

Sucht und Suchtkrankenhilfe - Materialien der NLS
Hannover 1999, Liste der über die NLS zu beziehenden Materialien, Broschüre, DIN
A5, 24 Seiten, kostenlose Abgabe

Mappe zur Kampagne Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze
Informationen und Materialien zur Kampagne, u. a. Kampagnenplan, Adressen der im
"Bündnis für Verantwortung - weniger Alkohol, mehr Genuss" mitwirkenden
Institutionen, Zahlen und Fakten zum Thema Alkohol, BZgA-Broschüre "Alles klar", 4
Plakate.
Hrsg.: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) und Landesstelle
Jugendschutz Niedersachsen. 2000. Mappe im Format DIN A4. Preis: 6 DM

Bausteinmappe "Starke Sportvereine - zur Umsetzung suchtpräventiver Fortbildungen in
Sportvereinen"
Hannover 1999, Ordner mit Lose-Blatt-Sammlung, DIN A4, 54 Seiten, Preis: 25 DM

"Welche Hilfen für Suchtkranke werden gebraucht?"
Fachtagung der NLS anlässlich ihres 50-jährigen Bestehens
Hannover 1999, Broschüre, DIN A5, 67 Seiten, Preis: 10 DM

Verzeichnis Stationäre Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen für
Suchtkranke
Hannover 1999, Broschüre, DIN A5, 80 Seiten, kostenlose Abgabe

Cannabis: Haschisch und Marihuana.
Hannover 1999, Broschüre, 18 Seiten, kostenlose Abgabe von Einzelexemplaren, bei
Mehrexemplaren pro Stück 0,50DM und Versandkosten

Die Süchte der Frauen. Angebote zur Hilfe auf dem Prüfstand.
Berichtsband der Tagung der NLS vom 17.06.98 in Hannover
Hannover 1999, Broschüre DIN A5, 88 Seiten, Preis: 14 DM

Verzeichnis der Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke und -
gefährdete der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen
Adressverzeichnis, Faltblatt, 15. überarbeitete Auflage, Hannover Dezember 2000,
kostenlose
Abgabe

Wie arbeiten Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen zusammen? Ergebnisse einer
Umfrage in Niedersachsen

Hannover 1998, Broschüre DIN A4, 55 Seiten, Bezug über NLS, kostenlose Abgabe, bei Mehrexemplaren Versandkosten

Alkohol und Medikamentenmissbrauch im Alter. Gibt es Handlungsbedarf in Institutionen für alte Menschen?

Dokumentation des Studientages vom 16.10.1997

Hannover 1998, Broschüre DIN A4, 34 Seiten, Preis: 8 DM

Junge Männer im Straßenverkehr - Voll - im Griff!

Hannover 1998, Videofilm (VHS) über ein Projekt zur Suchtprävention, 16 Minuten.

Dazu Begleitbroschüre, Oktavformat, 48 Seiten, Preis: 5 DM

Abfahren - und wie?! Ein Modellprojekt - Jugendkultur und Partydrogen.

Aus der Reihe "Zum Beispiel ... Suchtprävention in Niedersachsen"

Hannover 1998, Broschüre DIN A4, 44 Seiten, Preis: 9,50 DM

Starke Mädchen. Evaluation eines Projektes zur schulischen Suchtprävention.

Aus der Reihe "Zum Beispiel ... Suchtprävention in Niedersachsen"

Hannover 1998, Broschüre DIN A4, 33 Seiten, Preis: 8 DM

Die Fortbildung jugendlicher Multiplikatoren in der Suchtprävention. Eine Rahmenkonzeption.

Aus der Reihe "Zum Beispiel ... Suchtprävention in Niedersachsen"

Hannover 1997, Broschüre DIN A4, 29 Seiten, Preis: 7,50 DM

Geschlechtsspezifische Projekte in der Suchtprävention.

Aus der Reihe "Zum Beispiel ... Suchtprävention in Niedersachsen"

Hannover 1996, Broschüre DIN A4, 38 Seiten, Preis: 8 DM

Broschüren-Paket "Zum Beispiel ... Suchtprävention in Niedersachsen".

Als Gesamtpaket sind die vorgenannten 4 Broschüren zum Sonderpreis von 20 DM zu erhalten.

Wie schütze ich mein Kind vor Sucht? Ein Ratgeber für Eltern

Hannover, 2. überarbeitete Auflage 1999, Broschüre, 20 Seiten, kostenlose Abgabe von Einzelexemplaren, bei Mehrexemplaren pro Stück 0,50 DM und Versandkosten.

Suchtprävention - Wirksam und das Geld wert!

Berichtsband der Tagung der NLS vom 17.06.97 in Hannover

Hannover 1997, Broschüre DIN A5, 128 Seiten, Preis: 9 DM

Kinder stark machen. Ein Projekt der NLS in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Fachhochschule für Sozialwesen Hannover

Hannover 1995, Broschüre DIN A4, 31 Seiten, Bezug über NLS, kostenlose Abgabe, bei Mehrexemplaren Versandkosten

Ecstasy - Konsum, Missbrauch, Präventionsstrategien.

Berichtsband der Tagung der NLS vom 14.06.95 in Hannover

Hannover 1995, Broschüre DIN A5, 98 Seiten, kostenlose Abgabe, bei Mehrexemplaren Versandkosten

Sucht im Alter - Prävention und Hilfe für alte Menschen.

Berichtsband der Tagung der NLS vom 29.06.94 in Hannover
Hannover 1994, Broschüre DIN A5, 87 Seiten, Preis: 5 DM

Leben ist der beste Stoff - Medien zur Suchtprävention
Hrsg.: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) und
Nieders. Landesverwaltungsamt - Landesmedienstelle -. Hannover 1994,
Broschüre, DIN A5, 118 Seiten, kostenlose Abgabe, bei Mehrexemplaren
Versandkosten

5.3 Reproduktive Gesundheit

5.3.1 Sexualität

Name der Organisation:

Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.

Adresse:

Stresemannallee 3 - 60596 Frankfurt am Main

Tel.: 069 / 63 90 02

Fax: 069 / 63 98 52

Ansprechpartner: Elke Thoß

Ziel der Organisation:

1. Sexualität

Aus den Grundrechten der freien Entfaltung der Persönlichkeit und der Menschenwürde folgt das Recht jedes Menschen, seine sexuelle Orientierung und seine sexuellen Beziehungen frei zu wählen und sein Leben entsprechend einzurichten, soweit nicht andere dadurch in ihren Persönlichkeitsrechten verletzt werden. PRO FAMILIA wendet sich daher gegen gesellschaftliche und rechtliche Diskriminierung homosexueller Frauen und Männer und setzt sich zum Beispiel dafür ein, die Sexualität körperlich und geistig Behinderter und älterer Menschen zu enttabuisieren. Ebenso sieht sie sich der Vorbeugung und Zurückdrängung sexueller Gewalt verpflichtet.

Sexuelles Wohlergehen ist darüber hinaus unverzichtbarer Bestandteil allgemeinen Wohlergehens von Frauen und Männern. Es setzt die Fähigkeit zu und das Erleben von lust- und liebevollen sinnlichen Erfahrungen voraus sowie eine Haltung, die gleichermaßen Gleichberechtigung und Geschlechterdifferenz anerkennt und die dem Irrationalen der Sexualität als einem Moment kultureller Bereicherung Raum gibt. Dies wiederum wird nur im Zusammenhang mit Erziehungs- und Bildungsprozessen gelingen, die nicht nur auf Informiertheit ("Aufklärung") abzielen, sondern auch Selbstbewusstsein, Kontaktfähigkeit, Angstbewältigung, Verantwortlichkeit, Toleranz und die Fähigkeit zu Widerspruch und Abgrenzung gegenüber Wünschen und Forderungen anderer fördern.

Da all dies von jeder Generation neu "erworben" werden muss, setzt PRO FAMILIA sich dafür ein, dass Sexualpädagogik integraler Bestandteil des Erziehungs- und Bildungswesens wird.

Ängste und Hemmungen, mangelnde Lust- und Liebesfähigkeit und sexuelle Gewalt können zu Konflikten und Lebenskrisen bis hin zu manifesten Erkrankungen führen. In diesen Kontext gehören auch sexuell übertragbare Krankheiten einschließlich Aids. Hieraus folgt der Anspruch von Frauen und Männern auf Information, Beratung und Hilfe zu Fragen und Problemen, die sich aus ihrem Sexualleben ergeben.

2. Familienplanung

PRO FAMILIA setzt sich für die Verwirklichung des erstmals 1968 in Teheran von den Vereinten Nationen verkündeten Menschenrechts auf Familienplanung ein. Danach ist es ein grundlegendes Recht von Frauen und Männern, über die Zahl ihrer

Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt frei und verantwortlich zu entscheiden. Da dieses ein universell gültiges Grundrecht ist, ist es nur durch andere Menschenrechte begrenzt und darf nicht sonstigen Gesichtspunkten - etwa wirtschaftlichen Interessen oder politischen und moralischen Mehrheitsmeinungen - untergeordnet werden.

Das Recht auf Familienplanung begründet sich sowohl vom Wohlergehen des Kindes her, indem dessen Lebenschancen verbessert werden, als auch vom Grundrecht von Frauen und Männern auf Selbstbestimmung in der Frage, ob sie eine Schwangerschaft wollen und ob sie ihr Leben an das eines oder mehrere Kinder binden wollen. Neben dem Recht auf Schwangerschaftsverhütung schließt es das Recht auf Kinderlosigkeit und auf Hilfe bei Problemen mit der Empfängnis- und Zeugungsfähigkeit ein.

Verwirklichung dieser Rechte bedeutet, dass Familienplanung nicht nur erlaubt sein, sondern auch durch Rechtsordnung und Politik gefördert werden muss. Information und Beratung zu den Methoden der Familienplanung müssen allgemein zugänglich sein.

Es ist eine öffentliche Aufgabe zu gewährleisten, dass eine Vielfalt möglichst sicherer, möglichst unschädlicher und verschiedenen Lebenslagen entsprechender Verhütungsmethoden zur Verfügung steht. Öffentliche Aufgabe ist es auch sicherzustellen, dass der Zugang zu diesen Methoden nicht aus finanziellen Gründen oder durch unzureichende Versorgung behindert wird.

Das Recht auf Familienplanung ist andererseits dadurch bedroht, dass ungewollte Kinderlosigkeit infolge schädlicher Umwelteinflüsse zunimmt. Auf diesem Gebiet muss der Schutz vor fertilitätsschädigenden Arbeits- und Lebensbedingungen Vorrang haben.

3. Schwangerschaftsabbruch

Nach Auffassung von PRO FAMILIA folgt aus dem Menschenrecht auf Familienplanung auch das Recht von Frauen, selbst und in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob sie ein ungewolltes Kind zur Welt zu bringen oder nicht. PRO FAMILIA sieht darin eine Gewissensentscheidung, die sich staatlicher Kontrolle und staatlichem Zwang entzieht. Menschliches Leben ist auch vor der Geburt schützenswert; doch sind Druck, Einschüchterung, Belehrung, Bevormundung oder gar Strafdrohungen gegen schwangere Frauen und diejenigen, die sie in ihrer Entscheidung unterstützen, hierfür ungeeignete Mittel. Damit die Autonomie und Mündigkeit ungewollt schwangerer Frauen auch im geschriebenen Recht Anerkennung findet, setzt sich PRO FAMILIA in der politischen Debatte über den Schwangerschaftsabbruch für die Streichung des Paragraphen 218 aus dem Strafgesetzbuch ein.

Für Frauen, die sich ihrer Entscheidung nicht sicher sind, muss ein qualifiziertes, weltanschaulich plurales Angebot von Information, Beratung und Hilfe zur Verfügung stehen. Im Spektrum der Beratungsträger steht PRO FAMILIA für ein säkulares, von Individualität, Gleichberechtigung und Chancengleichheit, Autonomie und Toleranz bestimmtes Menschenbild. Es geht vom Vertrauen in die Fähigkeit von Frauen und Männern zu Verantwortlichkeit und Selbsthilfe aus und sieht die Aufgabe von Fachleuten und Institutionen im Angebot von Dienstleistungen, die diese Fähigkeiten stärken.

Um ungewollt schwangeren Frauen eine entsprechende Wahlmöglichkeit zu erhalten, nimmt PRO FAMILIA auch die gesetzlich dem Schwangerschaftsabbruch vorgeschaltete Beratung wahr. Eine mit Strafdrohung erzwungene Beratung steht zwar im Widerspruch zu den wissenschaftlich begründeten Regeln und den ethischen Grundsätzen der Konfliktberatung. Der Pflichtcharakter des Gesprächs negiert gerade den Appell an die Verantwortungsfähigkeit und -bereitschaft der Frau. Doch bleiben andererseits auch in einer Pflichtberatung Prinzipien wie die Ausrichtung der Beratung an der Wissenschaft und der Respekt vor der Letztentscheidung und -verantwortung der Frau ("Ergebnisoffenheit") anerkannt. Damit kann in einer Weise beraten werden, die fachlich und ethisch vertretbar und mit dem skizzierten Selbstverständnis vereinbar bleibt und zugleich der in Deutschland geltenden staatlichen Vorgabe genügt, wonach die Beratung dem Schutz des vorgeburtlichen Lebens dienen soll.

4. Schwangerschaft und Geburt

Auch bei gewollter oder nachträglich akzeptierter Schwangerschaft gilt die Forderung, die Autonomie und Mündigkeit von Frauen während Schwangerschaft und Geburt anzuerkennen. Von diesem Grundsatz ausgehend setzt sich PRO FAMILIA für umfassende Informations- und Beratungsangebote zu gesundheitlichen, psychologischen und sozialen Aspekten von Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft ein, die sich auch an die betroffenen Männer wenden. Andererseits folgt daraus, dass PRO FAMILIA ExpertenInnenherrschaft über und übertriebene Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt ebenso ablehnt wie Rechts- und Verwaltungsbestimmungen, die die Autonomie der Frauen missachten. PRO FAMILIA wendet sich gegen eugenisches Denken in der Schwangerschaftsbetreuung, tritt für eine Stärkung der Hebammen in ihrer wichtigen Rolle als Begleitung vor, während und nach der Entbindung ein und fordert einen Ausbau qualifizierter Angebote ambulanter und häuslicher Entbindung.

Aus den verfassungsrechtlichen Schutzgarantien für Mütter und Familien (das heißt Eltern und Kinder) sowie aus dem Verbot der Benachteiligung von Frauen folgt, dass Schwangerschaft und Elternschaft nicht zu Nachteilen in Ausbildung, Arbeitsleben und den allgemeinen sozialen Lebensverhältnissen führen dürfen. Wirksame Schutzrechte (etwa im Arbeitsrecht) und Ausgleichsleistungen (etwa Kindergeld) sowie bedarfsgerechte ergänzende Dienstleistungen (etwa zur Kinderbetreuung) sind bereitzustellen. Frauen und Männer haben Anspruch auf Information und Beratung über diese Rechte und Leistungen.

5. Politische Einflussnahme

PRO FAMILIA ist nicht nur ein Dienstleistungs- und Fachverband. Mit ihrer Grundhaltung zu Sexualität, Sexualpädagogik und Familienplanung verbindet PRO FAMILIA einen politischen Auftrag und die daraus resultierende Vertretung von Interessen Informations- und Ratsuchender.

PRO FAMILIA tritt ein für eine sexuelle Kultur,

- in der sich unterschiedliche sexuelle und partnerschaftliche Lebensweisen entwickeln können und geachtet werden,
- in der die Spannung der Geschlechterdifferenz zum (kontroversen) Dialog führt statt zu Unterdrückung oder Nivellierung,
- in der sexuelle Selbstbestimmung und damit auch Bestimmung über die eigene Fruchtbarkeit als wesentliches Merkmal sozialer Kompetenz gilt, statt diffamiert oder gar strafrechtlich geahndet zu werden,

- in der die Irrationalität von Sexualität anerkannt und auch als kulturelle Bereicherung gesehen wird.

Die Legitimation für diese Haltung bezieht PRO FAMILIA aus vierzigjähriger Praxis, aus ihrem Dialog mit Rat- und Informationssuchenden und aus wissenschaftlichem Erkenntniszugewinn. Ihre politische und fachliche Integrität wird sie immer wieder im Dialog mit denen unter Beweis stellen müssen, die ihre Beratungs- und Informationsangebote in Anspruch nehmen.

Das Konzept einer selbstbestimmten Familienplanung unterscheidet sich bewusst und eindeutig von bevölkerungspolitischen Absichten zur Verringerung oder Steigerung von Geburtenraten. Maßnahmen gleich welcher Art, die das Bevölkerungswachstum direkt unter Missachtung individueller Wahlfreiheit beeinflussen sollen, widersprechen dem Menschenrecht auf Familienplanung. Dieses Menschenrecht ist weder national noch international teilbar.

Sexualpolitik im Verständnis von PRO FAMILIA ist eine übergreifende Aufgabe, die sich auf alle Politikbereiche bezieht, in denen über die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten sexueller Lebensweisen von Frauen und Männern entschieden wird. Neben Bevölkerungspolitik gehören hierzu Frauen-, Gesundheits-, Familien-, Bildungs-, Rechts- und Sozialpolitik, aber auch etwa die Tarifpolitik, in der wichtige Weichenstellungen für die geschlechtsspezifischen Lebenschancen erfolgen.

In einer Zeit zunehmender internationaler Verflechtungen wirkt PRO FAMILIA über internationale Organisationen wie die Europa-Region der International Planned Parenthood Federation auf sexualpolitische Forderungen und Entwicklungen ein.

Zugleich reflektiert PRO FAMILIA die eigene Tätigkeit: sie muss immer wieder von den Interessen, Bedürfnissen und Grundrechten der einzelnen Menschen her begründet werden. Dies ist in der Geschichte der Familienplanungsbeziehung nicht immer gelungen. Die Nähe einiger ihrer Vertreter zur "Rassenhygiene" des Nationalsozialismus oder zu Zwangssterilisationen in Ländern der Dritten Welt liefert Beispiele dafür. Anliegen von PRO FAMILIA ist es, diese geschichtlichen Lehren in ihrer gegenwärtigen Tätigkeit und in ihren zukunftsgerichteten Zielen und Aufgaben zu berücksichtigen.

6. Information

Viele Fragen zu oder Schwierigkeiten mit Sexualität und Partnerschaft bedürfen keiner Beratung oder gar Behandlung, sondern qualifizierter, verständlicher und umfassender Information.

Darüber hinaus ist es zu respektieren, wenn Menschen ihre Belange unabhängig von Institutionen und ihren MitarbeiterInnen klären und lediglich deren "Informationspool" für sich nutzen wollen. Das bedeutet, dass Information nicht nur in persönlichen Gesprächen abrufbar, sondern auch personen- und zeitunabhängig verfügbar sein sollte.

PRO FAMILIA gibt daher regelmäßig Informationsmaterialien heraus, wie zum Beispiel

- Broschürenreihen zu Methoden der Familienplanung, Körper und Sexualität sowie
- Schwangerschaft (in deutscher Sprache),
- Broschüren zu Methoden der Familienplanung und Gesundheitsdiensten für AusländerInnen in elf Sprachen,

- das "PRO FAMILIA MAGAZIN" als einzige deutschsprachige Fachzeitschrift zur Familienplanung und Sexualpädagogik mit Schwerpunktthemen und verbandsinternen Informationen (erscheint sechsmal jährlich) und
- "PRO FAMILIA-Arbeitsmaterialien" und "Familienplanungs-Rundbriefe" als Arbeitshilfen für auf dem Gebiet der PRO FAMILIA tätige Berufsgruppen.
- Die Informationsmaterialien sind über die Beratungsstellen, Landesgeschäftsstellen oder die Bundesgeschäftsstelle zu beziehen.
- Darüber hinaus bieten einige - an PRO FAMILIA-Beratungsstellen angeschlossene - sexualpädagogische Mediotheken eine Reihe von sexualpädagogischen Medien (Bücher, Filme, Videos, Plakate, Spiele) für interessierte LaiInnen und Fachleute an.

7. Beratung

Verständnis von Beratung

Diejenigen, die in PRO FAMILIA-Beratungsstellen kommen, sind in der Regel gesunde und erwachsene Menschen, die Fragen, Zweifel, Schwierigkeiten mit ihrer Verhütung, Sexualität, Schwangerschaft oder Partnerschaft haben und deswegen mit einer Beraterin oder einem Berater reden wollen oder müssen.

Beraterinnen und Berater wollen und können ihnen dabei weder Verantwortung noch Entscheidungen abnehmen. Sie verstehen die Gespräche als Unterstützung, als Verständnis- und Entscheidungshilfe. Manchmal genügt es, zu informieren und aufzuklären. Vor allem in der psychologischen Beratung, etwa bei Partnerschafts- und Sexualproblemen, reicht dies jedoch nicht aus. Hier bedienen sich die BeraterInnen auch psychotherapeutischer Methoden; eine klare Grenze zur Psychotherapie gibt es nicht. Doch auch in diesen Fällen gilt, dass mit fachlicher Unterstützung die Ratsuchenden selbst bestimmen, welche Entwicklung die Beratung nimmt, und dass sie selbst zu Lösungen und Entscheidungen finden müssen. Das gilt auch für die Beratung von Jugendlichen.

Grundsätzlich ist die Teilnahme an Beratung freiwillig, entscheiden die Ratsuchenden selbst, worüber, wie intensiv und wie lange sie sich beraten lassen wollen. Eine Ausnahme hiervon ist die gesetzlich vorgeschriebene Beratung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen.

8. Grenzen von Beratung

Auch professionelle BeraterInnen wissen nicht über alles Bescheid (z.B. spezielle Rechtsfragen), können viele notwendige Hilfen nicht direkt geben (z.B. finanzielle), wollen und können keine Entscheidungen abnehmen (z.B. über Abbruch oder Fortsetzung einer Schwangerschaft), müssen bei bestimmten psychischen und zwischenmenschlichen Konflikten und Krisen an andere Stellen weiterverweisen, können Enttäuschungen und Ängste oder das Gefühl, nicht verstanden zu werden, nicht immer verhindern. Zu den Grundlagen der Beratung gehört allerdings,

- Zeit zu haben,
- respektvoll mit jedem Anliegen umzugehen,
- zu ermutigen, vorhandene Rechte in Anspruch zu nehmen,
- weiter zu vermitteln, wenn andere Fachleute vielleicht besser helfen können.

9. Beratungsangebote

PRO FAMILIA bietet medizinische, psychologische und soziale Beratung

- zu Partnerschaft, Trennung und Scheidung,
- zu Sexualität,
- zu Empfängnisregelung, Sterilisation und unerfülltem Kinderwunsch,
- zu gewollter und ungewollter Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Geburt,
- zu anderen gesundheitlichen Fragen aus den Bereichen Gynäkologie und Andrologie.

10. Sexualpädagogik

Sexualpädagogik ist mehr als Aufklärung. Sexualität begleitet den Menschen im Sinne einer schöpferischen Lebensenergie von Anfang an und ist damit weit mehr als genitales Erleben, das umgangssprachlich oft mit Sexualität gleichgesetzt wird.

Sexualpädagogik bringt Kindern und Jugendlichen nicht erst etwas nahe, was ihnen sonst noch fremd wäre. Vielmehr greift sie gemeinsam mit ihnen etwas auf, was in verschiedenen Ausdrucksformen stets schon vorhanden und damit auch Teil jedes Bildungs- und Erziehungsprozesses ist, ob gewollt oder ungewollt, bewusst oder unbewusst. Ihr erstes Anliegen ist es zu vermeiden, dass Sexualität als Thema aus Erziehungsprozessen ausgeklammert und damit tabuisiert und nicht etwa "neutralisiert" oder "auf später verschoben" wird. Denn dies würde bedeuten, Kinder und Jugendliche mit ihrer Sexualität und den damit verbundenen Erfahrungen, also auch mit ihren Unsicherheiten und Ängsten, allein zu lassen.

Sexualpädagogische Arbeit heißt, Kindern und Jugendlichen einfühlsam und fachkundig Information, Begleitung und Unterstützung in sexuellen und partnerschaftsbezogenen Lernprozessen anzubieten. Wichtige Lernziele sind das Akzeptieren des eigenen Körpers, partnerschaftliches Verhalten, Rücksichtnahme und Zärtlichkeit. Dazu gehören auch die Entwicklung von Selbstvertrauen, die Anerkennung der Geschlechterdifferenz, und ein gleichberechtigtes Verhältnis von Jungen und Mädchen, Frauen und Männern. Zugleich soll Sexualpädagogik zur Auseinandersetzung mit schlechten Erfahrungen, mit Zweifeln, Scham und Ängsten, mit den "hässlichen" Seiten der Sexualität (etwa sexueller Gewalt) ermutigen und für die negativen Auswirkungen von moralisierendem Ausgrenzen und Entwerten sensibilisieren.

Die Teilnahme an sexualpädagogischen Programmen ist zu jedem Zeitpunkt freiwillig. Jedes Mädchen oder jeder Junge bestimmt stets das Maß ihrer oder seiner Beteiligung selbst.

Sexualpädagogik im beschriebenen Sinne wird schwierig, wenn nicht unmöglich sein in Zusammenhängen, in denen Werte wie Verantwortlichkeit, Toleranz, Respekt oder Gleichberechtigung nicht gefördert oder gar verneint werden. Auch sind für die Sexualpädagogik Entwicklungsprozesse im Umfeld der betreffenden Kinder und Jugendlichen wichtig, die nur durch Zusammenarbeit mit Eltern, ErzieherInnen und LehrerInnen einbezogen werden können.

PRO FAMILIA hat Pionierarbeit geleistet im Aufbau sexualpädagogischer Gruppenarbeit mit Mädchen und Jungen, Eltern und PädagogInnen. Die PRO FAMILIA-Sexualpädagogik ist mittlerweile in unterschiedlichen Institutionen anerkannt, obgleich sie immer wieder gegen konservativ-politische und konfessionelle Widerstände durchgesetzt werden muss.

PRO FAMILIA bietet heute fachkundige Unterstützung, wenn PädagogInnen und Jugend- und Elterngruppen

- mehr über Sexualität und Familienplanung wissen wollen,
- Veranstaltungen zum Thema durchführen wollen oder
- zu diesem Themenkreis eine Reihe von Gruppengesprächen mit Jugendlichen planen.

11. Medizinische Behandlung

In den medizinischen Einrichtungen von PRO FAMILIA werden neben den Beratungen medizinische Behandlungen zur Familienplanung, wie Einlegen der Spirale und zum Teil auch Sterilisation, angeboten.

In den Zentren ist auch die ambulante Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen möglich.

Die Zentren verstehen sich als Modelleinrichtungen, die durch ihre Arbeit auch die Praxis in Kliniken und Arztpraxen beeinflussen wollen. Dies bezieht sich auf den ausschließlichen Einsatz der schonendsten medizinischen Methoden und auf einen respektierenden und annehmenden menschlichen Umgang mit Frauen und Männern.

12. Öffentlichkeitsarbeit

PRO FAMILIA sieht es als ihre Aufgabe an, zu politischen Entscheidungsprozessen Stellung zu nehmen, die ihre Ziele und Arbeit berühren. Sie will damit für den Anspruch von Frauen und Männern auf selbstbestimmte Liebes- und Partnerschaftsverhältnisse und die dafür zu schaffenden Rahmenbedingungen eintreten.

Themen der Öffentlichkeitsarbeit sind unter anderem Schwangerschaftsabbruch, Verhütung, Reproduktions- und Gentechnologie, Sexualpädagogik und sexualisierte Gewalt.

13. Fort- und Weiterbildung

Der Bundesverband von PRO FAMILIA, einzelne Landesverbände und Beratungsstellen bieten regelmäßig Fort- und Weiterbildungskurse und berufsbegleitende Zusatzausbildungen an. Sie wenden sich an eigene Mitarbeiterinnen, die sich in die verschiedenen Tätigkeitsfelder einarbeiten oder berufsbegleitend fortbilden wollen, und an andere Fachkräfte im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich.

14. Kooperation

Für PRO FAMILIA ist die Zusammenarbeit mit anderen Fachorganisationen wichtig, um Erfahrungen und Impulse weiterzugeben und um die eigene Arbeit in einen erweiterten fachlichen und gesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen. So ist PRO FAMILIA Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, im Deutschen Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung und in weiteren Verbänden, die in den Bereichen Gesundheit, Sexualforschung und Sozialarbeit tätig sind. Die Beratungsarbeit vor Ort ist eingebunden in ein Netzwerk medizinischer und psychosozialer Einrichtungen. Dies ist wichtig einerseits für die verbandspolitische Arbeit, andererseits für die eigenen Dienstleistungen, zu denen zum Beispiel Hilfe bei der Suche nach Therapiemöglichkeiten, Vermittlung von Beratung und Unterstützung durch Behörden und andere Einrichtungen oder Fachleute gehören.

Darüber hinaus sucht Pro Familia die Zusammenarbeit mit Gruppen und Initiativen der neuen sozialen Bewegungen (insbesondere der Frauen- und Gesundheitsbewegung).

Mitglieder der Organisation: 16 Landesverbände mit Einzelmitgliedern

Anzahl der Mitglieder: 5700

Gründungsjahr: 1952

Rechtsform: Freier, gemeinnütziger Verein mit föderativer Struktur

Finanzierung:

Die Arbeit von PRO FAMILIA wird überwiegend aus öffentlichen, das heißt kommunalen, Länder- und Bundesmitteln finanziert, zu etwa einem Drittel durch

Eigeneinnahmen aus freiwilligen Spenden, Kostenbeteiligungen von KlientInnen, Verkauf von Verhütungsmitteln, aus Abrechnungen mit Krankenkassen, Mitgliedsbeiträgen und Veröffentlichungen. Die Zusammensetzung der Haushalte und das Ausmaß öffentlicher Förderung weist regional enorme Unterschiede auf, was sich unmittelbar auswirkt auf Art und Umfang der Leistungen, die von den jeweiligen Beratungsstellen und Landesverbänden angeboten werden können.

PRO FAMILIA ist eine gemeinnützige Organisation. Sie wirbt ihre finanziellen Mittel bedarfs- und nicht gewinnorientiert ein.

Regionale Einrichtungen:

Die Landes-, Orts- und Kreisverbände sind als Mitgliedervereine organisiert und Träger von mehr als 160 Beratungsstellen und Pro Familia-Zentren.

Fachgruppen: auf Anfrage

Veröffentlichungen:

Zeitschrift Pro Familia Magazin (alle zwei Monate)

Internet: www.profamilia.de

5.3.2 Müttergenesungswerk

Name der Organisation:

Deutsches Müttergenesungswerk - Elly-Heuss-Knapp-Stiftung

Adresse:

Postfach 1260 - 90544 Stein

Tel.: 09 11 / 967 11 - 0

Fax: 0911 / 67 66 85

E-Mail: info @ muettergenesungswerk. de

Internet: www.muettergenesungswerk.de

Ansprechpartnerin:

Geschäftsführerin: Frau Bettina Stoll

Ziele der Organisation:

In den vom Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtungen (1998 gibt es bundesweit 129 Einrichtungen) werden Mütter - und Mutter-Kind-Kuren durchgeführt

Arbeitsschwerpunkte:

Frauenspezifische Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Neben der medizinischen Betreuung wird großer Wert auf die psychosoziale Therapie gelegt.

Mitglieder der Organisation:

Fünf Trägergruppen:

- AWO (Arbeiterwohlfahrt),
- DPWV (Der Paritätische Wohlfahrtsverband),
- DRK (Deutsches Rotes Kreuz),
- EAG (Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.),
- KAG (Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.)

Mitgliederzahl: -

Gründungsjahr: 1950

Rechtsform: Stiftung

Finanzierung: Spenden (u.a.aus Haus- und Straßensammlung)

Regionale Einrichtungen:

Die Kuren werden in den Beratungs- und Vermittlungsstellen der Wohlfahrtsverbände (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk oder Frauenverbände der evangelischen oder katholischen Kirche) - siehe örtliche Telefonbücher - vermittelt

Fachgruppen: interne Arbeitsgruppen

Spezifisches Wissen:

Die jährliche Kurstatistik "Die gesundheitliche und soziale Lage der Kurteilnehmerinnen", die auf der Auswertung von Kurfragebögen basiert, zeigt, welchen Belastungen Mütter heute ausgesetzt sind, in welcher Lebenssituation sie sich befinden und erforscht die sozialen und gesundheitlichen Probleme, die in einer Müttergenesungskur behandelt werden. Zugleich dienen diese Kenntnisse dazu, die Konzeptionen der Müttergenesungsarbeit ständig zu aktualisieren und die Leistungen der gesundheitlichen und sozialen Situation der Kurteilnehmerinnen und deren Kinder anzupassen.

Veröffentlichungen:

- Broschüre "MütterStärken" (Kann schriftlich kostenlos bezogen werden)
- Jahresbericht 1999 (erscheint jährlich)
- Pressemappe - erscheint laufend neu mit aktuellen Artikeln
- Kurstatistik
- MGW Jahrbuch 2000/2001 (Auflistung der vom Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtungen mit Schwerpunktkuren. Nicht für die Öffentlichkeit)

5.3.3 Schwangerschaft und Geburt

Name der Organisation:

CARA e.V. Kritische Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik e.V.

Adresse:

Große Johannstraße 110 - 28199 Bremen

Tel.: 04 21 / 597 84 95

Fax: 04 21 / 597 84 95

E-Mail: cara-ev@t-online.de

Ansprechpartnerinnen:

Ebba Kirchner-Asbrock

Gabriele Freck-Wulfmeyer

Ziele der Organisation:

Ziel der Beratungs- und Fachstelle ist es, die zunehmende Selbstverständlichkeit in der Anwendung vorgeburtlicher Untersuchungen und Tests in Frage zu stellen, den immer stärker werdenden Automatismus, mit dem diese angeboten und von schwangeren Frauen in Anspruch genommen werden, eine alternative Sichtweise entgegenzusetzen.

Arbeitsschwerpunkte:

Aus den grundlegenden Zielen von CARA e.V. wurden folgende Arbeitsschwerpunkte entwickelt:

1. Beratungsangebote

- Beratung für Frauen und ihre PartnerInnen
- Beratung für MitarbeiterInnen im psychosozialen und medizinischen Hilfesystem
- Kollegiale Beratung für Menschen, die in der Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit tätig sind
- Angebote der Telefonberatung für alle Zielgruppen als niedrighschwelliges Angebot

2. Informations- und Vermittlungsstelle

Angebote bei weitergehenden Fragestellungen (z.B. nach der Geburt eines geschädigten Kindes; nach einer Totgeburt o.ä.) Kontakte zu anderen Einrichtungen, Gruppen etc. herzustellen: Hebammen, GynäkologInnen, Selbsthilfe- und Elterngruppen, Beratungsstellen.

Weitergabe von Adressen, Materialien, ReferentInnen, Kontaktpersonen, die kritisch mit der Thematik befasst sind.

3. Regionale und überregionale Vernetzungen

Mitarbeit in Arbeitsgruppen zu Thematik

Engagement im Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik

Fachlicher Austausch mit anderen Einrichtungen, Gruppen, die Angebote zum Umgang mit Pränataldiagnostik machen

4. Fortbildung zum Themenfeld Pränataldiagnostik

5. Kritische Öffentlichkeitsarbeit

Dieser Vielfalt der Arbeitsschwerpunkte kann bei CARA nur im Rahmen der vorhandenen knappen personellen und finanziellen Ressourcen nachgekommen werden.

Mitglied der Organisation: Einzelmitglieder, von Frauen getragene Initiative

Anzahl der Mitglieder: -

Gründungsjahr: 1990

Rechtsform: gemeinnütziger Verein

Finanzierung: Förderung durch den Senator für Gesundheit in Bremen

Regionale Einrichtung: keine, Mitglied im Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik

Fachgruppen:

Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
c/o Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
Brehmstraße 5-7 - 40239 Düsseldorf

Spezifisches Wissen:

Auf der Basis des Grundverständnisses von CARA zur Anwendung pränataldiagnostischer Methoden richtet sich das Beratungsangebot an Frauen bzw. Paare, die sich über vorgeburtliche Diagnostik informieren wollen, Unterstützung in der Entscheidungsfindung suchen oder bereits belastende oder verunsichernde Erfahrungen in Zusammenhang mit dieser Diagnostik gemacht haben (z.B. Fehlgeburt nach Amniozentese, auffälliger/unklarer Befund oder später Schwangerschaftsabbruch nach auffälligem Befund).

Die Beratungen werden von Beraterinnen aus psychosozialen Berufen angeboten und beinhalten neben der ausführlichen Information über die Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik immer auch die Reflexion darüber, was die erhaltenen Informationen für die einzelne Frau/den einzelnen Mann bedeuten, was sie in ihnen auslösen. Ethische und lebensperspektivische Fragestellungen, wie z.B. Vorstellungen von Behinderungen und Leid, werden thematisiert und sollen den Frauen/Paaren unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten über ein Leben als Angehörige/Verantwortliche von behinderten Kindern in dieser Gesellschaft aufzeigen.

Aspekte der Beratung

- Informationen zu den Methoden vorgeburtlicher Diagnostik
- (Möglichkeiten, Risiken, Nachteile, Zeitpunkt der Durchführung, Wartezeit etc.?)
- Bedeutung der Information für die Frau/das Paar
- Ethische Aspekte
- Schwangerschaftsabbruch nach einem Befund
- Schwangerenvorsorge, Informationen über Hebammenvorsorge
- Vermittlung weiterer Informationen und Kontakte z.B. zu Selbsthilfegruppen

CARA als eine psycho-soziale Beratungsstelle verfügt über psycho-soziale Kompetenzen.

Die Qualitätssicherung der Arbeit geschieht durch die Einbindung und damit eigene Reflexion durch

- Supervision
- Intervention
- öffentliche Auseinandersetzung zum Thema
- fachöffentliche Auseinandersetzung

Veröffentlichungen:

Cara e.V.: Selbstverständnis, Informationen, Materialien, Adressen
28 Seiten, DM 8,--

Broschüre "Schwangersein ein Risiko?"
Über Cara erhältlich.

Name der Organisation:

Arbeitsgemeinschaft Gestose-Frauen e.V.

Adresse:

Kapellenerstr. 67a - 47661 Issum oder

Postfach 1253 - 47654 Issum

Tel.: 028 35 / 26 28

Fax: 028 35 / 29 45

E-Mail: gestose-Frauen@t-online.de

Internet: www.gestose-frauen.de

Ansprechpartnerinnen:

Geschäftsführerin: Sabine Kuse

Doris van Kilsdonk

Ziele der Organisation:

Information Betroffener, Beratung, Fortbildung.

Eine EPH-Gestose (früher Schwangerschaftsvergiftung) zeigt sich durch folgende Symptome: Wassereinlagerungen, steigender Blutdruck und Eiweiß im Urin. Die schwerste Form der Gestose ist das HELLP-Syndrom mit Lebersversagen. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass eine gute, ausgewogene Ernährung mit eiweißreicher, kalorien"reicher" und keineswegs salzreicher Kost die Symptome lindern hilft bzw. die Beschwerden auch verhindert.

Arbeitsschwerpunkte:

Beratung schwangerer Frauen mit und nach Gestose. Einmal jährlich findet zusätzlich zu den regionalen Treffen eine bundesweite mehrtägige Fortbildung für Betroffene statt.

Mitglieder der Organisation: Überwiegend Betroffene, Hebammen, Ärztinnen

Anzahl der Mitglieder: ca. 460 Mitglieder + 10 Organisationen rund um Geburt und Stillzeit

Gründungsjahr: November 1984

Rechtsform: Gemeinnütziger eingetragener Verein

Finanzierung:

Finanzierung durch Mitgliedsbeiträge, Spenden und Kostenerstattung für angebotene Leistungen/Informationsmaterial, geringfügige Zuschüsse von Krankenkassen.

Regionale Einrichtungen:

Nachfolgend sind regionale Einrichtungen aufgeführt, die sich zum Erfahrungsaustausch treffen. Es finden dort keine Beratungen statt.

- Ahrensburg: Birgit Hoffmann, Spechtweg 16, 22926 Ahrensburg
- Altkreis Lübbecke: Heike Bergmann-Henke, Pr.Ströhen 316, 32369 Rahden
- Bremen: Helga Helms, Heidbergstr. 14, 28239 Bremen
- Dresden: Bärbel Arlt-Müller, Heinrich-Zille-Str. 11, 01219 Dresden
- Freudenstadt: Silvia Eberhardt, Lerchenbergstr. 16, 72250 Freudenstadt
- Heidelberg: Angelika Schmidt-Lang, Urnenstr. 16, 67071 Ludwigshafen
- Kassel/Umgebung: Heike Knabe-Schneider, Steinbachstr. 43, 34320 Söhrewald
- Leipzig: Veronika Albrecht-Birkner, Seb.-Bach-Str. 37, Hinterhaus, 904109 Leipzig
- Münster: Kristin Prior, Beckumer Str. 144, 59229 Ahlen

- Ravensburg: Dagmar van Lindt-Eßeling, Hugo-Hermann-Str. 69, 88213 Ravensburg
- Reutlingen: Gertraud Rauch, Schlegelstr. 17, 72762 Reutlingen

Mitgliedschaft in den Fachgesellschaften

"Deutsche Sektion der International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy" (ISSHP)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Abteilung Schwangerschaftshochdruck/Gestose (DGGG)

Spezifisches Wissen:

keine Reis-Obsttage

keine salzarme Kost

späte und nur moderate Senkung des Blutdrucks

ausführliche Hinweise auf Ernährungseinflüsse

besondere Vorerkrankungen führen zu Sondererscheinungsformen

(z.B. Immunologische Ursachen)

Veröffentlichungen:

Informationsbroschüre "EPH-Gestose aus meiner Sicht" von Sabine Kuse, zum Preis von DM 12,30. ISBN 3-9805324-2-9

"Ernährungsplan - ausführliche Version", zum Preis von DM 5,50. ISBN 3-9805324-1-0

Doppelbroschüre: "Salz in der Schwangerschaft/Mütterliche Nährstoffaufnahme" zum Preise von DM 5,80. ISBN 3-9805324-3-7

Informationsbroschüre "Immunologische und thrombophile Ursachen für Prä-Eklampsie und HELLP-Syndrom" zum Preise von DM 12,10.

Alle genannten Broschüren sind erhältlich bei der Arbeitsgemeinschaft Gestose-Frauen e.V., Postfach 1253, 47654 Issum.

Ausgewählter Auszug aus einer Veröffentlichung:

Artikel von Prof. Dr. med. habil. Ulrich Retzke "Besonderheiten des Salz- und Wasserhaushaltes in der Schwangerschaft" (siehe Internet)

Fragestellungen und Interessen:

Es besteht Interesse an Materialien aus anderen Ländern - vor allem zum HELLP-Syndrom - und an Kontaktadressen.

Name der Organisation:

Familienbildung und Frauengesundheit - Bundesverband e.V. (GfG)

Adresse:

Postfach 22 01 06 - 40608 Düsseldorf oder

Dellestr. 5 - 40627 Düsseldorf

Tel.: 02 11 / 25 26 07

Fax.: 02 11 / 20 29 19

E-Mail: gfg@gfg-bv.de

Ansprechpartnerinnen:

Geschäftsstelle: Lorraine Caukin,
Christiane Schnura,
Bundesvorsitzende: Ines Albrecht-Engel

Ziele der Organisation:

Die GfG möchte Frauen und Männer in unserer Gesellschaft, in ihrer Umbruchphase zum Elternwerden begleiten und in ihrer Kompetenz stärken. Die Schwangerschafts- und Elternbegleitung ist in Deutschland schwerpunktmäßig medizinisch orientiert. Diese einseitige (schul-)medizinische Ausrichtung wird den Bedürfnissen von Frauen nur teilweise gerecht. Sie entmündigt zudem die schwangeren Frauen und jungen Eltern. Durch Information über die vielfältigen Möglichkeiten, z. B. der Pränataldiagnostik, der Wahl des Geburtsortes, den Ablauf der Geburt und die eigene Kraft zum Gebären wollen wir Frauen in ihrer Eigenverantwortung und ihrer selbstbestimmten Wahl stärken. Diese Ziele verfolgen wir in verschiedene Richtungen:

Eltern durch ein umfassendes Kursangebot im Übergang zur Familie zu unterstützen: mit ganzheitlichen Kursen zur Begleitung in der Schwangerschaft, Vorbereitung auf die Geburt und auf das Elternsein. Neben einer neuen Form der Körperarbeit, war und ist der besondere Ansatz von Geburtsvorbereiterinnen die Paare und die Gruppe untereinander ins Gespräch zu bringen, um durch den Austausch die Eigenverantwortung und die Eigenkompetenz zu stärken. Dafür hat die GfG ein Konzept für die Weiterbildung von Geburtsvorbereiterinnen entwickelt.

Ein weiteres Kursangebot soll Eltern direkt nach der Geburt ihres Kindes die Möglichkeit geben, für ihre vielfältigen Fragen und Gefühle AnsprechpartnerInnen zu finden. In einem Kurs werden zum einen Informationen geboten, zum anderen die Möglichkeit zum Austausch untereinander geschaffen. Auch die Körperarbeit (Rückbildungsgymnastik) verfolgt einen neuen, von GfG-Frauen entwickelten Ansatz. Hierfür bieten wir die Weiterbildung zur FamilienbegleiterIn GfG an.

Die Bedingungen "rund um die Geburt" in unserer Gesellschaft so zu verändern, dass am Beginn des Lebens nicht nur die medizinischen Aspekte gesehen werden, sondern ebenso die emotionalen und psychosozialen Aspekte von Schwangerschaft, Geburt und der ersten Zeit mit dem neugeborenen Kind.

Diese Ziele hat die GfG vor allem durch ihren Ansatz der interdisziplinären Zusammenarbeit erreicht. Die GfG versteht sich nicht als Berufsverband, sondern als eine Interessenvertretung von werdenden und jungen Eltern. Darum ist die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen "rund um die Geburt" zum Wohle der Eltern für uns unabdingbar.

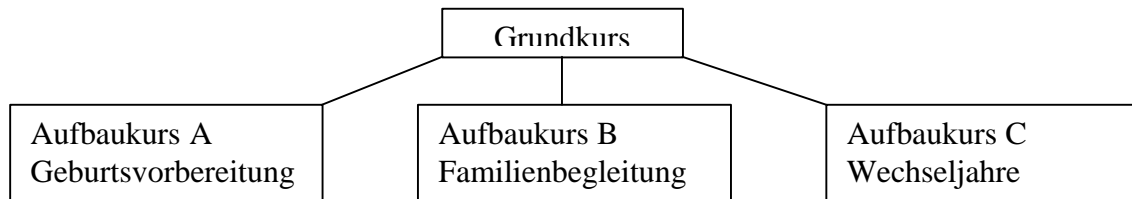
Arbeitsschwerpunkte:

Prävention durch die Berücksichtigung der psychischen Befindlichkeit und sozialen Aspekte in dieser entscheidenden Umbruchphase des Lebens. Aber auch der körperlichen Gesundheitsförderung durch Körperwahrnehmung, Entlastungsübungen, Ernährungsberatung etc.

Bildungsarbeit : Die Weiterbildungen der GfG

Das Weiterbildungskonzept

Die GfG bietet drei verschiedene Weiterbildungen im Bereich der Familienbildung und Frauengesundheit an. Sie werden im Baukastensystem durchgeführt und bestehen jeweils aus einem Grundkurs und einem Aufbaukurs.



- Der Grundkurs dient als erster Baustein für die Aufbaukurse, bietet aber auch als eigenständige Weiterbildung eine Basisqualifikation für die Leitung von ganzheitlichen Kursen der Familienbildung und Gesundheitsförderung.
- Der Aufbaukurs Geburtsvorbereitung befähigt zur Leitung von geburtsvorbereitenden Kursen für Frauen und Paare.
- Der Aufbaukurs Familienbegleitung befähigt zur Leitung von Kursen in Rückbildung/Neufindung und im Eltern-Kind-Bereich nach der Geburt.
- Der Aufbaukurs Wechseljahre befähigt zur Leitung von Kursen für Frauen in den Wechseljahren.

Lernziele und Lernverständnis

Die TeilnehmerInnen der Weiterbildung sollen befähigt werden, Wissen und Erfahrungen zu erarbeiten und zu vermitteln, die für ihre Zielgruppen in der Gesundheits- und Familienbildung relevant sind. Diese Inhalte können z.B. in Geburtsvorbereitungsgruppen, in familienbegleitenden Kursen und in Frauengruppen zu besonderen Themen eingebracht werden.

Voraussetzung dafür ist Wissenserarbeitung und die Ausbildung fachlicher, methodischer und kommunikativer Kompetenzen. Die Weiterbildungen der GfG bauen auf die Annahme einer Grundkompetenz der TeilnehmerInnen auf, d.h. auf den spezifischen Fähigkeiten und Erfahrungen, die jede und jeder in die Weiterbildungen mitbringt.

Durch eine akzeptierende und vertrauensvolle Atmosphäre während der Weiterbildungen in festen Gruppen wird den TeilnehmerInnen ermöglicht, angstfrei zu lernen, Neues auszuprobieren, Inhalte selbständig zu gestalten und eigenverantwortlich ihren Weg zu finden. Wichtig sind dabei die Stärkung und Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl unter Einbeziehung von begleitender Selbstreflexion, d.h. dem Gewinnen einer realistischen Selbsteinschätzung von eigenen Stärken und Schwächen und der wiederholten Klärung persönlicher Ethik, Menschenbild und sozialpolitischer Einstellung.

Die Organisation der Weiterbildungen

Die Weiterbildungen - Grund- und Aufbaukurse - sind nebenberuflich bzw. nebenfamiliär in Form von Selbststudium und Präsenzteil konzipiert. Dazu kommen regionale Arbeitsgruppen (peer groups) und Praxisreflexionsstunden, die insgesamt eigenständig und auf eigene Kosten organisiert werden. Alle Weiterbildungen finden in festen Gruppen statt. Grundkurs, Aufbaukurs und Praxisphase umfassen insgesamt ca. 1050 Unterrichtsstunden.

Grundkurs	372 Unterrichtsstunden
Präsenzunterricht	16 Tage mit 12 Übernachtungen = 128 Ustd.
1 Orientierungsseminar	1 x 1 Tag
4 Wochenendseminare	4 x 2,5 Tage
1 Blockseminar	1 x 5 Tage
Eigenstudium	
Peer groups	24 Unterrichtsstunden 4 X 6 Stunden in regionalen Arbeitsgruppen
Kurshospitationen	14-20 Unterrichtsstunden
Selbststudium	ca. 200 Unterrichtsstunden in angeleitetem Selbststudium (Literatur, Hausarbeiten)
Aufbaukurs	664 Unterrichtsstunden
Präsenzunterricht	15 Tage mit 12 Übernachtungen = 120 Ustd.
4 Wochenendseminare	4 X 2,5 Tage
1 Blockseminar	1 X 5 Tage
Eigenstudium	
Peer groups	24 Unterrichtsstunden 4 X 6 Stunden in regionalen Arbeitsgruppen
Kurshospitationen	14-20 Unterrichtsstunden
Selbststudium	ca. 500 Ustd. in angeleitetem Selbststudium (Literatur, Kurskonzept, Hausarbeiten)
Praxisphase	16 Unterrichtsstunden 2-4 selbstorganisierte Treffen für Praxisreflexion

Fortbildungen

Die Zertifikate der GfG sind mit einer kontinuierlichen Fortbildungspflicht verbunden. Die GfG bietet zum einen selbst Fortbildungen an, zum anderen in Zusammenarbeit mit ihren regionalen Mitgliedsorganisationen (z. B. Zentren "rund um die Geburt"). Des weiteren erscheint zweimal jährlich ein Fortbildungskalender mit allen relevanten Fortbildungsangeboten im Bereich Elternunterstützung.

Mitglieder der Organisation:

Einzelmitglieder: Geburtsvorbereiterinnen, Hebammen, Krankengymnastinnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen etc.

Mitgliedsorganisationen: Fast alle Initiativen und Verbände im Bereich Elternselbsthilfe, Unterstützung junger Familien etc.

Mitgliederzahl: 875

Gründungsjahr: 1981

Rechtsform: Verein (gemeinnützig)

Finanzierung: Mitgliedsbeiträge, Weiterbildungsgebühren, Projektfinanzierungen, Spenden

Regionale Einrichtungen:

Landesverbände in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin/Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz/Saarland.

Weitere GfG-assoziierte Mitglieder sind:

- a) Verbände und überregionale Organisationen,
- b) die "Zentren rund um die Geburt"

Fachgruppen:

Frauengesundheitspolitik, Familienbildung: Vorstand: Ines Albrecht-Engel, Burckhardtstr. 32, 34346 Hann. Münden, Tel. 05541/46 61 - Fax 50 76

Ausbildungsrat: Helen Heinemann, Am Damm 33a, 22175 Hamburg, Tel. 040/6 40 26 94

Körperarbeit: Edeltraut Edlinger, Zugspitzstr. 11, 82061 Neuried. Tel. 089/7 55 52 49

Thea Vogel, Holbeinstr. 57,

Stillen: Brigitte Maas, Laurwegstr. 11

Kaiserschnitt: Ines Albrecht-Engel s. o. und Gabriele Kemmler, Händelstr. 2, 60318 Frankfurt,

Tel. 069/59 35 28

Pränatale Diagnostik:Geburtshäuser: Hanne Beittel, Suarezstr. 31, 14057 Berlin.

Tel. 030/3 21 26 80

sowie Elisabeth Geisel und Gabriele Kemmler

Internationale Kontakte: Elisabeth Geisel, Hainholzweg 17, 37085 Göttingen, Tel. 0551/5 6647

Fax 5 66 48

Spezifisches Wissen:

- Wissen um die Diskussion national relevanter frauenfreundlicher Fragestellungen im Gesundheitssystem, insbesondere der Bereiche der Lebensphasen: Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit, Wechseljahre.
- Wissen um medizinische Fragestellungen, insbesondere der Bereiche der Lebensphasen: Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit, Wechseljahre.
- Wissen um Strategien kommunaler Frauengesundheitsförderung, insbesondere der Gründung und Organisation von Zentren rund um die Geburt, von regionalen Ratgebern und Führern für Schwangere und Eltern sowie zur Förderung frauen-, familien und baby-freundlicher Bedingungen im Krankenhaus, Einrichtung von Geburtshäusern u. a.
- Wissen um Organisations- und Projektentwicklung, insbesondere Erfahrung mit EU-Projekten und nationalen Projekten.

Veröffentlichungen:

Die GfG gibt dreimal jährlich einen Rundbrief mit einem Schwerpunktthema für Mitglieder und AbonentInnen heraus. Liste der Themen s. Heft Mitgliedsliste S. 62/63
Ein Informationsheft für Schwangere wird auf Anfrage oder bei Veranstaltungen verschickt. Ebenso Kontaktadressen für Geburtsvorbereitungskurse in der Region. (über die GfG zugänglich)

Die GfG verleiht und verkauft Videofilme über Geburt und Elternschaft, insbesondere der holländischen Produktionsgesellschaft Stichting Lichaamstaal.

Erhältlich: Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e. V.

Dellestr. 5 - 40627 Düsseldorf

Tel.: 02 11 / 25 26 07

Fax: 02 11 / 20 29 19

Bücher von GfG-Frauen zum Thema:

"Geburtsvorbereitung - Handbuch für werdende Mütter und Väter", Ines Albrecht-Engel (Hg.). rororo 19392-2

"Kaiserschnitt-Geburt", Ines Albrecht-Engel/Dr. med. Manfred Albrecht. rororo 19740-5

"Wo bringe ich unser Kind zur Welt?" Ines Albrecht-Engel. rororo 60200-8

"In Wellen zur Welt", Ines Albrecht-Engel (Hg.), Mediana Verlag

"Kaiserschnitt - Narben an Seele und Bauch", Th. M. de Jong/G. Kemmler. Fischer

"Tränen nach der Geburt", Elisabeth Geisel. Kösel

"Gute Hoffnung - Jähes Ende", Hannah Lothrop. Kösel
"Das Stillbuch", Hannah Lothrop. Kösel

"Die Lust neu entdecken", Petra Otto. rororo 60150

Erhältlich in allen Buchhandlungen.

Artikel:

Albrecht-Engel, Ines. "Geburt in der Bundesrepublik" In: Dr. med. Mabuse 110. Nov./Dez. 1997. S. 30ff.

Albrecht-Engel, Ines. "Geburt in der Bundesrepublik Deutschland". In: Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8/1995. Schiefenhövel, W., Sich, D. Gottschalck-Batschkus, Chr.E. (Hg.)

Albrecht-Engel, Ines. "Tragen, Betten, Wiegen - Ein kulturhistorischer Vergleich und Überlegungen zur heutigen Situation. In: Ethnomedizinische Perspektiven zur frühen Kindheit. Curare Sonderband 9/1996. Gottschalck-Batschkus, Chr.E., Schuler, J. (Hg.)

Fragestellungen und Interessen:

Auf internationaler Ebene hat die GfG mit anderen europäischen Organisationen ein Netzwerk gegründet: ENCA, European Network of Childbirth Associations. Die Geschäftsstelle für ENCA liegt zurZeit bei unserer Geschäftsstelle in Düsseldorf.

EU

Die GfG hat ein EU-Projekt zur Ausbildung von Geburtsvorbereiterinnen in St. Petersburg, Russland abgeschlossen und bereitet zur Zeit ein europaweites Projekt zur Aufklärung werdender Eltern zum Alkoholkonsum im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen vor.

Name der Organisation:

ReproKult. Frauen Forum Fortpflanzungsmedizin

Adresse:

Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin

Margaretha Kurmann,

Große Johannisstr. 110 - 28199 Bremen

Tel.: 04 21 / 597 84 80

Fax: 04 21 / 597 84 81,

E-Mail: frauen@reprokult.de

(dienstags und mittwochs)

Internet: www.reprokult.de

Ansprechpartnerin:

Zu verschiedenen Themenkomplexen unterschiedliche Ansprechpartnerinnen. Anfragen bei der Kontaktadresse.

Ziele der Organisation:

Angesichts der Entwicklungen in der Fortpflanzungsmedizin haben sich Frauen aus unterschiedlichen Berufsfeldern in ReproKult zusammengeschlossen, um frauen- und gesellschaftspolitische Sichtweisen einzubringen und die öffentliche Diskussion anzuregen. Während Forschung, Wirtschaft und Teile der Ärzteschaft auf die Anwendung neuer Technologien und die Aufweichung gesetzlicher Regelungen drängen, fordert ReproKult eine breite öffentliche Debatte, die den gesellschaftlichen Kontext und die sozialen Auswirkungen mit einbezieht.

Arbeitsschwerpunkte:

Neue Entwicklungen in den Reproduktionstechnologien und ihre sozialen und gesellschaftspolitischen Implikationen (z.B. Eizellspende, Präimplantationsdiagnostik, Stammzellforschung).

Mitglieder der Organisation:

Arbeitszusammenhang von Frauen aus gesellschaftlich aktiven Vereinen und Institutionen, aus der Frauengesundheitsarbeit, aus Bereichen psychosozialer Versorgung, der Interessensvertretung behinderter Frauen, aus Wissenschaft, Politik und Medien.

Gründungsjahr: 1999

Rechtsform: Arbeitszusammenschluss

Finanzierung: keine

Regionale Einrichtung: bundesweiter Zusammenschluss, keine regionalen Büros

Fachgruppen:

Thematisch wechselnde Arbeitsgruppen z.B.: Gewinnung und Vermarktung von Eizellen, Präimplantationsdiagnostik, Pränataldiagnostik, Embryonenforschung, Menschenbild.

Spezifisches Wissen:

Multidisziplinäre Kompetenzen aus Forschung, Politik, Beratung und Interessenvertretung fließen in die Diskussion von ReproKult ein und ermöglichen so eine differenzierte Einschätzung der Reproduktionsmedizin, ihrer Tendenzen und Auswirkungen. Die erarbeiteten Positionen werden in die gesellschaftspolitische Diskussion eingebracht und weiterentwickelt.

Veröffentlichungen:

Informationsbroschüre ReproKult Frauen Forum Fortpflanzungsmedizin, Mai 2000

5.4 Gewalt

Name der Organisation:

Landesarbeitsgemeinschaft niedersächsischer Notrufe

Adresse:

Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.

Goethestr. 23 - 30169 Hannover

Tel.: 05 11 / 33 21 12

Fax: 05 11 / 388 05 10

Ansprechpartnerinnen:

Frau Klecina, Frau Zahn, Frau Birgit Baron

Ziele der Organisation:

Die Landesarbeitsgemeinschaft niedersächsischer Frauen-Notrufe ist ein Zusammenschluss verschiedener Notrufe gegen sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Mädchen.

Ziel ist der fachliche Austausch, Kooperation und Koordination, sowie die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zum gesamten Themenkomplex sexualisierter Gewalt - sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung etc.

Arbeitsschwerpunkte:

Arbeitsschwerpunkte der einzelnen in der Landesarbeitsgemeinschaft vertretenen Vereine sind u.a.: Präventionsarbeit; Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungskurse; Einzelberatungen (von Kriseninterventionen bis zu längerfristigen therapeutischen Beratungen); Gruppen zum Thema sexueller Missbrauch und/ oder Vergewaltigung; Begleitung bei Anzeigeerstattung und Prozess; Fortbildungen für Multiplikatorinnen; Öffentlichkeitsarbeit.

Mitglieder der Organisation:

Mitglieder der Landesarbeitsgemeinschaft niedersächsischer Frauen - Notrufe sind einzelne Vereine, die in freier Trägerschaft arbeiten.

Mitgliederzahl: Stand 1998: es sind z.Z. 8 Vereine in der LAG vertreten.

Gründungsjahr: ca. 1989

Rechtsform: Landesarbeitsgemeinschaft

Finanzierung:

Die Landesarbeitsgemeinschaft niedersächsischer Frauen - Notrufe erhält keinerlei finanzielle Mittel. Die in ihr vertretenen Vereine sind zum Großteil mischfinanziert durch Kommunen und / oder das Land Niedersachsen, sowie Beiträgen, Spenden, Bußgelder.

Regionale Einrichtungen: -

Fachgruppen: Fachgruppe zu feministischer Therapie und Beratung

Spezifisches Wissen:

Spezifisches Wissen der Landesarbeitsgemeinschaft niedersächsischer Frauen-Notrufe: aktueller Forschungsstand zu Hintergründen, Ursachen, Formen und Folgen sexualisierter Gewalt gegen Frauen und Mädchen; psychotherapeutische Behandlungsprobleme und -methoden; rechtliche Situation und Möglichkeiten bei Verfahren gegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung; feministische Therapie und Beratung.

Veröffentlichungen:

Veröffentlichung der Landesarbeitsgemeinschaft niedersächsischer Frauen - Notrufe: Broschüre "Aus unserer Sicht - sexuelle Gewalt gegen Frauen" (erhältlich über die Arbeitsgemeinschaft)

Die Broschüre der Landesarbeitsgemeinschaft ist das Ergebnis einer mehrmonatigen Zusammenarbeit von neun Notrufen Niedersachsens zum Thema Gewalt gegen Frauen, Lesben und Mädchen. Was diese Broschüre nicht ist: Sie ist keine wissenschaftliche Abhandlung und erhebt auch nicht den Anspruch, umfassend zu sein.

Wir haben versucht, unseren Standort im "Hier und Jetzt" zu bestimmen und dabei auch wissenschaftliche Ergebnisse einfließen zu lassen. Dabei sind die Kapitel so aufgebaut, dass jedes einzeln für sich gelesen werden kann, um z.B. einen bestimmten Aspekt zu verdeutlichen. Die gesamte Broschüre kann aber auch quasi als Buch von vorn bis hinten gelesen werden und vermittelt so einen Überblick über die ganze Problematik.

Notrufe sind feministische Projekte, die innerhalb der autonomen Frauenbewegung entstanden sind und speziell zur Problematik sexueller Gewalt gegen Frauen und Mädchen arbeiten. Sie haben eine beachtliche - wenn auch von der Politik meist kaum beachtete - Geschichte und sind fester Bestandteil der Frauenbewegung. Im Laufe ihrer Geschichte hat sich einiges verändert. So haben sich bei den einzelnen Notrufen z.B. unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte herausgebildet. Während einige Notrufe nach wie vor ausschließlich zum Themenbereich sexuelle Gewalt gegen erwachsene Frauen arbeiten, arbeiten andere auch mit Frauen, die in ihrer Kindheit sexuellen Übergriffen ausgesetzt waren. Wieder andere arbeiten zu diesem Thema auch mit Mädchen - meist abhängig davon, ob es parallel zum Notruf auch spezielle Einrichtungen für Mädchen gibt, wie z.B. "Wildwasser" oder "Violetta". Eine Anmerkung hierzu: uns ist selbstverständlich bewusst, dass sexuelle Gewalt sich auch gegen Jungen richtet, dennoch befasst sich diese Broschüre ausschließlich mit Mädchen und Frauen, da Notrufe gezielt nur an diese wenden und mit ihnen und für sie arbeiten.

Gemeinsam ist uns der Wunsch, sexuelle Gewalt gegen Frauen und Mädchen sichtbar und öffentlich zu machen, Betroffene zu unterstützen und gegen das Problem anzugehen.

5.4.1 Organisationen und Projekte im Bereich Gewalt und Gesundheit

Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen für von Gewalt betroffene Frauen und Mädchen

Beratung und Unterstützung für Frauen und Mädchen, die mit Gewalt konfrontiert sind, bieten in der BRD vor allem Frauen- und Mädchenhäuser, Notrufe sowie Frauen- und Mädchenberatungsstellen. Darüberhinaus bieten aber auch Einrichtungen der ProFamilia Unterstützung. Das Angebot der ProFamilia umfasst häufig auch psychologische Beratung, Präventionsarbeit in Schulen und Beratung für Angehörige. Die Anschriften und Telefonnummern der ProFamilia Einrichtungen können über die örtlichen Telefonbücher oder über die ProFamilia Geschäftsstelle in Frankfurt erfragt werden.

Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.

Stresemannallee 3 - 96 Frankfurt am Main

Tel.: 069 / 63 90 02

Fax: 069 / 63 98 52

Frauen- und Mädchenhäuser

Frauen- und Mädchenhäuser sind anonyme Einrichtungen. Ihre Telefonnummern können im Bedarfsfall über den örtlichen Polizei-Notruf, in einzelnen Regionen aber auch über die örtlichen Telefonbücher erfragt werden.

Informationen über die Arbeit von Frauenhäusern und zu einzelnen Aspekten der Gewalt gegen Frauen können zudem über die Frauenhauskoordinierungsstelle des Paritätischen Gesamtverbands e.V. erfragt werden.

Frauenhauskoordinierungsstelle des Paritätischen Gesamtverbands e.V.

Heinrich-Hoffmann Str. 3 - 28 Frankfurt/Main

Tel.: 069 / 670 62 52 oder 670 62 60

Fax 069 / 670 62 88

E-Mail: eva.bordt@paritaet.org

5.4.2 Projekte und Organisationen im Bereich Gewalt und medizinische Versorgung

Projektgruppe "S.I.G.N.A.L." - Berlin

Die Projektgruppe S.I.G.N.A.L. wurde vom Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Berlin, von Frauenzimmer e.V., Zufluchtswohnungen für Frauen in Not, Berlin, von GUT-Training und Schulung, Berlin sowie der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Abgeordnetenhaus von Berlin initiiert.

Die Projektgruppe hat es sich zur Aufgabe gemacht, das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt gegen Frauen in Gesundheitseinrichtungen wie Kliniken, Krankenhäusern und Arztpraxen zu verbreiten und die Einführung mit Rat und Tat zu begleiten. Der Name S.I.G.N.A.L. steht für die einzelnen Schritte des Interventionsprogrammes:

- S Sprechen Sie die Patientin an, signalisieren Sie Ihre Bereitschaft
- I Interview mit konkreten einfachen Fragen
- G Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen
- N Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind
- A Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses
- L Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten

Ziel ist es, einen neuen Standard zu schaffen in der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen. Einrichtungen des Gesundheitswesens werden dabei als eine wichtige Schnittstelle zwischen Opfern häuslicher Gewalt und anderen Hilfsmöglichkeiten wie Frauenhäusern, Zufluchtwohnungen, Beratungsstellen, Polizei und Justiz verstanden. Die Projektgruppe engagiert sich für eine Vernetzung des feministischen know-hows aus jahrzehntelanger Anti-Gewaltarbeit mit den Kenntnissen und Erfahrungen aus medizinischen Einrichtungen.

Durch Kooperation, Vernetzung und Erfahrungsaustausch soll die Situation und Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen nachhaltig verbessert werden.

Kontakt zur Projektgruppe kann aufgenommen werden über:

Angelika May, Frauenzimmer e.V.

Ebersstr. 32 – 10827 Berlin

Tel.: 030 / 787 50 15

Fax: 030 / 787 50 16

Das Interventionsprogramm S.I.G.N.A.L. wird seit Oktober 1999 am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin, Berlin erprobt. Seit März 2000 wird es für die Dauer von zwei Jahren wissenschaftlich begleitet. Ansprechpartnerin für das Projekt im Klinikum ist:

Gabriele Dittmann

Dekanat des Klinikums

Hindenburgdamm 30 - 12200 Berlin

Tel.: 030 / 84 45 40 74

Fax: 030 / 84 45 44 51

E-Mail: dittmann@medizin.fu-berlin.de

Kontakt zur wissenschaftlichen Begleitung kann aufgenommen werden über

Technische Universität Berlin

Institut für Gesundheitswissenschaften, TEL 11-2

Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider, Hildegard Hellbernd, Karin Wieners

Ernst-Reuter-Platz 7 - 10587 Berlin

Tel.: 030 / 31 42 19 69

E-Mail: wieners@ifg.tu-berlin.de oder

hellbernd@ifg.tu-berlin.de

Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen in der Universitäts-Frauenklinik Freiburg

Die Freiburger Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen ist ein Frauenprojekt, in Trägerschaft eines gemeinnützigen Vereins. Durch die räumliche Anbindung an eine Klinik und die personelle Zusammenarbeit mit Ärztinnen der Klinik beschreitet es neue Wege in der Unterstützung und Versorgung. Die Anlaufstelle bietet Frauen, die vergewaltigt wurden von Frauen für Frauen, rund um die Uhr, räumlich angebunden an die Universitäts-Frauenklinik alle unterschiedlichen notwendigen Hilfen aus einer Hand: Von der Übernachtung über die Krisenintervention und Beratung bis zur Therapie von gerichtsmedizinischer Untersuchung bis Prozessbegleitung.

Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen Freiburg

c/o Universitäts-Frauenklinik

Hugstetter Str. 55 - 79106 Freiburg

Tel.: 07 61 / 285 85 85

5.4.3 Kooperations- und Interventionsprojekte gegen Gewalt gegen Frauen

In mehreren Städten der BRD entstanden in den 90er Jahren Runde Tische und Interventionsprojekte mit dem Ziel neue Strategien in der Arbeit gegen Gewalt zu entwickeln. Die Projekte legten mehrheitlich ihren Schwerpunkt auf den Aufbau von Vernetzungsstrukturen zwischen Zufluchts-, Beratungs- und Unterstützungsprojekten für misshandelte Frauen, Justiz und Polizei. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens sind unseres Wissens nach in die derzeit bestehenden Interventionsprojekte nicht eingebunden.

In Rheinland-Pfalz befindet sich derzeit ein Interventionsprojekt gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen in Gründung. Der Gesundheitsbereich soll hier von Beginn an einbezogen werden. Zielsetzung des Projekts ist nach Auskunft des Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen die effiziente Bekämpfung männlicher Gewalt in engen sozialen Beziehungen. Insbesondere soll die Situation und der Schutz betroffener Frauen durch ein verändertes Vorgehen von Strafverfolgungsbehörden, Frauenhäusern, Notrufen, Frauenberatungsstellen, Jugendämtern und Tätigen im Gesundheitsbereich mit dem Ziel enger Abstimmung und Zusammenarbeit verbessert werden. Die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Gewaltbereich soll insbesondere durch eine Koordination von Beratungs- und Kriseninterventionsstellen im Gewaltbereich und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, medizinischen Ambulanzen in Krankenhäusern, Erste-Hilfe-Einrichtungen sowie Therapeutinnen und Therapeuten erreicht werden.

Weitere Informationen über das rheinland-pfälzische Interventionsprojekt sind zu erhalten über:

Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen
Frau Dr. Heine-Wiedenmann
Diether von Isenburg-Str. 9-11 - 55116 Mainz
Tel.: 061 31 / 16 41 96
E-Mail: dagmar.heine-wiedenmann@mkjff.rlp.de

5.4.4 Fortbildungsangebot im Bereich der therapeutischen Versorgung

Anlauf- und Beratungsstellen, die mit Opfern sexueller Gewalt arbeiten, verweisen auf ein erhebliches Defizit an einschlägig spezialisierten Therapeutinnen und Therapeuten. In Rheinland-Pfalz wurde bereits 1997 eine Fortbildungsreihe entwickelt, die interessierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten ermutigen will zur Arbeit mit Opfern sexueller Gewalt. Die Fortbildungsreihe wurde unter Einbeziehung von Fachleuten verschiedener Disziplinen erstellt. Neben psychotherapeutischem Fachwissen wird auf die gesellschaftspolitische Dimension sexuellen Missbrauchs eingegangen sowie auf die Arbeit anderer damit befasster Berufsgruppen. Die Fortbildungsreihe wird seit 1997/1998 kontinuierlich angeboten. Sie dauert knapp 2 Jahre, umfasst 12 Seminareinheiten und schließt mit einem Zertifikat ab. Das Fortbildungsprogramm kann bezogen werden über:

Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen
Frau Dr. Heine-Wiedenmann
Diether von Isenburg-Str. 9-11 - 55116 Mainz
Tel.: 061 31 / 16 41 96
E-Mail: dagmar.heine-wiedenmann@mkjff.rlp.de

Auskünfte zu inhaltlichen Fragen erteilt:

Frau Dr. Bosse
Tel.: 061 31 / 23 46 28

5.5 Migrantinnen

Name der Organisation

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Gesundheitsförderung mit MigrantInnen

Adresse:

Königstr. 6 - 30175 Hannover

Tel.: 05 11 / 16 84 10 20

Fax: 05 11 / 45 72 15

E-Mail: emz@online.de

Ansprechpartner:

Ramazan Salman

Taner Yüksel

Ziele der Organisation:

Erklärtes Ziel des Ethno-Medizinischen Zentrums ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen.

Arbeitsschwerpunkte:

Die praktische Umsetzung der Ethnomedizin:

Interdisziplinäre Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen aus medizinischen, sozialen und psychologischen Arbeits- und Forschungsfeldern trägt zur Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen bei. Das Ethno-Medizinische Zentrum ist bemüht, durch die Zusammensetzung der Mitglieder, des Vorstandes, der MitarbeiterInnen und der Kooperationspartner diese Qualität zu gewährleisten.

Fort- und Weiterbildungen:

Ethnomedizinisch-soziokulturell orientierte Fortbildungsangebote für Beschäftigte des Sozial-, Justiz- und Gesundheitswesens.

Inhaltliche Schwerpunkte dieser fachspezifischen Multiplikatorenfortbildungen sind:

- Training, Schulung und Erleben interkultureller Kommunikation;
- Vermittlung von soziokulturellem Hintergrundwissen;
- Das Fremde und das Eigene;
- Praktische Anleitung und handlungsorientierte Konzepte in der Arbeit mit Migrantinnen
- Transkulturelle Identität;
- Sprachmittler;
- Gesundheitsversorgung von MigrantInnen;
- Migration und Psyche

Beratungsangebote:

Vernetzende Beratung:

- Eines der wesentlichen Aufgaben ist die vernetzende Beratung. Dabei handelt es sich um die Informationsweitergabe über und die Vermittlung an das Regelversorgungssystem. Das Ethno-Medizinische Zentrum nimmt die Aufgabe der "Mittlerfunktion" für Migrantinnen wahr. Das Zentrum unterstützt die Ratsuchenden im Krankheitsfall bei Problemen mit dem deutschen Gesundheitswesen, auf der Suche nach fremdsprachigen Ärztinnen, Psychotherapeutinnen und geeigneten Selbsthilfegruppen.
- Multiplikatorenberatung
- Institutionelle Beratung zur Lösung von Schwierigkeiten und Problemen der Arbeit mit und für Migrantinnen.

- AIDS-Beratung
- In Hildesheim und Hannover wird telefonische Tonband- und anonyme AIDS-Beratung auf Türkisch angeboten
- Telefonische Beratung auf Türkisch zum Thema Sucht
- Dolmetschereinsatz im Sozial- und Gesundheitswesen
- Gelungene Verständigung ist die Basis für Diagnose und Therapie in sozialen, psychosozialen und medizinischen Einrichtungen.
- Die fremdsprachliche Entwicklung vieler Migrantinnen erlaubt es nicht, sich im Krankheitsfall mit Ärzten, Pflegepersonal und Sozialarbeitern ausreichend zu verständigen. Die wenigsten Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen haben die Möglichkeit, während ihrer Ausbildung Wissen über unterschiedliche kulturgebundene Verhaltens- und Denkweisen von Migrantinnen zu erwerben.
- Im Hinblick auf die Mindest-Gesundheitsversorgung von Migrantinnen ist es dringend erforderlich, Sprach- und Kulturmittler einzusetzen. Die Inanspruchnahme von Dolmetscherinnen zu Beginn einer Behandlung ist von grundlegender Bedeutung für Diagnose und Therapie.
- Das Ethno-Medizinische Zentrum hat ein bundesweit einmaliges Dolmetscherinnenkonzept entwickelt und verfügt seit 1990 über einen entsprechenden Service. Bei uns können derzeit 160 Dolmetscherinnen für 49 Sprachen und Dialekte abgefragt werden.
- Das Dolmetscherinnenprojekt wird seit 1992 von der Niedersächsischen Ausländerbeauftragten gefördert.

Forschung:

Geforscht wurde bisher über zielgruppenspezifische AIDS-Prävention für jugendliche MigrantInnen und zu Angeboten der Aussiedlerberatung. Ständig werden Daten zu spezifischen Gesundheitsangeboten für MigrantInnen erhoben, das Nachfragevolumen im Ethno-Medizinischen Zentrum dokumentiert. Wir regen neue Projekte an und unterstützen andere mit unserem Know-how.

Ferner wurden Publikationen zum Thema "Interkulturelle Suchthilfe", "Transkulturelle Psychiatrie" und "Oralprophylaxe bei MigrantInnen" herausgegeben.

Kooperation und Vernetzung:

Es ist erklärtes Ziel des Ethno-Medizinischen Zentrums, bestehende Einrichtungen miteinander in Kontakt zu bringen. Die Zusammenführung erstreckt sich auf staatliche und nicht-staatliche Einrichtungen innerhalb Deutschlands und anderen europäischen Staaten.

Im ständigen Austausch mit Institutionen, Vereinen und Verbänden werden bestehende Angebote registriert und festgestellte Bedarfslücken ausgemacht.

Mitglieder der Organisation:

Einzelpersonen und Fachleute aus dem Sozial- und Gesundheitswesen.

Anzahl der Mitglieder: Ca. 100

Gründungsjahr:

Der Verein wurde 1988 von Fachleuten um den Sozialmediziner Dr. Jürgen Collartz von der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet.

Rechtsform: gemeinnütziger Verein (e.V.).

Finanzierung:

Das Ethno-Medizinische Zentrum finanziert sich durch Zuwendungen des Niedersächsischen Sozialministeriums und der Landeshauptstadt Hannover. Ein weiterer Teil wird durch Mitgliedsbeiträge und private Spenden bestritten.

Spezifisches Wissen:

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. vermittelt Referentinnen für Fortbildungen, Seminare, Vorträge etc. zu den Themen:

Gesundheit - Frauen- Migration

AIDS- Frauen- Migration

Drogenprävention Frauen- Migration

Veröffentlichung zum Thema Frauen:

in: Dokumentation der Tagung "... weil ich ein Mädchen bin - Lifestyle und Gesundheit von Mädchen" des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen 1997

Bezugsadresse:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Ute Sonntag

Fenskeweg 2 - 30165 Hannover

Tel.: 05 11 / 350 00 52

5.6 Mädchen

Name der Organisation

Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Adresse:

Geschäftsstelle des Netzwerkes c/o

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2 - 30165 Hannover

Tel.: 05 11 / 350 00 52

Fax: 05 11 / 350 55 95

E-Mail: lv-gesundheit.nds@t-online.de

Inernet:www.gesundheit-nds.de

Ansprechpartnerin:

Ute Sonntag

Ziele der Organisation:

Das Netzwerk "Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen", ein Zusammenschluss von Frauen aus Institutionen, Verbänden und Initiativen sowie interessierten Einzelpersonen, ist als erstes landesweites Netzwerk zu Frauengesundheit 1995 gegründet worden.

Das Netzwerk "Frauen/Mädchen und Gesundheit" verfolgt das Ziel, in den Kommunen die Förderung von Frauen-/Mädchengesundheit zu verankern und zu etablieren. Eigeninitiative soll geweckt, Kompetenzen sollen erworben, und eine Infrastruktur, die die Gesundheit von Frauen/Mädchen fördert, soll aufgebaut werden.

Arbeitsschwerpunkte der Organisation:

Auf der Grundlage der Wiener Erklärung von 1994 (Deklaration der Weltgesundheitsorganisation) hat sich das Netzwerk im Bereich Frauen/Mädchen und Gesundheit folgende Aufgaben gestellt:

- Niedersachsenweit ein Forum zu sein, das einen Austausch von Erfahrungen und Informationen ermöglicht, sozial- und gesundheitspolitische Perspektiven und Umsetzungsmöglichkeiten entwickelt sowie gezielte Öffentlichkeitsarbeit betreibt.
- Die Diskriminierung von Frauen und dabei besonders die doppelte Diskriminierung von Frauen in bestimmten Problemlagen (Behinderte, psychisch Kranke) auf kommunaler, regionaler und landesweiter Ebene bewusst zu machen und aufzuheben.
- Schlüsselpersonen, Initiativen und Gruppen aus kommunalen, regionalen oder landesweiten Strukturen und Institutionen darin zu unterstützen, Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung auf ihrer Ebene umzusetzen.
- Solidarität, Kooperation und gemeinsames Handeln zu fördern.
- Um dies zu verwirklichen, werden Fachtagungen für Multiplikatorinnen durchgeführt, ein Rundbrief für Mitglieder zweimal jährlich publiziert und ein Serviceangebot bereitgehalten (Vermittlung von Referentinnen, Konzeptberatung).

Mitglied der Organisation: Einzelmitglieder und Organisationen

Anzahl der Mitglieder: über 130

Gründungsjahr:Ende 1995

Rechtsform: Netzwerk

Finanzierung:

keine Eigenmittel, getragen von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und dem Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

Regionale Einrichtung: -

Fachgruppen: den Themen entsprechend

Spezifisches Wissen:

- Förderung von Frauen-/ Mädchengesundheit in den Gemeinden
- Beratung bezügl. Vernetzungsstrategien auf kommunaler, regionaler und landesweiter Ebene

Dokumentationen der Tagungen des Netzwerkes:

Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, Tagungsdokumentationen, Hrsg.: Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V., bis 1999 zusätzlich Institut Frau und Gesellschaft

Nr.1: Gründungsveranstaltung - vergriffen (1995)

Nr.2: Aktionsformen - Inhalte - Perspektiven, Gesundheit im Spannungsfeld der Kulturen, Migrantinnen & Gesundheitsförderung in der Gemeinde; psychische Erkrankungen bei Frauen und Gesundheitsförderung (1996)

Nr.3: ... weil ich ein Mädchen bin. Lifestyle und Gesundheit von Mädchen (1997)

Nr.4: Kommunikation und Selbstbestimmung von Frauen im Gesundheitswesen (1997)

Nr.5: Pränataldiagnostik und ihre Folgen - Frauen zwischen Zwang und Selbstbestimmung (1997)

Nr.6: Schwangerschaft - viel erreicht und nichts gewonnen (1998)

Nr.7: Frauen im Alter: Lust oder Frust? (1999)

Nr.8: Frauen, Arbeit und Gesundheit (1999)

Veröffentlichungen:

Sonntag, Ute; Helbrecht-Jordan, Ingrid, 1997:

Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. In: Altgeld, T.; Laser, I.; Walter, U. (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Weinheim: Juventa, S. 209-214

Helbrecht-Jordan, Ingrid/Sonntag, Ute 1997:

"Investition in die Gesundheit von Frauen". Der Beitrag des `Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen` zu einer geschlechtsbewussten Gesundheitsförderung. In: ifg. Zeitschrift für Frauenforschung. Heft 3/4 .

Auszug aus einer Veröffentlichung: -

Fragestellungen und Interessen: -