

**Strategien:
Neue Forschungswege, Selbstbehauptung,
Selbstorganisation**

Ute Sonntag

**Frauengesundheitsforschung
- Entwicklungslinien und Perspektiven**

Da dieser Beitrag anlässlich des 20-jährigen Bestehens des Frauengesundheitszentrums Nürnberg verfasst worden ist, werden die Verbindungen von Frauengesundheitszentren (FGZs) und Frauengesundheitsforschung mitbeleuchtet.

Der Beitrag gliedert sich in drei Bereiche:

- zuerst zeichne ich den Beginn der Frauengesundheitsbewegung und der Frauengesundheitsforschung in ihrer Verschränkung nach;
- dann möchte ich den jetzigen Stand der Frauengesundheitsforschung skizzieren sowie das Verhältnis von FGZ-Arbeit und Frauengesundheitsforschung;
- im dritten Teil soll es dann um die Perspektiven für die Zukunft der Frauengesundheitsforschung und der FGZ-Arbeit gehen.

Die Anfänge der modernen Frauengesundheitsforschung

Die Anfänge der Frauengesundheitsforschung liegen in der Praxis der Frauengesundheitsbewegung begründet. Die Neue Frauenbewegung begann mit zwei gesundheitspolitisch bedeutsamen Themen, der Debatte um den § 218, der Abtreibungsfrage sowie damit, Gewalt gegen Frauen öffentlich zu machen. Erkenntnisleitend war die feministische Gesellschaftsanalyse, die die Praxis antrieb. Selbsterfahrung war das Instrument der Erkenntnis. 1975 gab eine Berliner Selbsthilfegruppe das Buch Hexengeflüster heraus, eine Anleitung zur Selbsthilfe und zu alternativen Behandlungsmethoden für Frauen. Aus dieser Selbsthilfegruppe entstand das erste Feministische Frauengesundheitszentrum Deutschlands, das auch die heute noch einzige Zeitschrift für Frauengesundheit CLIO herausgab und -gibt (Schultz, Langenheder, 1997). In der Folgezeit entstanden dann in vielen Städten FGZs. Die Untersuchung von Dagmar Schultz führt 1997 23 feministische Frauengesundheitsprojekte an. 19 sind in einem Dachverband organisiert.

Die Frauengesundheitsbewegung kam damals einer kulturellen Revolution gleich (Stolzenberg, 1998). Ausgangspunkt war die Analyse, dass der Frauenkörper kolonisiert war und wieder angeeignet werden sollte. So konzentrierte sich in der Praxis der FGZs vieles um den Körper als Thema. Die FGZs verfassten kritische Literaturrecherchen und kritische Stellungnahmen zur medizinischen und psychosozialen

Versorgung von Frauen, die viele Forschungsfragen aufwarfen. Die Frauengesundheitsforschung entstand aus Impulsen, die die Frauen- und Frauengesundheitsbewegung in die Universitäten und Forschungsinstitute hineingetragen hatte. Damit war die Chance eröffnet, eine Wissensbasis zu erarbeiten, die für die Praxis zur Verbesserung der Lebensbedingungen der Frauen wieder genutzt werden konnte. Endlich wurden Fragestellungen geschlechtsdifferenziert bearbeitet und frauenspezifische Forschungsfragen erstmals aufgeworfen. Dabei war der Bezug zu den Lebensweisen wichtig, die Einbeziehung des Blickes der Frauen, das heißt die Frauen sollten auch im Forschungsprozess Subjekt bleiben. Für die Frauengesundheitsforschung lag zunächst der Anschluss an die sozialwissenschaftliche Frauenforschung nahe (Helfferich, 1996), die die Benachteiligung von Frauen in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft analysierte. Allmählich entwickelten sich aus den akademischen Nischen heraus die Frauengesundheitsforschung sowie verschiedene Unterstützungsstrukturen, die sich in der Folgezeit mehr und mehr zu Wort meldeten. Ich möchte im Folgenden kurz die *Meilensteine* dieser Entwicklung aufzeigen.

Der Aufbruch der Frauengesundheitsforschung in "die Gefilde der Wissenschaft" begann mit der *Tagung* "Belastungen, gesundheitliche Folgen und Möglichkeiten der Prävention bei Frauen" in Berlin, dokumentiert in einem Sammelband (Schneider, 1981).

Seit Ende der 80er Jahre entstanden in Fachgesellschaften *Arbeitsgruppen zu Frauen und Gesundheit*, die eine Sprachrohrfunktion übernahmen, so in der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) die "Arbeitsgemeinschaft Frauen in der psychosozialen Versorgung". Ihre Schwerpunktthemen waren die Situation der Helferinnen und Klientinnen sowie sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung. Die Gründung von AGs "Frauen und Gesundheit" folgten in der Deutschen Gesellschaft für Medizinsoziologie (DGMS) und in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Zudem wurde als ein Novum im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health auch eine AG Frauen und Gesundheit gegründet.

1993 trafen sich in *Windenreute* bei Freiburg 48 Medizinerinnen, Sozialwissenschaftlerinnen, Psychologinnen und eine Stadtplanerin aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, um Bilanz und Perspektiven der Frauengesundheitsforschung zu diskutieren. Die Tagung wurde von der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health organisiert, die Sprecherinnen der AGs der Fachgesellschaften waren vertreten, das FFGZ Berlin ebenso. Hier präsentierte sich die Forschungslandschaft, der Stand der Forschung wurde ermittelt.

Die inhaltlichen Eckpunkte waren: Frauen sind anders krank als Männer. Doppelbelastung scheint eher ein Protektivfaktor zu sein. Die Beziehung zwischen Frauen und den Institutionen der gesundheitlichen Versorgung ist ein wichtiges Thema der Frauengesundheitsforschung. Für die Entstehung von frauentypischen Beschwerden und Krankheiten wurden eingeschränkte Ressourcen identifiziert. Krankheit wurde als Protest gegen Belastungen oder als Ausdruck von Konflikten verstanden. Gesundheitsschädliches Verhalten wurde als Bewältigungshandeln interpretiert.

Eine wesentliche Forderung war: Frauengesundheitsforschung muss interdisziplinär angelegt sein, damit die körperliche, psychische und soziale Dimension von Gesundheit sowie die Einbettung von Gesundheitshandeln in die Lebensweise in ihren Verschränkungen Berücksichtigung findet.

1992 startete das WHO-Regionalbüro für Europa die *Initiative Investition in die Gesundheit von Frauen - Women's Health counts*. 1994 wurde die *Wiener Erklärung* über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern verabschiedet. Dies ist das erste Dokument der Weltgesundheitsorganisation zur Frauengesundheit. Darin wird das Recht aller Frauen auf sexuelle und reproduktive Wahlmöglichkeiten formuliert. Es solle in die Erziehung und Ausbildung von Mädchen und Frauen investiert werden, in die Unterstützung für Kinder und in Wohnraumbeschaffung neben der Investition in die primäre Gesundheitsversorgung. Frauenfreundliche und bedarfsgerechte Gesundheitsdienste werden gefordert. Als politische Mechanismen werden empfohlen:

1. die Einrichtung eines Frauengesundheitsbüros zur Entwicklung einer sektorübergreifenden Frauengesundheitspolitik und eines Aktionsplans;
2. Schaffung eines nationalen Frauengesundheitsforums;
3. Monitoring- und Berichtssysteme mit geschlechtsspezifischen Daten aus dem Bildungs-, Arbeits-, Sozial- und Wohnungssektor, die eine zuverlässige Informationsgrundlage für eine ressortübergreifende Politik der Frauengesundheit schaffen;
4. regelmäßige umfassende Frauengesundheitsberichte;
5. Forschungsstrategien für den Bereich "Gesundheit von Frauen" entwickeln.

Die Bundesregierung hat einen Auftrag zur Erstellung eines Berichtes zur gesundheitlichen Situation von Frauen unter besonderer Berücksichtigung von Ost und West vergeben, der zurzeit durchgeführt wird.

Ein weiterer Meilenstein war 1994 ein *internationaler Workshop Women and Health* in Bremen, der Perspektiven für die zukünftige Forschung in Deutschland aufzeigte. Es gab in der Folge die Große An-

frage der SPD zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung. BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN stellten eine Kleine Anfrage zur frauenspezifischen und geschlechterdifferenzierten Rehabilitationsforschung. Die Antworten auf beide Anfragen sind sehr aufschlussreich und wurden 1997 veröffentlicht.

Zur Standortbestimmung heute

Ziehen wir heute Bilanz, so meine ich, dass es das große Verdienst der Frauengesundheitsbewegung und Frauenforschung ist, die Wichtigkeit der *subjektiven Sichtweise* auch in der Forschung in ganz umfassendem Sinne durchgesetzt zu haben. Die Beforschten wurden von ihrem Objektstatus befreit; die Sicht von oben wurde durch die Sicht von unten ersetzt. In der Gesundheitsforschung wissen wir heute, wie entscheidend die subjektive Sicht für die Wahrnehmung und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit ist.

Die Frauengesundheitsbewegung, und dabei besonders die FGZs als Institutionalisierung dieser Bewegung, hat einen sichtbaren und erfolgreichen Beitrag dazu geleistet, den falschen Mythos von der Krankheit Frau (Maschewsky-Schneider, 1996), die Pathologisierung alles Weiblichen zu zerstören. Der Frauengesundheitsbewegung "ist es gelungen, in breiten Kreisen der Bevölkerung - auch über die Grenzen von Bildung, Einkommen und sozialer Stellung hinweg - einen Bewusstseinsprozess in Gang zu setzen, in dem die Frauen besser befähigt werden, ihre Bedürfnisse gegenüber der Medizin zu formulieren" (ebda, S. 8). Die Medizin hat punktuell darauf reagiert, z.B. in der Versorgung rund um die Geburt. Die geburtshilflichen Stationen in den Krankenhäusern haben sehr große Reformen umgesetzt, wenn frau die Äußerlichkeiten des Geburtsortes, das Design, die Freundlichkeit und Vertrauenswürdigkeit des Personals betrachtet. Dennoch können wir mit dem, was bis heute erreicht wurde, nicht zufrieden sein. Z.B. lässt die innere Haltung des Personals viele Wünsche offen.

Das Umfeld hat sich in den zwanzig Jahren, die seither vergangen sind, sehr stark verändert. Aus der feministischen Forschung ist Frauenforschung geworden. Aus der Frauenforschung wird gender-Forschung, Geschlechter-Forschung. Es findet eine Re-Akademisierung statt um den Preis einer erneuten Trennung von Praxis und Theorie.

Dass und wie sich die Frauengesundheitsforschung entwickelte und - auch akademische - Ansprüche stellte, wirkte auf die etablierten Wissenschaften, so dass das Thema Frauen allmählich zur Kenntnis genommen wurde. Im Folgenden möchte ich kurz drei allgemeine *Thesen zur Standortbestimmung der Frauengesundheitsforschung heute*

vorstellen. Ich stütze mich dabei auf einen Vortrag über die Standortbestimmung der Frauengesundheitsforschung, den Irmgard Vogt im Rahmen einer Ringvorlesung 1997/98 hielt (Vogt, 1998), die von der AG Frauen und Gesundheit des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health an deren drei Standorten Bremen, Hannover und Hamburg organisiert wurde, mit dem Anspruch, "the state of the art" der Frauengesundheitsforschung, ihre "basics", vorzustellen.

Die drei Thesen lauten:

1. Die Frauengesundheitsforschung ist im Wesentlichen immer noch eine Krankheitsforschung.
2. Der Frauengesundheitsforschung fehlen geeignete Instrumente.
3. Die Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung finden in der Lehre und Praxis zu wenig Beachtung.

1. Die Frauengesundheitsforschung ist im Wesentlichen immer noch eine Krankheitsforschung

Es gibt mittlerweile viele Forschungsergebnisse. Die so genannte *Frauengesundheitsforschung* ist jedoch bisher hauptsächlich *Krankheitsforschung* gewesen. So wissen wir z.B., dass Männer häufiger in jungen Jahren am Herzinfarkt sterben, Frauen durch die unterschiedlichen biologischen und sozialen Faktoren erst 10 Jahre später gefährdet sind. Ihr Hormonstatus scheint sie besonders zu schützen. Ihre Lebensweise tut ein Übriges. Frauen leben weitaus gesünder als Männer: sie ernähren sich gesünder, rauchen weniger und achten insgesamt mehr auf ihre Gesundheit. Wenn Frauen frühzeitig sterben, so ist die Todesursache häufig eine Krebserkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane. Dabei ist der Brustkrebs die häufigste Todesursache. Weiterhin wissen wir, dass es einen engen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und den Lebensumständen gibt. Arme Menschen sind kränker als sozial Gutgestellte. So ist das Herzinfarktrisiko für sozial benachteiligte Männer und Frauen größer als für Angehörige höherer sozialer Schichten (vgl. Maschewsky-Schneider, 1997).

Es gibt so gut wie keine Forschung über die *Stärken und Ressourcen* von Frauen, über Selbsthilfegruppen und Laiensysteme unter frauenspezifischem Blick. Männer beforschen z.B. Selbsthilfegruppen. Ein Ergebnis ist, dass Frauen in Selbsthilfegruppen in der Mehrzahl sind. Die Sicht dieser Frauen, d.h. deren eigene Begründungszusammenhänge kommen in dieser Forschung nicht oder nur am Rande vor.

Frauen leben länger als Männer. Im Sinne von Gesundheitsforschung ist die nahe liegende Frage: Warum ist das so? Wie sieht frauenspezifische Stressbewältigung aus? Welche Rolle spielen die sozialen Un-

terstützungssysteme von Frauen dabei? Fragen, die bisher noch offen bleiben.

2. Der Frauengesundheitsforschung fehlen geeignete Instrumente

Wir können davon ausgehen, dass herkömmliche Messinstrumente, Fragebögen, Testbatterien ein Geschlechterbias aufweisen, also eine Verzerrung, die eine sexistische Einseitigkeit darstellt.

Um die These zu belegen, möchte ich als inhaltliches Beispiel Untersuchungen zur sozialen Schicht nennen. Wir wissen, wie gerade schon erwähnt, dass sozial benachteiligte Menschen eine kürzere Lebenserwartung haben, kränker sind und ein Verhalten an den Tag legen, das der Gesundheit weniger zuträglich ist, als Angehörige höherer sozialer Schichten. Bei Untersuchungen, die diese Zusammenhänge erforschen, müssen die Menschen den verschiedenen sozialen Schichten zugeordnet werden. Die herkömmlichen Schichtmodelle sind an der männlichen Normalbiografie orientiert. Auch Frauengesundheitsforscherinnen benutzen diese Modelle immer noch. Zum einen, weil es noch keine anderen Instrumente gibt, zum anderen, weil zum Teil Daten aus großen Studien, die nicht unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten durchgeführt wurden, reanalysiert werden. Nicht selten wird der Sozialstatus der Frauen auf der Basis des Status' des Mannes bestimmt, was zu einer inkorrekten sozialen Verortung der Frauen führen kann. Ein weit verbreiteter Schichtindex setzt sich aus den Variablen Schulbildung, Einkommen und beruflichem Status zusammen. Das Einkommen wird dabei als Haushaltseinkommen durch die Summe des gesamten Einkommens aller erwerbstätigen Familienmitglieder bestimmt. "Das Einkommen der Frauen wird also nicht gesondert berücksichtigt", stellt Irmgard Vogt fest. Für die Frauenforschung wird diskutiert, inwieweit die klassischen Schichtindikatoren wie Bildung, Beruf und Einkommen eine angemessene Zuordnung ermöglichen. Dabei sind ergänzende Faktoren zu berücksichtigen, wie etwa die Familiengröße oder der Familienstatus der Frau (z.B. ob sie allein erziehend, verwitwet oder geschieden ist), ob sie Teilzeit oder Vollzeit tätig ist, ob es sich um eine Haupt- oder Nebenberufstätigkeit handelt.

Der Genderbias, die systematischen Verzerrungen, ist von Margrit Eichler (1998) methodisch-methodologisch aufgearbeitet worden. "Die häufigste Form von Sexismus ist die Geschlechtsinsensibilität. Eine Grundform besteht darin, Geschlecht als soziale Variable einfach zu ignorieren. Anstatt Geschlechtsunterschiede oder -gemeinsamkeiten zu untersuchen, wird ein Thema generalistisch behandelt, mögliche Geschlechtsdifferenzen werden nicht beachtet." (Eichler, 1998, S. 35). Früher wurde z.B. bei der Konstruktion von Fragebögen

darauf geachtet, dass die Fragebögen keine Geschlechtsunterschiede produzieren. Es wird eine Gleichheit von Frauen und Männern angenommen, wo diese nicht vorhanden ist.

Eine weitere Form des Genderbias ist der Androzentrismus. Androzentrismus bedeutet, Frauen werden in der Forschung einfach ignoriert. Z.B. wird eine Studie ausschließlich mit männlichen Probanden durchgeführt, die Ergebnisse aber als für beide Geschlechter gültig generalisiert. Die Frauenforschung hat jedoch nachgewiesen, wie wichtig die Differenzierung nach Geschlecht als sozialer Kategorie ist, und dass Ergebnisse durch den Androzentrismus verfälscht werden. Es gibt noch weitere Aspekte eines Geschlechterbias wie Geschlechterdichotomie, Überverallgemeinerung oder ein doppelter Bewertungsmaßstab, die hier nur kurz benannt werden sollen (vgl. Eichler, 1998). Mit diesen systematischen Fehlern, die Forschung und Lehre durchziehen, sind Möglichkeiten der Identifizierung und Spiegelung nicht gegeben, stärkende Erfahrungen, motivierende Inhalte nicht präsent. Was vorenthalten wird, sind nicht nur einzelne Fakten. Ein ganzer Resonanzraum geht verloren.

Bezüglich dieser Problematik ist eine erfreuliche Entwicklung zu verzeichnen. Ulrike Maschewsky-Schneider, Professorin für Gesundheitswissenschaften an der TU Berlin, entwickelt zurzeit in einem Forschungsprojekt methodologische Standards zur geschlechtsspezifischen Forschung am Beispiel von Public Health. Es sollen Konzepte und ein Kriterienkatalog entwickelt werden, der/die in der Lage ist/sind, die Besonderheiten der Frauen und Männer zu berücksichtigen. Solche Forschungen arbeiten den FGZs zu in dem Sinne, dass hier ein Instrumentarium entwickelt wird, das Forschung befördert, die in kritische Praxis umsetzbar ist, oder dass ein Kriterienkatalog auch von außen, beispielsweise von den FGZs, an Forschung angelegt und eingefordert werden kann.

3. Die Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung finden in der Lehre und Praxis zu wenig Beachtung

Um diese These zu belegen, möchte ich ein Beispiel aus der Medizin benennen, das Beate Schücking, Professorin für Gesundheitslehre, Krankheitslehre und Psychosomatik an der Universität Osnabrück beschrieb. "Zahlreiche ... Studien konnten belegen, dass sich Krankheiten bei Frauen und Männern unterschiedlich entwickeln und dass Menschen je nach Geschlecht verschieden auf Behandlungen und Medikamente reagieren. ... Jedoch haben bisher weder diese Erkenntnisse noch die daraus abzuleitenden therapeutischen Maßnahmen in Lehrbüchern, etwa der Inneren Medizin, Eingang gefunden." (Mabuse, 111 Jan./Febr. 1998, 57)

Nun möchte ich noch einen Blick auf die Arbeit der FGZs werfen. Dagmar Schultz stellt in ihrer Untersuchung der FGZs fest, dass sich das Altersniveau der Nutzerinnen und der Mitarbeiterinnen in den letzten Jahren nach oben verschoben hat. Vom Thematischen her hat die Nachfrage nach den Selbstuntersuchungen und den alternativen Verhütungsmethoden stark nachgelassen. Vom Methodischen her gibt es eine Entwicklung weg von Gruppenangeboten, hin zu Einzelberatungen – ganz im Sinne des gesellschaftlichen Individualisierungsprozesses. Auffällig war ihr, "dass kaum ein Zentrum spezifische Angebote für sozial benachteiligte Frauen, für migrierte Frauen und für behinderte Frauen" 1996/1997 im Programm hatte (Schultz, 1997, S. 58). Dies könnte ein Hinweis für die FGZs sein, sich in Zukunft, mit neuen Konzepten aus der Sozialarbeit, mehr in diese Richtung hinzuentwickeln.

Regina Stolzenberg spricht von einer Phase der zunehmenden Professionalisierung, in der die Entwicklung praktischer Dienstleistungsangebote für Frauen in den Vordergrund gestellt wird. Die FGZs nehmen nach Schultz eine Mittlerposition zwischen Nutzerinnen und dem Gesundheitssystem ein, "indem sie Frauen informierte Entscheidungshilfe in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem geben und gleichzeitig ihre Interessen an einem respektvollen Umgang, an ausreichender Information und an Alternativen zu schulmedizinischen Behandlungsmethoden nach außen vertreten" (ebda., S. 84). Stolzenberg (1998) beschreibt den großen Einfluss, den die Arbeiten der Historikerin Barbara Duden auf die Frauengesundheitsbewegung ausübte. Ich möchte an dieser Stelle ihren Ansatz beschreiben.

Mit Rückgriff auf frühere Epochen veranschaulicht sie, wie sehr Frauen ihrer eigenen subjektiven Körperwahrnehmungen entfremdet wurden. Waren z.B. im 18. Jh. die von der Mutter gefühlten Kindsbewegungen während der Schwangerschaft die einzig zählende Wahrheit, das sichere Indiz für eine Schwangerschaft, so wird heute Frauen, die zum Arzt kommen und sagen: "Herr Doktor, ich bin schwanger" gesagt, "das wollen wir erst mal sehen". Dann macht der Arzt einen Test. Schwangeren wird damit die Fähigkeit zu spüren, ob sie schwanger sind, rundweg abgesprochen. War früher das Kommen eines Kindes und das Nahen der Geburt vorwiegend ein haptisches, taktiler Erleben, bei dem sich die Frau nach innen, auf ihr eigenes Innenleben hin orientierte, so ist heute durch die Visualisierung, z.B. mittels Ultraschall, der Blick – auch der Blick der Schwangeren, nicht nur des Arztes – auf das werdende Kind ein Blick auf eine Patientin. Im Bereich der Geburt geht den Frauen die Fähigkeit mehr und mehr verloren, intuitiv zu gebären. Alte Hebammen berichten, die Frauen gebären mehr und mehr mit dem Kopf und deshalb geht es nicht mehr. Duden spricht von einer Entkörperung der Frauen. Ein bedeu-

tendes Datum hierfür war 1968 das Urteil des Oberlandesgerichtes in Bielefeld, dass für eine Klinikgeburt keine medizinische Indikation mehr notwendig ist. War davor die Hausgeburt das Gängige, so begann mit diesem Urteil ein, wie Barbara Duden sagt, Umtopfen aller Geburten in die Klinik. Die Hausgeburt wurde zum begründungsbedürftigen Sonderfall. "Gebären wurde von nun an als gestaltbarer Vorgang begriffen, der technisch optimiert werden muss." (Duden, 1998, S. 121)

Regina Stolzenberg bescheinigt zwar ihren Theorien eine große Wichtigkeit in der Kritik technischer und gesellschaftlicher Entwicklungen. Aber "in ihrer Reichweite zur Begründung einer feministischen Praxis in der heutigen Zeit sind sie begrenzt. Sie ermöglichen Abgrenzungen, aber kaum Perspektiven" (ebda., S. 22). Sie dienen der Legitimation einer rückwärtsgewandten Praxis.

Perspektiven

In der Frauengesundheitsforschung liegen die notwendigen Perspektiven auf der Hand: erstens von der Krankheits- zur Gesundheitsforschung zu gelangen. Dringend notwendig sind Forschungen über frauenspezifische "Überlebens"strategien (Ressourcen und Stärken) als Strategien zur Gesunderhaltung – wie bei dem schon erwähnten Beispiel, dass Frauen länger leben als Männer. Und zweitens neue Instrumente zu entwickeln, die keinen Geschlechtsbias haben. Nehmen wir z.B. einen Fragebogen zu körperlichen und seelischen Beschwerden. Er müsste für Frauen und Männer teilweise ganz unterschiedliche Fragen im Repertoire haben. Beispielsweise haben depressive Verstimmungen bei Frauen ein Äquivalent in aggressiven Impulsen bei Männern. Oder Frauen geben ihren körperlichen Symptomen häufig eine andere Beachtung als Männer bzw. beide Geschlechter werten ihre Symptome/ihr Verhalten entsprechend den gesellschaftlichen Normen, die für das jeweilige Geschlecht gelten.

Nun zu den Perspektiven der FGZs. Sowohl Schultz als auch Stolzenberg zeigen Perspektiven für die FGZ-Arbeit auf: Regina Stolzenberg beschreibt die Wichtigkeit, die Erfahrungen in den Zentren schreibend in Theorie zu übersetzen, Dagmar Schultz plädiert für vereinheitlichte Statistiken und Auswertungen der inhaltlichen Arbeit und Arbeitsmethoden, um die Qualität der Arbeit aufzeigen zu können. Politisch ist dies m.E. sehr wichtig und als "Hausaufgaben" der Zentren für die nächste Zukunft anzusehen. Damit würde auch wieder ein engerer Kontakt zwischen Frauengesundheitsforschung und FGZ-Praxis sowie eine gegenseitige Befruchtung möglich.

Ich habe in meiner Arbeit eine Tendenz bei den FGZs zur Öffnung in die Kommunen hinein bemerkt, die sehr gewinnbringend für die je-

weilige Region ist. Wenn wir politisch etwas bewegen wollen, dann ist diese Öffnung eine Voraussetzung dafür. Wenn unser Ziel ist, dass Frauen wirklich die Verfügungsmacht über ihren Körper und ihr Leben bekommen, dann müssen die Netzwerke auf allen Ebenen geknüpft werden.

Es gibt seit einigen Jahren das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit, in dem die Arbeitsgruppen 'Frauen und Gesundheit' der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, der Deutschen Gesellschaft für Medizinsoziologie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health, die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, die Deutsche Gesellschaft für Public Health, der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF), das Internationale Zentrum für FrauenGesundheit, der Dachverband der FGZs, die AG geschlechtsspezifische Forschung in der Rehabilitation des Reha-Forschungsverbundes Bayern, der Verein Frauen und EXPO, das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen und das Forum Frauengesundheit Bremen zusammengeschlossen sind (Stand Frühjahr 2000). Dieses Netzwerk trifft sich einmal pro Jahr, um die Aktivitäten der Arbeitsgruppen aufeinander abzustimmen, gemeinsame Lobbyarbeit zu besprechen, sich gegenseitig zu informieren und Erfahrungen auszutauschen. In den letzten Jahren wurden vermehrt auch politische Stellungnahmen zu aktuellen Gesundheitsthemen – wie z.B. der Gesundheitsstrukturreform – verfasst.

Eine erfolgreiche gemeinsame Aktion war bezogen auf die Einrichtung von rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden. Diese waren ausgeschrieben, ohne die geschlechtsdifferenzierenden Aspekte in der Ausschreibung berücksichtigt zu haben. In einer gemeinsamen Stellungnahme machte das Nationale Netzwerk auf die Wichtigkeit der Geschlechtsdifferenzierung beim Thema Rehabilitation aufmerksam. Daraufhin mussten alle bewilligten Forschungsverbände diesen Punkt nachbessern. Weiterhin wurde 1997 in der Zeitschrift "Praxis - Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation" ein Schwerpunktheft zum Thema "Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation" erstellt. Im September 1999 war eine Arbeitstagung des Bayerischen Reha-Forschungsverbundes zu den geschlechtsspezifischen Aspekten von Rehabilitation. Dies war nur möglich durch Lobbyarbeit von Seiten des Nationalen Netzwerkes Frauen und Gesundheit. Zur Zeit gibt es auch Bestrebungen, auf EU-Ebene eine europäische Stimme für Frauengesundheit zu etablieren. So arbeitet z.B. das EU-Projekt "European Women's Health Network" an einem Netzwerkaufbau innerhalb der europäischen Länder.

Dies alles sind Anzeichen dafür, dass sowohl die Arbeit der Frauengesundheitsforschung als auch der Frauengesundheitsbewegung im Ge-

sundheitsweser Beachtung findet und ihre innovativen Ansätze vermehrt Eingang in die etablierten Strukturen finden.

Literatur

- Duden, Barbara* (1998): Entkörperung im Dienst der Gesundheit. Thesen zur Veränderung der Selbstwahrnehmung von Frauen zwischen der Nachkriegs- und der Jetztzeit. In: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Dokumentation der 4. Jahrestagung: "Von der 'Krankheit Frau' zur Frauengesundheit - Ein anderes Verständnis von Gesundheit und Heilung"; Bünde, S. 119-127.
- 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; Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 34-49.
- Helfferich, Cornelia* (1996): Gesundheitsbewegung? In: Weiblick, Heft 26, Mai/Juni 1996, S. 2-4.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike* (1996): Frauen das kranke Geschlecht - Mythos oder Wirklichkeit? In: Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.). Frauen - das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit. Ein Beitrag aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive; Leske + Budrich, Opladen, S. 7-18.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike* (1997): Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland; Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Schneider, Ulrike* (Hg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung; Campus, Frankfurt/M., New York 1981
- Schücking, Beate* (1998). Die Frau, das immer noch unbekannte Wesen? Frauen und Frauenforschung in der Medizin. In: Mabuse, 111, Jan./Febr. 1998, S. 56-60.
- Schultz, Dagmar/Langenheder, Simone* (1997): Die Entwicklung d. Frauengesundheitszentren in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung von Frauen, Materialien des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Abteilung Frauenpolitik.
- Stolzenberg, Regina* (1998): Die Sehnsucht nach Ganzheit und Gleichheit. Einige Fragen und Antworten zur Standortbestimmung der Frauengesundheitsbewegung. In: beiträge zur feministischen theorie und praxis, Köln, Heft 49/50, S. 15-34.
- Vogt, Irmgard* (1998): Standortbestimmung der deutschsprachigen Frauengesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health. (Hrsg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 22-33.