



Frauengesundheit

in der Politik zur Gleichstellung von Mann und Frau
in Mecklenburg-Vorpommern

Zum zehnjährigen Bestehen des Gemeinsamen Arbeitskreises
Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern 1998 bis 2008



**Mecklenburg
Vorpommern** 
Parlamentarische Staatssekretärin
für Frauen und Gleichstellung

Inhaltsverzeichnis

- 3 **Vorwort der Herausgeberin**
- 6 **Der Gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern (GAF)**
Ein Gespräch mit Dr. Angelika Baumann, Dr. Renate Hill und Dr. Gundula Moldenhauer
- 12 **Frauengesundheit in der Gleichstellungspolitik Mecklenburg-Vorpommerns (1998)**
Der Anstoß
- 14 **Mit Brustkrebs leben (2000)**
Mut und Stärke gegen die Angst
- 17 **Wenn Essen zum Problem wird (2002)**
Hunger nach Liebe und Anerkennung
- 18 **Müttergesundheit (2004)**
Kinder brauchen unsere ganze Kraft
- 20 **Pflege ist weiblich (2006)**
In Würde alt werden dürfen
- 22 **Gesundheit hat (k)ein Geschlecht (2008)**
Gesundheitsförderung und Prävention für Frauen und Mädchen in Mecklenburg-Vorpommern
- 24 **Aufgaben und Struktur des Gemeinsamen Arbeitskreises
Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern**
- 26 **Die Mitglieder des Gemeinsamen Arbeitskreises
Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern**

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen, liebe Leser!



Gleichberechtigung und Partnerschaft von Frauen und Männern betreffen alle Bereiche unserer Gesellschaft, unserer Kultur und unseres persönlichen Lebens. Als gesellschaftlich relevantes und gesundheitspolitisch ernst zu nehmendes Thema führte die Gesundheit von Frauen lange ein Schattendasein, obgleich Frauenforschung und Frauengesundheitsbewegung eindringlich auf die geschlechterdifferenzierte Verteilung von Gesundheitsrisiken hinweisen. In den 70er Jahren wurde zunächst in Westdeutschland eine stärkere Betrachtung frauenspezifischer Belange in der öffentlichen Gesundheitsdiskussion gefordert. Diese Sichtweise war initiiert für die Gründung von Frauengesundheitszentren.¹

Auch auf internationalem Parkett wurde die stärkere Beachtung frauenspezifischer Belange innerhalb der öffentlichen Gesundheitsdiskussion verlangt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bemühte sich um eine Erweiterung des Gesundheitsbegriffs: 1986 wurde in der Ottawa Charta der WHO die Entstehung und der Verlauf von Gesundheit und Krankheit mit der sozialen Lage und den Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen in Zusammenhang gebracht. Das soziale Geschlecht wurde zu einem wesentlichen Faktor. 1994 forderte das Regionalbüro Europa der WHO ihre Mitgliedsländer durch die Wiener Erklärung Women's Health Counts auf, zur gesundheitlichen Lage von Frauen Bericht zu erstatten. Gleichzeitig wurden Grundsätze zur Weiterentwicklung der Frauengesundheit in den europäischen Regionen der WHO formuliert.

Bereits zwei Jahre später realisierte die Bundesrepublik Deutschland die Forderungen der Wiener Erklärung: 1996 beschloss das Bundesfrauenministerium, den ersten deutschen Frauengesundheitsbericht in Auftrag zu geben.

Damit wurde folgenden Erkenntnissen gefolgt²:

- » *Biologische Unterschiede werden in der Medizin nicht ausreichend berücksichtigt.*
- » *Frauen und Männer unterscheiden sich bezüglich ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen.*
- » *Unterschiedliche Sozialisationserfahrungen der Geschlechter führen zu einem unterschiedlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit.*
- » *Unterschiedliche Umgangsweisen von Frauen und Männern mit dem Gesundheitssystem und unterschiedliche Umgangsweisen des Gesundheitssystems mit Frauen und Männern werden meist nicht reflektiert.*

¹ Vgl. Christeiner, Sigrid. Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit. Kleine Verlag, 1999.

² Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. BMFSFJ, 2001, hier: Leitgedanken, S. 7ff.

Mit dem ersten bundesdeutschen Frauengesundheitsbericht kam ein wichtiger Aspekt in die gesundheitspolitische Diskussion: „Gendersensibilität“ bedeutete, dass die biologisch und sozial bedingten Unterschiede von Frauen und Männern in der Gesundheitsberichterstattung und gesundheitlichen Versorgung zu berücksichtigen sind. Dies ist zugleich der Leitgedanke für eine neue Gesundheitsberichterstattung, in der neben der geschlechterdifferenzierten Darstellung von Daten und Ergebnissen zu Krankheiten auch geschlechterdifferenzierte Diagnosen zu treffen sind: „Die heute geforderte Neuorientierung stellt dem Gesundheitswesen so eine doppelte Aufgabe: Sie muss den schädlichen Auswirkungen noch unzureichender Gleichstellung zwischen den Geschlechtern auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen gezielt begegnen und dabei erhöhte Aufmerksamkeit für frauenspezifische Benachteiligungen und Bedürfnisse entwickeln. Sie muss lernen, die Bedeutung des Geschlechts systematisch für Frauen und Männer zu berücksichtigen.“³

Der erste deutsche Frauengesundheitsbericht folgte damit dem auf der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking festgeschriebenen und somit verpflichtenden politischen Ansatz des Gender Mainstreamings.⁴ In Mecklenburg-Vorpommern wurden die Bestrebungen zur Frauengesundheit maßgeblich geprägt durch Frau Prof. Dr. Karin Reis. Die Medizinerin setzte sich als damalige Vorsitzende des Landesfrauenrates Mecklenburg-Vorpommern e. V. dafür ein, dass die Wiener Erklärung auch in Mecklenburg-Vorpommern gehört wurde und initiierte 1998 die erste Landeskonferenz für Frauengesundheit in unserem Bundesland, die von der Parlamentarischen Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern unterstützt wurde. Die Fachtagung machte deutlich, dass geschlechterdifferenzierte Daten in Gesundheitsberichten notwendig sind, um die biologischen und sozial bedingten Unterschiede zwischen Frauen und Männern darzulegen. Gleichzeitig sind sie Voraussetzung dafür, die Gesundheitspolitik so zu gestalten, dass sie beiden Geschlechtern in ihrer Unterschiedlichkeit gerecht wird.

Im Ergebnis dieser ersten Landeskonferenz für Frauengesundheit wurde die weitere Zusammenarbeit zwischen dem Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern e. V. und der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) beschlossen und der Gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern (GAF) gegründet. Ziel der im Arbeitskreis tätigen Expertinnen aus Medizin und Gesundheitswesen ist es, Frauengesundheit in Mecklenburg-Vorpommern zu fördern und die Öffentlichkeit für diese umfassende Thematik zu sensibilisieren. So auch in Bezug auf die Gesundheitsberichterstattung in Mecklenburg-Vorpommern. Eine geschlechterdifferenzierte Darstellung der Daten ist für eine Überblicksberichterstattung zwar außerordentlich wichtig, reicht aber nicht aus, um geschlechterdifferenzierte Zusammenhänge herauszuarbeiten und somit wiederum zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen geben zu können. An dieser Stelle liegt das Weiterentwicklungspotenzial der Gesundheitsberichterstattung in Mecklenburg-Vorpommern.

³ Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. BMFSFJ, 2001, hier: Leitgedanken, S. 8.

⁴ Auf der 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Nairobi 1985 wurde erstmals diese politische Strategie vorgestellt: Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung von Entscheidungsprozessen mit dem Ziel, dass die an politischer Gestaltung beteiligten Akteure und Akteurinnen den Blickwinkel der Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen einnehmen. (Vgl. Council of Europe. Schlussbericht, Juni 1998.) 1999 verpflichteten sich dazu mit dem Amsterdamer Vertrag die EU-Staaten.

Der GAF organisiert seit 1998 alle zwei Jahre Landeskonferenzen für Frauengesundheit, die wichtige Aspekte von frauenspezifischen Gesundheitsfragen aufgreifen und diese mit Fachkräften und politischen Entscheidungsträgern diskutieren. So hat der GAF maßgeblich zur Sensibilisierung für eine geschlechtersensible Gesundheitspolitik beigetragen und ist zu einem wichtigen Partner für das Ministerium für Soziales und Gesundheit und für die Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern geworden, die die Arbeit des GAF auch finanziell unterstützen.

Die vorliegende Broschüre, die anlässlich des zehnten Gründungsjubiläums des GAF entstanden ist, gibt einen Rückblick auf die letzten Jahre und gleichzeitig einen Ausblick auf zukünftige Handlungsfelder. Sie lässt langjährige Mitstreiterinnen zu Wort kommen und ermöglicht so einen Einblick in das Engagement der Mitglieder des GAF.

Ich danke den zahlreichen Unterstützerinnen und Unterstützern und hoffe, dass die Broschüre auch Mut macht, sich im GAF zu engagieren.

M. Seemann

Dr. Margret Seemann

Parlamentarische Staatssekretärin
für Frauen und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Der Gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern (GAF)

Ein Gespräch mit Dr. Angelika Baumann, Dr. Renate Hill und Dr. Gundula Moldenhauer

Dr. Angelika Baumann ist Koordinatorin für Gesundheitsförderung am Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock, Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) und von Anfang an Sprecherin im GAF für die LVG.

Dr. Renate Hill ist seit 1994 Geschäftsführerin des Landesfrauenrates Mecklenburg-Vorpommern e. V. (Landesfrauenrat) und Gründungsmitglied des GAF.

Dr. Gundula Moldenhauer ist Geschäftsführerin der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) und seit 2005 Sprecherin im GAF für den Landesfrauenrat.



Dr. Angelika Baumann



Dr. Renate Hill



Dr. Gundula Moldenhauer

Warum wurde der Gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern (GAF) 1998 gegründet?

Dr. Hill: Die ehrenamtliche Vorsitzende des Landesfrauenrates Mecklenburg-Vorpommern e. V. von 1993 bis 1999, Prof. Dr. Karin Reis, Professorin für Public Health und Sozialmedizin an der FH Neubrandenburg, hat sich in ihrer wissenschaftlichen Arbeit mit dem Thema Frauen- und Müttergesundheit befasst. Sie brachte nicht nur die notwendigen Kenntnisse und ein großes Erfahrungswissen auf bundesweiter und internationaler Ebene, sondern auch die Überzeugung in die Arbeit des Landesfrauenrates ein, dass die Frauengesundheit ein wichtiges Thema in der Gleichstellungspolitik von Frauen und Männern sein muss. Sie führte Fakten und Daten zur Frauengesundheit in Mecklenburg-Vorpommern zusammen, interpretierte sie und leitete in einem ersten Frauengesundheitsbericht notwendige Handlungsschritte ab. Dieses Material war der Anstoß, die gewonnenen Erkenntnisse öffentlich zu machen und politische Veränderungen anzuschließen.

Auf Initiative von Prof. Dr. Karin Reis fand am 7. Dezember 1998 die erste Landeskonferenz für Frauengesundheit statt. Hier wurde deutlich, dass es einer breiten Lobby und einer sich ständig entwickelnden Fachkompetenz bedarf, um Entscheidungsträger im Medizinbetrieb, in Verwaltung und Politik für das Thema Frauengesundheit zu sensibilisieren.

Die Gründung des Gemeinsamen Arbeitskreises Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern war darum eine logische Konsequenz. In dieser Struktur sollte die Facharbeit zum Thema verstetigt und gebündelt, gleichzeitig aber auch ein Instrument geschaffen werden, das Einfluss auf die politische Umsetzung der Arbeitsergebnisse nehmen kann. Die Initiatorinnen wollten durch ihre Aktivitäten im GAF das Bewusstsein für Geschlechterdifferenzen in der Medizin stärken. Weibliche Spezifika, die über die Gynäkologie und Geburtshilfe hinausgehen, sollten stärker berücksichtigt werden – auch in Forschung und Lehre, in der Gesundheitsvorsorge und -planung und in der Gesundheitsberichterstattung.

Warum nennt sich der Arbeitskreis „gemeinsamer“ Arbeitskreis?

Dr. Moldenhauer: Frauen und Männer gehen unterschiedlich mit ihrer Gesundheit um und sind unterschiedlich krank. Das lag bisher nicht genügend im Blickfeld von Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen.

Anhand der oben beschriebenen Datenlage ergab sich dringender Handlungsbedarf, der politisch transportiert werden musste. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde von den beiden Verbänden Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern e. V. und Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) der GAF gegründet. Die Art des Zusammenschlusses zur Bearbeitung dieses Themas war und ist bundesweit einmalig. Daraus resultiert auch der Name des Arbeitskreises: Gemeinsamer Arbeitskreis Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern.

Jeder Verband stellt eine Sprecherin, sodass die Fachkompetenzen paritätisch und kontinuierlich in den GAF einfließen können. Die Arbeitsergebnisse werden an die jeweils ca. 50 Mitgliedsvereine und -institutionen der beiden Verbände und deren Multiplikatorinnen und Multiplikatoren weitergegeben. Diese Lobbyarbeit für unser Thema unterstützt uns sehr und sie zu nutzen, ist nach wie vor notwendig.

Weitere Expertinnen und Experten werden für den GAF durch die jeweilige Themenwahl für die Landeskonferenzen für Frauengesundheit gewonnen. In der Regel entwickeln sich daraus stabile Kooperationen. Das spiegelt sich auch in der gegenwärtigen Zusammensetzung der Mitglieder wider (s. S. 26).

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit und die Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern unterstützen die Durchführung der Landeskonferenzen für Frauengesundheit und die Koordination des GAF kontinuierlich. Auch das Frauennetz Mecklenburg-Vorpommern e. V. ist für die Koordination des GAF unentbehrlich.

Eine hervorragende Möglichkeit, die erarbeiteten Ergebnisse und Stellungnahmen zu aktuellen Themen in die Gesundheitspolitik einzubringen, ist die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Frauengesundheit. Sie wurde 2001 durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern einberufen. In der LAG Frauengesundheit können die erarbeiteten Handlungsempfehlungen mit den Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums und weiterer Institutionen wie z. B. der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern diskutiert werden.

Darüber hinaus unterstützt der GAF regional arbeitende Initiativen, die sich auf dem Gebiet der Frauengesundheit engagieren.

Welche Ziele verfolgt der GAF?

Dr. Moldenhauer: Der GAF gab von Anfang an Impulse für das große Thema Frauengesundheit in Mecklenburg-Vorpommern. Dazu gehören die Landeskongresse für Frauengesundheit, die Mitarbeit in der LAG Frauengesundheit, Stellungnahmen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen und die Unterstützung von regionalen Aktivitäten auf dem Gebiet Frauengesundheit.

Dr. Hill: Der GAF setzt sich vehement dafür ein, dass der Medizinbetrieb und die Gesundheitspolitik sensibler auf das Thema Frauengesundheit reagieren. Schon jetzt ist Entscheiderinnen und Entscheidern bewusst geworden, dass mit der Beachtung geschlechtsspezifischer Belange – und das betrifft sowohl Frauen als auch Männer – viele Abläufe effizienter werden und die Akzeptanz sowie das gegenseitige Verständnis für bestimmte medizinische Entscheidungen bei Patientinnen insbesondere, aber auch bei Patienten größer wird. Der GAF versteht sich also als Initiator dafür, dass bestimmte, für Frauen besonders relevante Themen im medizinischen Alltag ankommen. Er erarbeitet Lösungsansätze und zeigt Wege zur praktischen Umsetzung auf.

Warum ist die geschlechtsspezifische Gesundheitsbetrachtung notwendig?

Dr. Baumann: Wir haben inzwischen eine Fülle geschlechterdifferenzierter Daten in der Gesundheitsberichterstattung. Es fehlen aber die Schlussfolgerungen daraus, d. h. entsprechende Handlungskonzepte, um die Geschlechterunterschiede in der Gesundheitspraxis auch tatsächlich zu berücksichtigen. Um ein Beispiel zu nennen: Die Erkenntnis, dass sich der Herzinfarkt bei Männern und Frauen ganz unterschiedlich zeigt, kann in der Praxis zu wesentlich sichereren Diagnosen führen – für die betroffenen Patientinnen ein unter Umständen lebensrettender Vorstoß.

Dr. Moldenhauer: Es existiert nach wie vor die Tendenz im Berichtswesen, auch in der Gesundheitsberichterstattung, die geschlechtergetrennte Betrachtung außen vor zu lassen.

Es hat sich meiner Meinung nach immer noch nicht herumgesprochen, dass das, was für ein erfolgreiches Marketing selbstverständlich ist, nämlich zielgruppenspezifische Maßnahmen einzusetzen, auch für das Gesundheitswesen zählt. Und die beiden größten Zielgruppen sind nun einmal Frauen und Männer. Gesund-

heitspolitische Entscheidungen werden getroffen, ohne diesen Aspekt ausreichend zu berücksichtigen. Das ist besonders misslich in Zeiten knapper werdender Ressourcen gerade im Gesundheitsbereich. Es ist nicht neu, dass der Gesundheitszustand der Menschen maßgeblich mit dem Bildungsstand und dem sozialen Status zusammenhängt. Aber auch hier bestehen zwischen Frauen und Männern große Unterschiede, die bei der Erarbeitung von politischen Interventionen nur zögerlich einbezogen werden.

Wie bringt der GAF seine Fachkompetenz innerhalb der Landespolitik ein?

Dr. Baumann: Eine nicht zu unterschätzende Möglichkeit ist die Mitwirkung des GAF in der Landesarbeitsgemeinschaft Frauengesundheit, deren Mitglieder durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern berufen worden sind. Ebenfalls möglich ist die Erarbeitung von Stellungnahmen zu aktuellen Themen. Die Strukturen der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) und des Landesfrauenrates Mecklenburg-Vorpommern e. V. eignen sich gut, um auf landespolitischer Ebene Einfluss zu nehmen und die bestehenden Kontakte zu Krankenkassen, Ministerien und Mitgliedern des Landtages auszubauen.

Dr. Moldenhauer: Die alle zwei Jahre stattfindenden Landeskongresse für Frauengesundheit wenden sich in erster Linie an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Der GAF entscheidet sich für ein frauenspezifisches Gesundheitsthema, das sich aus dem fachlichen Spektrum der im GAF organisierten Mitglieder ergibt. Das Thema wird der Öffentlichkeit nach einer Phase der intensiven Vorbereitung mit Partnerinnen und Partnern durch eine Konferenz nähergebracht. Es entstehen Handlungsempfehlungen, jeweils fixiert in einer Konferenzdokumentation, die Entscheidungsträgerinnen und -trägern der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens vorgestellt werden, damit sie in deren Umsetzungsstrategien einfließen können. Für den Informationsfluss werden auch hier die LAG Frauengesundheit, der Sozialausschuss des Landtags bzw. die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Parteien genutzt.

Dr. Hill: Die wichtigste Leistung des GAF war und ist, Politik, Verwaltung und Medizin für das Thema Frauengesundheit aufzuschließen. In unseren Konferenzen haben wir Impulse für Veränderungs- und Gestaltungsprozesse gesetzt, die die Lobby für Frauengesundheit stärken, und weitere Verbündete ins Boot geholt. So konnten wir Schritt für Schritt die Sensibilität für das Thema Frauengesundheit erhöhen.

Der GAF hat den Anspruch, durch die Konferenzen konkrete Vorstellungen zur Beachtung von Geschlechteraspekten zu erarbeiten. Somit wurde der GAF zu einem Partner für das Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern.

Erfolge gibt es vor allem dann, wenn ein Thema schon auf der politischen Agenda steht, z. B. das Thema Pflege. Unsere gemeinsam erarbeitete Stellungnahme ist während der Diskussion zum Pflegewerksentwicklungsgesetz im Bundestag an alle Abgeordneten aus Mecklenburg-Vorpommern gegangen. Damit ist die Geschlechterrelevanz dieses Themas noch klarer und öffentlicher geworden. Steter Tropfen höhlt den Stein, da darf frau den Mut nicht aufgeben ...

Zunehmend etabliert sich auch das Pendant als Thema in Mecklenburg-Vorpommern: die Männergesundheit. Noch ist es Neuland, kann aber stark von den Erfahrungen und Vorarbeiten des GAF profitieren.

Wie haben sich der GAF und seine Arbeitsweise über die Jahre verändert?

Dr. Hill: So, wie die Welt nicht stehen geblieben ist, hat sich auch innerhalb des GAF seit seiner Gründung einiges verändert. Wir sind über die Phase der reinen Sensibilisierung für das Thema hinaus.

Innerhalb des GAF hat sich in den letzten Jahren der Teamgedanke deutlich verstärkt. Während die ersten Jahre ohne die Aktivitäten unserer „Frontfrau“ Prof. Dr. Karin Reis kaum zu denken waren, ist inzwischen jedes Mitglied ganz aktiv in die Vorbereitung und Durchführung der Landeskonferenzen für Frauengesundheit eingebunden.

Dr. Moldenhauer: Der GAF hat mit der Zeit immer stärker andere Institutionen sowie externe Expertinnen und Experten einbezogen. Aber auch durch Vernetzung und langfristige Kooperationen konnte die Fachlichkeit und die landesweite Wirksamkeit des GAF deutlich erhöht werden. Heute ist der GAF oft gefragt, um konkrete Vorschläge zu unterbreiten, wie man den Bedürfnissen von Frauen im Gesundheitswesen besser gerecht werden kann, oder um zu aktuellen Fragen Stellung zu beziehen.

Können interessierte Frauen und Männer einfach so im GAF mitmachen und wie kann ihr Beitrag zur Arbeit des GAF aussehen?

Dr. Baumann: Prinzipiell haben jede und jeder die Möglichkeit, Mitglied zu werden. Wir erwarten jedoch eine kontinuierliche und engagierte Teilnahme an unseren monatlichen Beratungen. Dazu gehört die Bereitschaft, die eigenen Kompetenzen einzubringen. Wesentlich ist das Interesse an unseren Themen, entscheidend aber auch der Wille, sich auf Landesebene zu engagieren. Sehr nützlich ist es, wenn ein beruflicher Bezug zum Gesundheitswesen vorhanden ist.

Dr. Moldenhauer: Alle zwei Jahre wird das Thema der Landeskonferenz für Frauengesundheit gemeinschaftlich erarbeitet. Hier kann jedes Mitglied Einfluss nehmen. Mit der persönlichen Fachkompetenz bzw. der Kompetenz der eigenen Institution übernehmen unsere Mitglieder die Verantwortung für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Fachkonferenz.

Eine etwas persönlichere Frage zum Schluss: Was macht Ihnen an der Arbeit im GAF Spaß?

Dr. Moldenhauer: Mich reizt, dass ich mit sehr engagierten Frauen gemeinschaftlich an politisch brisanten Themen und deren Platzierung arbeiten kann. Wenn man bemerkt, dass Veränderungen machbar sind, erfüllt einen das schon mit einem gewissen Stolz und es stärkt die Motivation.

Dr. Hill: Spaß macht mir an der Arbeit, an ein und demselben Ziel mit Frauen zusammenzuarbeiten, die doch ganz unterschiedliche Erfahrungen und Wissenshintergründe mitbringen. Ich selbst kann dabei immer wieder Neues lernen. Das Engagement unseres Kreises ist für mich auch in der Zukunft notwendig – einer der Hauptgründe dafür, dass ich nach zehn Jahren immer noch dabei bin. Der Prozess um ein geschlechtergerechtes Gesundheitswesen lässt sich nur durch steten Druck und geduldige Einflussnahme in Gang halten.

Dr. Baumann: Mir imponiert, dass alle unsere Mitglieder über bestimmte Eigenschaften verfügen, die für diese Art von Arbeit unabdingbar sind: über einen langen Atem, gute Kontakte, Überzeugungskraft, Fachkompetenz, die auf ein stabiles Netzwerk gegründet ist, aber auch über Klarheit, Kooperationsbereitschaft und die Fähigkeit, sich kleine Erfolge für die eigene Motivation ab und zu selbst zu organisieren.

1998 Frauengesundheit in der Gleichstellungspolitik Mecklenburg-Vorpommerns

Der Anstoß



Am 7. Dezember 1998 fand die erste Landeskonferenz für Frauengesundheit auf Initiative von Prof. Dr. Karin Reis in Rostock statt. Sie hatte Daten zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Mecklenburg-Vorpommern zusammengetragen, interpretiert und Handlungsbedarf aufgezeigt. Dieser Handlungsbedarf wurde auf der Konferenz diskutiert und mündete in die Gründung des Gemeinsamen Arbeitskreises Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern (GAF).

„Zwar gibt es schon eine statistische Trennung der Geschlechter in der Gesundheitsberichterstattung, aber das bedeutet nicht, dass frauenspezifische Gesundheitsprobleme als solche, die mit dem Lebenskontext der Frauen zu tun haben und deswegen bei Männern nicht oder wesentlich seltener auftreten, als erfassungswürdige Leidenszustände in der Bevölkerung angesehen werden. Als Beispiel nenne ich Essstörungen, Langzeitfolgen von Gewalteinwirkungen, die Vereinbarkeit von Beruf und Mutter- bzw. Vaterschaft ...“⁵, so Prof. Karin Reis, Vorsitzende des Landesfrauenrates Mecklenburg-Vorpommern e. V. und eine der beiden Sprecherinnen des GAF⁶.

Anliegen der ersten Konferenz war, den Zusammenhang zwischen Frauengesundheit und Frauenbewegung sowie die Verknüpfung von Gleichstellungspolitik und Frauengesundheit sichtbar zu machen. Sie gab einen Überblick über die Frauengesundheitsforschung in Deutschland, d. h. sie benannte Ergebnisse und offene Forschungsfelder. Für das Land Mecklenburg-Vorpommern wurden anhand der Analysen des Frauengesundheitsberichtes die Probleme auf Regionalebene und deren Lösungsansätze aufgezeigt⁷.

5 Schlussfolgerungen aus dem Forschungsbericht „Wie geht es uns denn heute?“ von Prof. Dr. Karin Reis, vorgestellt auf der ersten Landeskonferenz für Frauengesundheit am 7. Dezember 1998.

6 Prof. Dr. Karin Reis war von 1993 bis 1999 Vorsitzende des Landesfrauenrates Mecklenburg-Vorpommern e. V. und bis 2005 Sprecherin des GAF.

7 Aus dem Antrag zur Förderung der ersten Landeskonferenz für Frauengesundheit durch die Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

Das wichtigste Ergebnis der ersten Landeskonferenz für Frauengesundheit war aber, dass sie den Startschuss für die Arbeit des Gemeinsamen Arbeitskreises Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern gegeben hat. Von da an entwickelte sich in Mecklenburg-Vorpommern ein Gremium, das auf diesem Gebiet in den nächsten Jahren eine Vorreiterrolle einnehmen und die Diskussionen zwischen medizinischem Fachpersonal, Politik, Patientinnen und Patienten befördern sollte. Als Sprecherinnen wurden Prof. Dr. Karin Reis für den Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern e. V. und Dr. Angelika Baumann für die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) gewählt.

Der GAF setzte sich zunächst ein:

- » Für ein Forschungsvorhaben, ein Frauengesundheitsprogramm für das Land Mecklenburg-Vorpommern zu erarbeiten⁸
- » Für eine Machbarkeitsstudie zum Thema „Frauengesundheitszentrum – Ist der Boden dafür vorhanden?“⁹

Doch das Hauptanliegen des GAF war, die gesundheitspolitischen Diskussionen mitzugestalten, für eine geschlechtersensible Gesundheitspolitik durch Öffentlichkeitsarbeit und Fachkonferenzen zu sensibilisieren und die Zusammenarbeit mit den zuständigen politischen Gremien und Fachressorts der Landesregierung zu entwickeln.

Frauen stellen ca. 55 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten, Männer verbringen aber durchschnittlich mehr Tage im Krankenhaus, wenn sie erkranken.
Gender-Datenreport 2005

Medikamente für Frauen und Männer werden immer noch vorrangig an Männern getestet.
Die Zeit, 3. Juli 2008

8 Zwar konnte dieses Forschungsvorhaben bis heute nicht realisiert werden, die Arbeit der letzten zehn Jahre brachte aber eine Sensibilisierung für eine stärker geschlechtsspezifische Sicht in die Gesundheitspolitik und -berichterstattung der Landesregierung.

9 Silke Rossow, Annette Niemeyer, Karin Reis (2002): Ein Frauengesundheitszentrum in Mecklenburg-Vorpommern – Möglichkeiten und Grenzen. Eine empirische Studie im Auftrag der Parlamentarischen Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass zum damaligen Zeitpunkt kein ausreichender Bedarf für ein solches Frauengesundheitszentrum gesehen wurde.

2000 Mit Brustkrebs leben Mut und Stärke gegen die Angst

„Brustkrebs“ – eine Diagnose, die nicht nur bei der betroffenen Frau Ängste, Sorgen und Ungewissheit auslöst, sondern auch bei den Menschen, die mit der Frau zusammenleben und arbeiten. Wenn dann die medizinische Behandlung das nötige Einfühlungsvermögen vermissen lässt, die Patientin lange auf ihre Befunde warten muss und sich mit ihrer Diagnose ärztlicherseits allein gelassen fühlt, kann das motivieren, an diesen Zuständen etwas zu verändern. So ging es einer persönlich Betroffenen, die das Problem in den GAF brachte.

Der GAF nahm sich dieser Aufgabe an und stellte die zweite Landeskonferenz für Frauengesundheit unter das Thema „Mit Brustkrebs leben“. Die Konferenz fand am 1. November 2000 in der Klinik Schweriner See (Lübstorf) statt. In Vorbereitung der Konferenz wurde eng mit der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V. und weiteren Expertinnen z. B. aus der Radiologie des Universitätsklinikums Rostock zusammengearbeitet.

Frauen nehmen zu 50 Prozent an Vorsorgeuntersuchungen teil, Männer dagegen nur zu 23 Prozent.

Gesundheitsbericht 2003 Mecklenburg-Vorpommern

Die zweite Landeskonferenz für Frauengesundheit ging den Fragen nach, wie erkrankte Frauen mit der Diagnose Brustkrebs umgehen, wie sie ihre Krankheit bewältigen und dabei psychosozial betreut werden, welche Möglichkeiten der Diagnose sowie des Schutzes und der Vorsorge für Gesunde bestehen – z. B. mit der Mammografieuntersuchung. Damals

gab es in Rostock bereits ein Modellprojekt zur Verbesserung der Brustkrebsfrüherkennung durch eine qualitätsgesicherte Mammografie, ein Tumorzentrum sowie ein Projekt zur Brustkrebsfrüherkennung mit Mammografie für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren.

Die Referentinnen wiesen auf der Konferenz darauf hin, dass der Erfolg der Mammografie maßgeblich von einer Qualitätssicherung der Methode abhängt. Die Mammografiebefunde sind oft fehlerbehaftet und dürfen Frauen nicht in Sicherheit wiegen. Die Chancen, aber auch Risiken (z. B. die Strahlenbelastung) müssen realistisch eingeschätzt werden. In der Diskussion mahnten die 80 Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmer u. a. an, das Klinikpersonal bezüglich sozialer und anderer Hilfen für bereits Erkrankte besser zu informieren. Besonders für Langzeitpatientinnen wurde mehr Beachtung ihrer spezifischen Probleme und der tertiären Prävention gefordert.

Der Forderungskatalog, den die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konferenz aufstellten, enthielt ganz konkrete Aufgaben:

- » *In Übereinstimmung mit der Gesundheitsministerkonferenz fordert die Landeskonferenz für Frauengesundheit eine Richtlinie zur qualitätsgesicherten Brustkrebsfrüherkennung als Leistung der Krankenkassen.*
- » *Das Mammografiescreening soll als Früherkennungsuntersuchung eingeführt werden und es muss eine Zweitbefundung der Mammografien möglich sein.*
- » *Da ca. 30 Prozent der Diagnosen falsch sind, sollte regelmäßig die Sonografie als zusätzliche Untersuchungsmethode größere Sicherheit bringen.*
- » *Regionale Initiativen wie z. B. Mammazentren müssen durch gezielte Förderung eine Chance bekommen.*
- » *Die Behandlung und Betreuung der Erkrankten muss dringend verbessert werden.*
- » *Es bedarf neuer Geräte zur Diagnosesicherung.*
- » *Die Wartezeiten zwischen der Untersuchung und der Mitteilung der Befunde sind zu lang.*
- » *Wichtig ist eine verbesserte Begleitung und Nachsorge in der psychoonkologischen Betreuung.*
- » *Frauen brauchen mehr Wissen über die Selbstuntersuchung und bessere Aufklärung im Falle eines Krebsverdachtes.*
- » *Der Aufbau von mehr Selbsthilfegruppen im Land ist nötig.*
- » *Mit einer verbesserten und intensiveren Öffentlichkeitsarbeit lässt sich die Dringlichkeit dieser Anliegen verdeutlichen.*

Ein direkter Erfolg der Konferenz war die Möglichkeit für zwei Vertreterinnen der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V., auf der ärztlichen Brustkrebstagung der Universität Rostock am 4. November 2000 über ihre Erfahrungen sprechen zu können. Sie stellten die Arbeit und die Angebote der Frauenselbsthilfe vor und erreichten, dass es für Vertreterinnen der Selbsthilfe erheblich leichter wurde, bereits im Krankenhaus Kontakt zu neu erkrankten Patientinnen aufzunehmen.

Die zweite Landeskonferenz für Frauengesundheit sensibilisierte vor allem für eine bessere, bedürfnisgerechte psychosoziale Beratung und Betreuung betroffener Frauen, die schon in der Phase der Diagnostik erforderlich ist. Die Konferenz regte betroffene Frauen aber auch an, sich zu organisieren und aktiv um Hilfe zu kümmern. So entstand eine neue Gruppe der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V. in Schwerin. Die Selbsthilfegruppen weisen verstärkt auf die Eigenverantwortung für das Erkennen von Brustkrebs hin und geben beispielsweise gezielt Informationen über die Selbstuntersuchung der Brust weiter.

Die zweite Landeskonferenz für Frauengesundheit trug dazu bei, dass das Mammografiescreening für 50- bis 70-Jährige in Mecklenburg-Vorpommern als einem der ersten Bundesländer flächendeckend über vier Mammografiescreeningzentren eingeführt wurde. Bisher nicht erfüllt ist die Forderung der Kombination der Mammografieuntersuchung mit der Ultraschalluntersuchung, um die Befundunsicherheit zu optimieren.

Gesundheit und Krankheit hängen nicht nur von objektiven Faktoren, sondern auch von subjektiver Wahrnehmung und Bewertung ab. Frauen geben im Durchschnitt etwas häufiger als Männer an, in den vergangenen vier Wochen krank gewesen zu sein.

Gender-Datenreport 2005

2002 Wenn Essen zum Problem wird Hunger nach Liebe und Anerkennung

Für viele Mädchen und Frauen ist das Krankheitsbild der Essstörung eine Antwort auf Leistungsdruck, Überforderung und mangelndes Selbstvertrauen, das auch durch ein überwiegend medial vermitteltes Schönheitsbild und das Streben nach Perfektion unterstützt wird. Auf Vorschlag einer Fachärztin für Psychiatrie an der Klinik Schweriner See (Lübstorf) beschäftigte sich der GAF mit dem Problemkreis der Essstörungen. Die dritte Landeskonferenz für Frauengesundheit fand am 13. November 2002 in der Klinik in Lübstorf statt.

58 Prozent der deutschen Männer und 41 Prozent der deutschen Frauen ab dem Alter von 18 Jahren sind übergewichtig oder stark übergewichtig.

Im Alter von 18 bis 19 Jahren sind 13 Prozent der jungen Frauen und 6 Prozent der jungen Männer untergewichtig.

Gender-Datenreport 2005

Die Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmer thematisierten, wie gesundes Essverhalten erreicht bzw. in der Therapie trainiert werden kann. Sie diskutierten, wie sich Heilungschancen auch über weiterführende Therapieangebote, z. B. Körper- und Bewegungstherapie, verbessern lassen.

Wie auch auf der vorangegangenen Konferenz stand am Ende der gemeinsamen Beratungen ein Katalog mit Forderungen, die schrittweise in die Realität umgesetzt werden sollten:

- » Unterstützung der Arbeit von engagierten Vereinen, ärztlichem Personal, Therapeutinnen und Therapeuten
- » Ausbau von Therapieangeboten in den einzelnen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns
- » Ausbau des Netzwerkes von Fachleuten aus dem ambulanten und dem stationären Bereich
- » Beschäftigung von Gesundheitslehrerinnen und -lehrern an den Schulen im Land
- » Vorbeugung von Essstörungen unter Einbeziehung der gesamten Medienlandschaft

Eine Folge der Konferenz war die Gründung des Vereins Dick und Dünn Mecklenburg-Vorpommern e. V. am 17. Februar 2004, der sich neben den Essstörungen von Mädchen und jungen Frauen auch anderen Zielgruppen zuwendet. Der Verein arbeitete mit dem Schweriner Präventionsmodellprojekt für Essstörungen -SPE (Landreiter 9) eng zusammen. Heute setzt sich der Verein gemeinsam mit der Klinik Schweriner See dafür ein, die als unzureichend eingeschätzte Versorgungssituation sichtbar zu machen und die fehlende Vernetzung der vorhandenen Angebote und das Erfordernis der Prävention von Essstörungen voranzutreiben.

2004 Müttergesundheit

Kinder brauchen unsere ganze Kraft

Wieder kam der Anstoß zu einem neuen Thema aus der Praxis – der Berufspraxis eines GAF-Mitgliedes. Aus dem Arbeitsgebiet eines Mutter-Kind-Therapiezentrums kommend, hatte es beobachtet, dass die Belegungszahlen in den Kurkliniken sanken, obwohl der Bedarf offensichtlich war. Die meisten der Frauen, die mit ihren Kindern zur Kur kamen, waren mit ihren körperlichen und seelischen Kräften nahezu am Ende. Die Mehrfachbelastung vieler Frauen in ihrer Doppelrolle als Erwerbstätige und Mutter führt oft zu gravierenden gesundheitlichen Problemen. Psychosomatische Erkrankungen, die Ausprägung chronischer Krankheiten oder das mütterliche Burn-out-Syndrom gehören zu den häufigen Diagnosen.

Um aus solchen Krisen herauszuhelfen oder sie gar nicht erst entstehen zu lassen, sind Mutter-Kind-Kuren ein probates Mittel. Umso wichtiger ist es für die Betroffenen, die Hürden bei der Antragstellung und Genehmigung niedrig zu halten. Diese Problemstellungen wurden auf der vierten Landeskonferenz für Frauengesundheit, die am 10. November 2004 in der Mutter-Kind-Kurklinik „Heidesanatorium“ Graal-Müritz stattfand, ausführlich beraten.

Die wichtigsten Forderungen der vierten Landeskonferenz für Frauengesundheit sind hier noch einmal zusammengefasst:

- » Die Rehabilitationsrichtlinien für Mutter-Kind-Maßnahmen müssen unter Berücksichtigung des mütterlichen Burn-out-Syndroms und der allgemeinen Situation von Müttern angepasst werden.
- » Das Thema der Müttergesundheit steht bislang zu wenig im Fokus der Forschung – hier kann ein interdisziplinärer Ansatz und Forschungsschwerpunkt in der Zukunft wesentliche Fortschritte bringen.
- » Es ist eine Handreichung für Ärztinnen und Ärzte, die Mutter-Kind-Kuren verordnen, zu erarbeiten, um die Verfahrenswege zu erleichtern.
- » Die Krankenkassen müssen ihre Verantwortung bei der Primärprävention für Mütter erkennen und ihr gerecht werden.
- » Außerdem kommt es darauf an, die Kooperation zwischen den Berufsverbänden der Hebammen sowie der Frauenärzte zu stärken. Deshalb gab und gibt es die Forderung, ein Modellprojekt „Hebammenpraxis und Gynäkologiepraxis“ zur Stärkung der Kommunikation zwischen beiden Berufsgruppen zu initiieren.

Nach der Konferenz nahm der GAF unter Federführung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) den Kontakt zu verschiedenen, für diese Fragen zuständigen Institutionen wie z. B. Krankenkassen auf. Es fanden Workshops statt, auf denen die Problematik vertiefend diskutiert werden konnte. Der Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern e. V. erarbeitete zum Thema Müttergesundheit einen Resolutionsentwurf, der entsprechenden Gremien auf Landes- und Bundesebene zur Verfügung gestellt wurde. Des Weiteren wurde eine Handreichung für Ärztinnen und Ärzte, die Kuraufenthalte verordnen, entwickelt.

Inzwischen sind mit der Gesundheitsreform vom 1. April 2007 die stationären Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation von Müttern (und Vätern) zur Pflichtleistung für Krankenkassen geworden.

Im Rahmen der gegenwärtigen politischen Diskussion zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie steht die Müttergesundheit weiter auf der Agenda.

Das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, ist für Frauen wesentlich höher als für Männer.
Gesundheitsbericht 2003 Mecklenburg-Vorpommern

Männer erhalten wesentlich häufiger Rehabilitationsmaßnahmen nach erlittenem Herzinfarkt als Frauen.
Gesundheitsbericht 2003 Mecklenburg-Vorpommern

2006 Pflege ist weiblich

In Würde alt werden dürfen

Mecklenburg-Vorpommern ist eines der Bundesländer, die vom demografischen Wandel besonders stark betroffen sein werden. Das hat in Bezug auf die Situation von Frauen u. a. zwei Aspekte zur Folge: Der Bedarf an verschiedenen Pflegemöglichkeiten und entsprechend qualifiziertem, traditionell zumeist weiblichem Personal wird in den nächsten Jahrzehnten signifikant steigen. Aber auch die zu Pflegenden selbst sind aufgrund ihrer Altersstruktur überproportional viele Frauen.

Männer erleiden durchschnittlich häufiger folgenschwere Unfälle als Frauen. Für Männer ist die Jugend, für Frauen das Alter eine besonders unfallträchtige Lebensphase.
Gender-Datenreport 2005

Darauf machte die fünfte Landeskonferenz für Frauengesundheit aufmerksam. Im Augustenstift Schwerin ging es am 8. November 2006 um das allgemeine Frauenbild und die Menschenwürde in der Pflege, um den Zusammenhang zwischen Pflege und Armut, um die Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie, aber auch um das Problem von Gewalt in der Pflege.

Die Diskussionsergebnisse der vier Konferenzworkshops spiegeln den großen Handlungsbedarf wider:

- » *Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie*
 - *Die Position der Pflegenden muss im SGB XI verankert werden.*
 - *Pflegende müssen eine Vergütung erhalten.*
- » *Pflege und Armut*
 - *Besonders Frauen sind im Alter zunehmend von Armut betroffen. Deshalb muss darauf hingewirkt werden, dass auch sie alle erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen erhalten können.*
- » *Frauenbild und Menschenwürde*
 - *Neben den Bedürfnissen der Pflegenden gilt es auch die Bedürfnisse der Gepflegten zu kennen und zu beachten. Sie sollen an der eigenen Pflege teilhaben, Intimität und Selbstbestimmung unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten einfordern können.*
- » *Pflege und Gewalt*
 - *Um der Gewalt in Pflegesituationen vorzubeugen, wird gefordert, Missstände mit Zahlen, Daten und Fakten öffentlich zu machen. Nur so können konkrete Handlungsstrategien entwickelt werden.*

Zusammenfassend ist zu konstatieren: Gerade Frauen tragen die Hauptlast der Pflege in unserer Gesellschaft und Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb sind künftig Konzepte erforderlich, die Pflegenden sowie zu Pflegenden unterstützen und den Genderaspekt berücksichtigen. Dazu sind Veränderungen von Rahmenbedingungen erforderlich, die auch Gesetzesänderungen bedürfen.

Die Konferenz hat Anregungen unter der besonderen Berücksichtigung der Belange der Frauen gegeben:

- » *Gesellschaftliche Anerkennung und Aufwertung der Pflege- und Familienarbeit*
- » *Förderung eines selbstbestimmten Lebens*
- » *Verhinderung von Armut im Alter*

Eine weitere Handlungsempfehlung als Ergebnis der Landeskonferenz war die Stärkung der Prävention von Pflegebedürftigkeit sowie die Schaffung von Voraussetzungen, um eine möglichst lange Erhaltung der eigenen Häuslichkeit bei eingetretener Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen.

Um das erfolgreich umsetzen zu können, sind folgende Bedingungen wünschenswert:

- » *Ausbildung von Pflegeberaterinnen und -beratern*
- » *Überprüfung der vorhandenen Angebote hinsichtlich der Berücksichtigung der Geschlechtsspezifika*
- » *Entwicklung von Fortbildungsangeboten zur Sensibilisierung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegesetting*

Der GAF beteiligt sich auf unterschiedlichste Weise an der schrittweisen Umsetzung dieser Voraussetzungen. So hat er u. a. an alle Abgeordneten des Landtages Mecklenburg-Vorpommern eine Stellungnahme zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz gesandt. In ihr waren die Forderungen aus der Landeskonferenz für Frauengesundheit enthalten.

Inzwischen sind mit der Gesundheitsreform bestimmte Maßnahmen zur Pflichtleistung geworden. Es können Pflegestützpunkte eingerichtet werden, um den Betroffenen Rat und Hilfe zu geben. Ab 2011 können Heime und Pflegedienste unangemeldet jährlich kontrolliert werden. Die Anhebung des Pflegegeldes für zu Hause pflegende Angehörige ist zumindest ein Signal, dass ihre Leistungen erkannt und gewertschätzt werden. Pflegenden Angehörigen können eine Arbeitsfreistellung von bis zu sechs Monaten bekommen. Für Behinderte gibt es ein persönliches Budget, das sie ihren Bedürfnissen entsprechend einsetzen können.

Frauen werden älter als Männer. Die Lebenserwartung von neugeborenen Mädchen beträgt in Deutschland heute 81 Jahre, die von neugeborenen Jungen 75 Jahre.

Gender-Datenreport 2005

2008 **Gesundheit hat (k)ein Geschlecht**

Gesundheitsförderung und Prävention für Frauen und Mädchen in Mecklenburg-Vorpommern

„Gesundheit hat kein Geschlecht“ – und doch unterscheiden sich die Anforderungen und Bedürfnisse, die Mädchen und Frauen an Gesundheit und Gesundheitsförderung stellen, deutlich von denen der Jungen und Männer. Andere physiologische Voraussetzungen, aber auch eine andere Einbindung in die soziale Umwelt erfordern spezifische Strategien, um diesen besonderen Bedürfnissen von Mädchen und Frauen gerecht zu werden – denn Frau wird eben doch anders krank als Mann.

Die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern hat einen Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention verabschiedet und am 18. September 2008 ein Aktionsbündnis zur Umsetzung gegründet. Mit dieser Gründung sollen die im Vorfeld an der Erarbeitung des Landesaktionsplanes beteiligten Partner aus Institutionen und Verbänden sowie die Vertretungen der Universitäten und Hochschulen zur Vernetzung gewonnen werden. Ziel ist, Lebensqualität, Gesundheit und selbstbestimmte Teilhabe lebensbegleitend zu fördern und bis ins hohe Alter zu erhalten.

Eine Handlungsleitlinie im Landesaktionsplan ist das geschlechtersensible Herangehen an alle Themenbereiche. Wie dies umgesetzt werden kann, das ist Thema der sechsten Landeskonferenz für Frauengesundheit, die am 5. November 2008 im Stralsunder Rathaus stattfindet. Vertreterinnen des GAF waren bereits in die Erarbeitung des Landesaktionsplanes involviert und unterstützen nun aktiv dessen Umsetzung. Mit den unterschiedlichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollen die spezifischen Bedürfnisse in Gesundheitsförderung und Prävention für Mädchen und Frauen herausgearbeitet werden. Die Lebenswelten „Kindertagesstätte“, „Schule“, „Arbeitswelt“ und „Kommune“ werden unter dem Blickwinkel der Geschlechterperspektive hinterfragt sowie Handlungsfelder und -strategien abgeleitet.

Das Ziel ist, Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen zu praktizieren, um sie dort zu erreichen, wo sich ein Großteil ihres Lebens abspielt. So können mit größerer Unabhängigkeit von sozialer Herkunft und individuellen Unterschieden Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit ergriffen werden.

Männer rauchen mehr und sie konsumieren mehr Alkohol und illegale Drogen als Frauen; Frauen sind häufiger von Medikamenten abhängig.

Gender-Datenreport 2005

Folgende Fragen sollen auf der Konferenz in einzelnen Workshops diskutiert werden:

- » Welche Personengruppen sind aktiv in der jeweiligen Lebenswelt tätig?
- » Auf welche frauenspezifischen Besonderheiten ist in den jeweiligen Lebenswelten zu achten?
- » Wie kann die gesundheitliche Situation von Mädchen und Frauen in der Lebenswelt verbessert werden?

Mit dieser Konferenz nimmt der GAF auch einen Paradigmenwechsel in seiner Arbeit vor. Wurde bisher jeweils eine spezielle Thematik in den Blick genommen, widmet sich der GAF jetzt der Settingperspektive. Das stellt eine neue Herausforderung dar.

Bei seinem Engagement kann der GAF auf in zehn Jahren gewachsenes Fachwissen und Kompetenz zurückgreifen. Das ist die Grundlage für die intensive Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern und dem Büro der Parlamentarischen Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Durch diese Zusammenarbeit sieht der GAF seinen Status als Expertinnengremium für geschlechtsspezifische Gesundheitsbetrachtung gestärkt. Gleichzeitig verändert der lebensweltliche Ansatz die Arbeit in diesem Gremium und erfordert eine Erweiterung des bisherigen Kooperationsnetzwerkes auf Landes- und Bundesebene.

Männer bewerten ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Frauen. Am zufriedensten mit ihrer Gesundheit sind junge Männer mit (Fach-)Hochschulabschluss, die voll erwerbstätig sind, über ein hohes Einkommen verfügen und in den westlichen Bundesländern leben.

Gender-Datenreport 2005

Zur Erfüllung seiner Aufgaben sucht der GAF ständig neue Interessentinnen und Interessenten oder Mitglieder, die sich an folgende Kontaktstelle wenden können:

Koordination des GAF am Frauenbildungsnetz Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Heiligengeisthof 3
18055 Rostock

E-Mail: frauengesundheit-mv@web.de

Web: www.frauenbildungsnetz.de

Aufgaben und Struktur des Gemeinsamen Arbeitskreises Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern

Die Arbeit des GAF widmet sich der Frauengesundheitsförderung auf der Basis der Ottawa Charta von 1986. „Frauengesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Frauen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit zu befähigen. Durch Frauengesundheitsförderung werden persönliche und gesellschaftliche Ressourcen erschlossen, damit Frauen sich physisch, psychisch und sozial wohler fühlen können und die Fähigkeit erwerben, ihr Leben selbstbestimmt zu bewältigen.“¹⁰ Auch in den reichsten Ländern Europas gibt es ein Ungleichgewicht in der Gesundheitsversorgung von Männern und Frauen.“¹¹

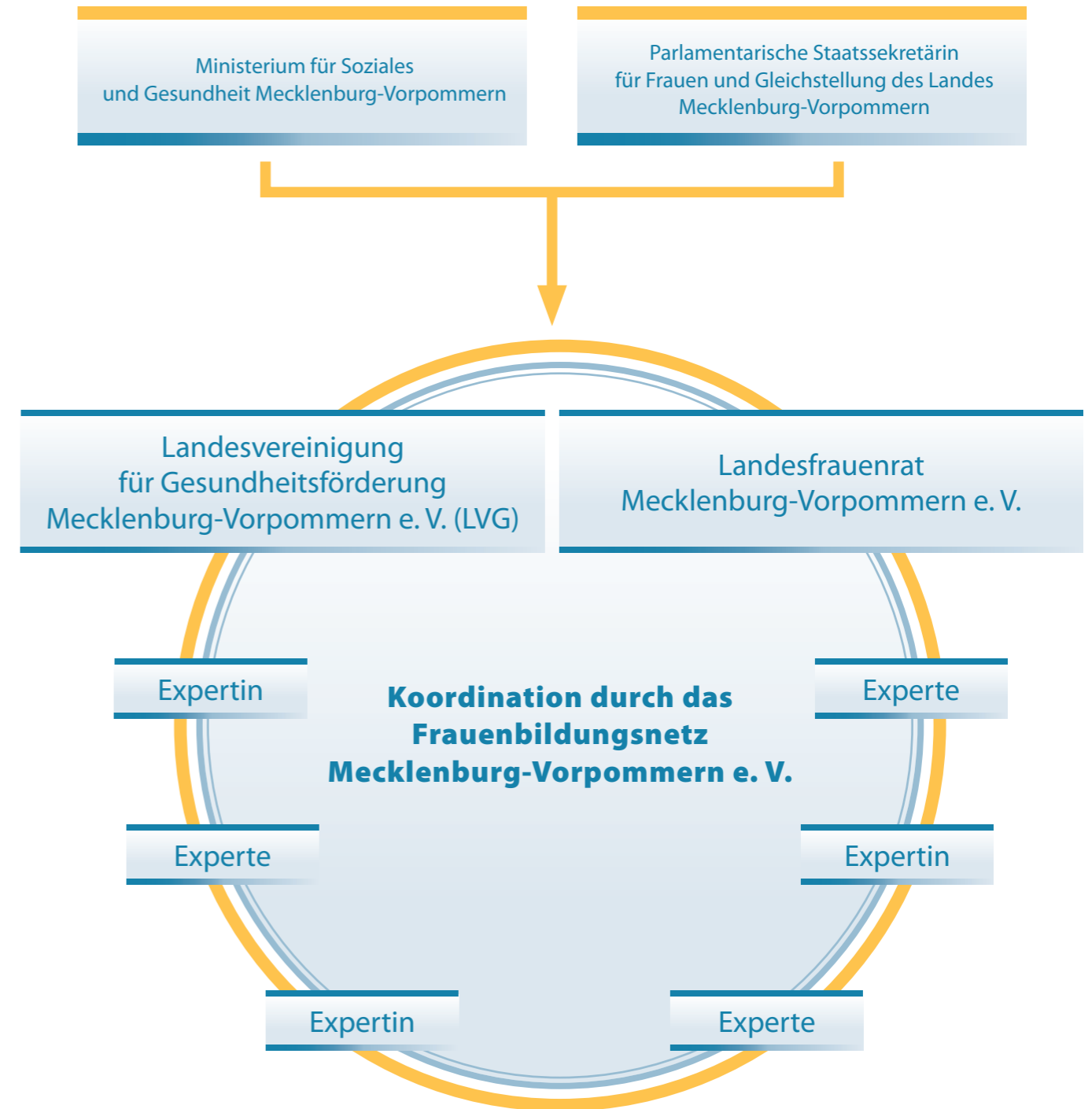
Der GAF versteht sich als Initiator für eine zukunftsfähige Frauengesundheitspolitik in Mecklenburg-Vorpommern. In dieser soll die geschlechterdifferenzierte und frauenspezifische Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit, von Gesundheitsförderung und Versorgung im Gesundheitswesen verankert werden.

Deshalb bringen sich die Mitglieder des GAF auf unterschiedlichste Weise in politische Entscheidungsfindungen ein, die mittelbar und unmittelbar Frauengesundheit berühren. Das geschieht mit Landeskongressen für Frauengesundheit und daraus resultierenden Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsgremien, festgehalten in entsprechenden Konferenzdokumentationen, über Beteiligung in politischen Gremien, z. B. in der Landesarbeitsgemeinschaft Frauengesundheit des Ministeriums für Soziales und Gesundheit und durch Erarbeitung von Stellungnahmen zu aktuell-politischen Fragestellungen. Bei allen Aktivitäten erfolgt eine Akzentsetzung durch das Aufzeigen der Geschlechterperspektive in der jeweiligen Thematik.

Im Gemeinsamen Arbeitskreis Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern engagieren sich Frauen, die verschiedene Einrichtungen und Interessenlagen repräsentieren. Das berufliche Spektrum reicht von medizin- oder sozialpraktischen Tätigkeiten über aktive Vereinsarbeit bis hin zu frauenpolitischer Arbeit. Das folgende Strukturbild zeigt, wie sich der GAF zusammensetzt und in welche gesellschaftspolitischen Zusammenhänge er eingebettet ist.

¹⁰ Definition des GAF in Anlehnung an die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation WHO und die Definition der Gesundheitsförderung aus der Ottawa Charta 1986.

¹¹ Gemeinsamer Arbeitskreis Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Frauengesundheitsförderung, Juli 2003, S. 4.



Die Mitglieder des Gemeinsamen Arbeitskreises Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern

Im September 2008, zehn Jahre nach der Gründung des GAF, sind folgende Mitglieder aktiv engagiert:

- » *Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern e. V.*
- » *Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG)*
- » *Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern*
- » *Frauenbildungsnetz Mecklenburg-Vorpommern e. V.*
- » *Arbeiter-Samariter-Bund, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V.: Mutter-Kind-Therapiezentrum Graal Müritz*
- » *Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Landesverband Nordost*
- » *Dick und Dünn Mecklenburg-Vorpommern e. V.*
- » *Klinik Schweriner See, Lübstorf*
- » *Landesarbeitsgemeinschaft kommunaler Gleichstellungsbeauftragter Mecklenburg-Vorpommern*
- » *Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter und chronisch Kranker Mecklenburg-Vorpommern*
- » *pro familia (Stralsund)*
- » *Einzelpersonen*



Herausgeberin:

Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen
und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Dr. Margret Seemann
Schloßstraße 2 – 4
19053 Schwerin

Mitgewirkt haben:

Dr. Angelika Baumann, Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG)

Dr. Renate Hill, Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Dr. Gundula Moldenhauer, Landesfrauenrat
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Redaktion:

Dr. Sabine Hilliger | www.ductus-comm.de

Layout und Satz:

Qbus Agentur | www.qbus.de

Stand:

Schwerin, September 2008

Diese Broschüre wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen/Kandidaten oder Helferinnen/Helfern während des Wahlkampfes und zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben an parteipolitischen Informationen oder Werbemitteln. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme der Herausgeberin zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden kann. Diese Beschränkungen gelten unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationen den Empfängerinnen und Empfängern zugegangen sind.