

Ingeborg Stahr

**Gesundheitsförderung von Frauen durch
Gesundheitsbildung**

Ergebnisse und Erfahrungen eines Fortbildungsprojektes

**In: Stahr, Ingeborg (Hrsg.): Wenn Frauenwissen Wissen schafft
Essen, Universität-GH-Essen, Hochschuldidaktisches Zentrum,
Bereich Frauenstudien/Frauenforschung 1992
S. 149 - 160**

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG VON FRAUEN DURCH GESUND-
HEITSBILDUNG.
ERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN EINES FORTBILDUNGSPRO-
JEKTES**

Ingeborg Stahr

Der Bereich Frauenstudien/Frauenforschung am Hochschuldidaktischen Zentrum der Universität Gesamthochschule Essen führt - wie bereits erwähnt¹⁾ - nicht nur Veranstaltungen zur Frauen- und Geschlechterproblematik²⁾ durch, sondern auch Forschungsprojekte. In den letzten Jahren wurden, in Ergänzung zum regulären Frauenstudienangebot, vor allem Weiterbildungsprojekte durchgeführt, in denen berufsbezogene Fortbildungscurricula zu Frauenthemen entwickelt wurden. Über eines dieser Projekte, nämlich die Entwicklung, Durchführung und Evaluation einer Fortbildungskonzeption zum Thema "Frau und Gesundheit", an der Übungsleiterinnen des Stadtsportbundes in Essen teilnahmen, wird im folgenden berichtet.

1. Zur Gesundheitssituation von Frauen

Die soziologisch orientierte Frauengesundheitsforschung macht vor allem die spezifische Lebenslage und die gesellschaftliche Stellung von Frauen für ihre Gesundheitsprobleme verantwortlich³⁾. Es ist nicht nur die *Doppel- und*

1 Siehe hierzu den Einführungsbeitrag dieses Readers.

2 Zur konzeptionellen Anlage und zum thematischen Aufbau des Angebotes siehe: Ingeborg Stahr: Frauenstudien an der Universität - Gesamthochschule Essen. In: Verena Bruchhagen (Hrsg.): Frauenstudien. Konzepte, Modelle und Praxis wissenschaftlicher Weiterbildung. Weinheim/München 1989, S. 135 - 140, hier S. 138 f.

Siehe auch die Frauenstudienbroschüre mit kommentiertem Vorlesungsverzeichnis, die jeweils zu Semesterbeginn erscheint und vom Bereich Frauenstudien/Frauenforschung am Hochschuldidaktischen Zentrum der Universität - Gesamthochschule Essen herausgegeben wird.

3 Siehe hierzu die verschiedenen Beiträge in: Ingeborg Stahr/Sabine Jungk/Elke Schulz (Hrsg.): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München 1991;

Dreifachbelastung in Haushalt, Familie, Beruf und Pflege der älteren Generation, die Frauen überfordert und krank macht. Es sind auch die *widersprüchlichen Anforderungsstrukturen und Verhaltenserwartungen*, die einerseits Anpassungsbereitschaft, Passivität, Fürsorge und Zeit für Kinder und Ältere fordern, andererseits Konkurrenz, Konfliktbereitschaft, Durchsetzungsfähigkeit und "Zeit-sparen" im Beruf. Hinzu kommt, daß die überwiegend unterprivilegierte berufliche Stellung von Frauen es ihnen nicht erlaubt, den Ärger und die Wut über die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen und angespannten Beziehungen auszutragen.

Der hohe Anteil gerade von *berufstätigen Frauen* über 30, die zu Schmerzmitteln greifen, legt die Interpretation nahe, daß sie sich, um arbeitsfähig zu bleiben, keine "Kopfschmerzen leisten" können. Dabei verbergen sich hinter dem Symptom die zahlreichen unausgesprochenen Konflikte, der Streß und die Partnerschaftsprobleme, mit denen Frauen in dieser Situation zu kämpfen haben⁴).

Im Unterschied zu berufstätigen Frauen greifen *Hausfrauen* häufiger zu Beruhigungs- und Schlafmitteln, die bewußtseins- und gefühlsmindern wirken. Diese Mittel können als Symbol für das Unterdrücken des inneren Kampfes mit den unbefriedigenden, isolierenden Lebensbedingungen und einem Verharren in der Situation gewertet werden⁵).

Das *Gesundheitssystem* verstärkt die Auswirkungen der überfordernden und *krankmachenden Lebensbedingungen* von Frauen, die sich aus der geschlechtshierarchischen Arbeitsteilung ergeben. Es ist aber nicht nur das Unverständnis und die Hilflosigkeit der Ärzte, denen die Industrie durch eine breite Palette an pharmazeutischen Produkten zur Seite springt. Es ist auch das allgemeine *Gesundheitsverständnis*, das im Bewußtsein von Ärzten und Psy-

Weitere Literatur u.a.: Psychologie heute (Hrsg.): Frauen und Gesundheit. Thema: Körper und Psyche. Weinheim/Basel 1989;

Ulrike Schneider (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/New York 1981

4 Andrea Ernst/Ingrid Füller: Mit Pillen in die Anpassung. In: Psychologie heute (Hrsg.): Frauen und Gesundheit. Thema: Körper und Psyche. Weinheim/Basel 1989, S. 11 - 28, hier S. 14 - 17

5 Ebd. S. 17 - 22

chologen den "gesunden Mann" zum Maßstab hat. Irmgard Vogt spricht in diesem Zusammenhang von einer männlich geprägten "Ethik der Gesundheit"⁶⁾.

Die *Forschungsaktivitäten* in der Medizin konzentrieren sich unter dem Deckmantel der Geschlechtsneutralität immer noch hauptsächlich auf die Behandlungsverbesserung von Männern. Ein Beispiel hierfür ist die weltweit bekannte Studie über die heilende Wirkung von Aspirin⁷⁾ bei koronaren Herzerkrankungen, die nur an Männern durchgeführt wurde (1981). Ob Aspirin auch bei Frauen kardioprotektiv wirkt, ist nie untersucht worden.

Auch in Forschungsvorhaben, die die positive Seite, also die Bewältigungsformen von Krankheit und Gesundheit untersuchen, werden die geschlechtsstereotypen Zuschreibungen reproduziert. Sie haben ihre Ursache in der Art der Meßmethoden und Wahl der Meßeinheiten, wie das beispielsweise an der BORTNER-Skala deutlich wird⁸⁾. Eine der wenigen Untersuchungen, die versucht, das gesundheitliche Selbstverständnis und das Gesundheitshandeln von Frauen losgelöst von den geschlechtsstereotypisierenden Zuschreibungen zu erfassen, wurde von Ulrike Maschewsky-Schneider u.a.⁹⁾ (1989) durchgeführt. Anhand lebensgeschichtlicher Interviews, die sie mit Frauen aus sozial benachteiligten Schichten zu ihrem persönlichen *Gesundheitshandeln* und ihren Lebensweisen durchführten, stellten sie fest, daß Frauen in Abhängigkeit von individuell erlebten Belastungen im Laufe ihres Lebens ganz unterschiedliche Handlungsmuster im Umgang mit ihrer Gesundheit entwickeln. Frauen bei-

6 Irmgard Vogt: Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Mädchen und Frauen. Opladen 1985, S. 66

7 Frauen und Gesundheit. Gibt es geschlechtsspezifische Erkrankungen? In: Informationen für die Frau, Heft 10 (1991), S. 10 - 12, hier S 11

8 Nach der sogenannten BORTNER-Skala entspricht das Verhaltensmuster von Männern dem leistungsorientierten und durchsetzungsfähigen Typ A, der zu koronaren Herzerkrankungen neigt; Frauen entsprechen dem Verhaltenstyp B, der nicht konkurrenzorientiert, geduldig, langsam, passiv und zurückhaltend ist.

Siehe hierzu: Ulrike Maschewsky-Schneider/Rosemarie Klesse/Ute Sonntag: Lebensbedingungen, Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln von Frauen. In: Stahr/Jungk/Schulz (Anm. 3), S. 28 f

9 Rosemarie Klesse/Ute Sonntag/Marita Brinkmann/Ulrike Maschewsky-Schneider: Frauen und Gesundheit in Bremen. Projektbericht Bremen, September 1989

spielsweise, die in ihrer Kindheit "Durchhalten" als notwendige "Überlebensstrategie" entwickelt hatten, zeigten diese Haltung auch als Erwachsene. Demgegenüber hatten ehrer "klagsame" Frauen in ihrer Kindheit oft Erfahrungen mit langandauernden Krankheiten, so daß ihre Gefühls- und Körperwahrnehmung auch besser ausgebildet war. Am ehesten waren die Frauen "gesund", wenn sie eine ausgewogene Mischung beider Handlungsmuster zeigten¹⁰.

Zusammenfassend läßt sich feststellen: Frauen sind weder grundsätzlich einfühlsamer und gefühlsbetonter als Männer noch können sie ihre Gefühle besser äußern. Sie sind nicht grundsätzlich kränker als Männer, aber sie leiden stärker unter ihrer Situation, die ihnen ihre gesellschaftliche Lage auferlegt. Frauen sind anders krank und gesund als Männer und ihr Gesundheitsverhalten unterscheidet sich in Abhängigkeit von ihrer individuellen Lebensgeschichte auch zwischen Frauen.

2. Gesundheitsförderung von Frauen

Bereits Anfang der 80er Jahre hatte die Frauengesundheitsbewegung eine ganze Reihe von Gesundheitszentren errichtet, die nach dem Prinzip der Selbsthilfe von Frauen und für Frauen arbeiteten. Neben dem Aufbegehren gegen das Abtreibungsrecht, die staatliche Gesundheitspolitik und ärztliche Kontrolle waren die Aneignung der eigenen Sexualität und des eigenen Körpers eine der wichtigsten Zielsetzungen. In dem Bemühen, einen Zusammenhang zwischen der weiblichen Lebenssituation und ihren gesundheitlichen Problemen herzustellen, entwickelten Frauen eigene Strategien einer feministischen Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung¹¹. Sie stellten damit auch das symptomorientierte Denken und Handeln im herkömmlichen Gesundheitssystem infrage, doch ihr Einfluß darauf blieb gering. Auch heute noch fehlt den meisten ÄrztInnen ein Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis, das die soziale Lage von Frauen miteinbezieht.

10 siehe hierzu auch: Maschewsky-Schneider u.a. (Anm. 8), S. 32 f

11 Sabine Jungk/Elke Schulz/Ingeborg Stahr: Einführung. In: Stahr/Jungk/Schulz (Anm. 3), S. 9 - 18, hier S. 11

Einen größeren Einfluß hatte die Frauengesundheitsbewegung auf die Angebotsstruktur von Beratungsstellen, Weiterbildungseinrichtungen und Selbsthilfeeinrichtungen. Diese Bildungs- und Beratungsangebote spielen für die Gesundheitsförderung von Frauen eine große Rolle, denn sie steigern das Körperbewußtsein sowie eine aktive und positive Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit. Allerdings sind auch diese Angebote rar gesät.

Eine Analyse des Essener Weiterbildungsangebotes zur Gesundheitsbildung und -förderung ergab beispielsweise, daß zwei Drittel der Veranstaltungen auf traditionelle Themen wie Bewegung, Ernährung und an Risikofaktoren orientierte Verhaltenstrainings (z.B. Raucherentwöhnungs-, Anti-Streß-, Entspannungstraining) entfielen. Nur etwa 2,7 % aller Angebote bezogen sich auf eine die Zusammenhänge von Lebensbedingungen und Gesundheit reflektierende Gesundheitsbildung. Ein spezielles Frauenprogramm hierzu bieten lediglich drei Einrichtungen an¹²⁾.

Dabei hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Regionalstrategie für Europa bereits in den 80er Jahren (1984) eine Konzeption zur Gesundheitsförderung entwickelt, die sich, im Gegensatz zum etablierten symptom- und risikofaktorenorientierten Gesundheitsverständnis, nicht mehr an einem Gesundheitsbegriff orientiert, der lediglich "Freisein von Krankheit" meint. "Gesundheit", so die WHO-Definition, ist mehr, sie "ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens" (WHO 1946). Gesundheitsförderung muß daher auf einer die Laienkompetenz unterstützenden Gesundheitserziehung basieren, die sich an einer nicht-professionellen Auslegung von Gesundheit und Krankheit im Alltag orientiert¹³⁾.

Dementsprechend verfolgt die Regionalstrategie der WHO ein Konzept der Gesundheitserziehung und gesundheitlichen Aufklärung, das drei zentrale Aspekte beinhaltet

12 Sabine Jungk/Elke Schulz/Ingeborg Stahr: Frauenstudien - Weiterbildungs-konzeption für Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen. In: Stahr/Jungk/Schulz (Anm. 3), S. 194 - 202, hier S. 196 f

13 Ebd., S 194 f

- "Anhebung von Wissen und Erfahrung des einzelnen über Gesundheit und Krankheit, über den Körper und seine Funktionen, über Prävention und Abhilfemaßnahmen;
 - Anhebung von Wissen und Erfahrung hinsichtlich der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems und Kenntnis seiner Funktionsweise und
 - Schärfung des Bewußtseins über soziale, politische und Umweltfaktoren von Einfluß auf die Gesundheit".¹⁴⁾
3. Das Essener Fortbildungskonzept "Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung von Frauen"

Aufbauend auf den Erfahrungen der Frauengesundheitsbewegung, den Kenntnissen aus der Frauengesundheitsforschung und den Intentionen der WHO-Regionalstrategie für Europa entwickelten wir an der Essener Hochschule im Rahmen eines zweijährigen Forschungsprojektes¹⁵⁾ eine Fortbildungskonzeption zur "Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen"¹⁶⁾.

Die Ausgangssituation war klar: Über 80 % des gesundheitsbildenden Angebotes¹⁷⁾ bei öffentlichen und privaten Trägern wird von Frauen wahrgenommen. Diese Tatsache ist nicht allein darauf zurückzuführen, daß Frauen sich ge-

-
- 14 Ilona Kickbusch: Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung. In: Journal für Gesundheitserziehung. Suppl. für Vol. XXIV, Nr. 4, Okt.-Dez. 1981, S. 1 - 16
- 15 Das Projekt wurde vom Arbeitsamt der Stadt Essen, der Universität Gesamthochschule Essen, der Freibettenstiftung und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales von NRW vom 1.9.89 - 1.9.91 gefördert. Im ersten Teil des Projektes wurden Frauengesundheitstage vorbereitet und durchgeführt, eine öffentliche Veranstaltung, die auf die frauenspezifischen Probleme von Gesundheit aufmerksam machen sowie vorhandene Weiterbildungsbedürfnisse ermitteln sollte.
- 16 Ingeborg Stahr/Sabine Jungk/Elke Schulz: Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen. Ein Bildungsangebot für Frauen im Gesundheits- und Sozialbereich. Grundlagen, Konzeption und Evaluation einer berufsbezogenen Fortbildung. Texte der Essener Frauenstudien. Essen September 1991
- 17 Dieser Prozentsatz wurde beispielhaft für das Kursangebot der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport in Essen ermittelt, der verschiedene Träger (Stadtssportbund, Allgemeine Ortskrankenkasse Essen, Gesundheitsamt Essen, Landessportbund NW) angehören. Bei anderen Weiterbildungsträgern dürfte der Frauenanteil ähnlich hoch liegen.

schlechtstypisierenden Zuschreibungen anpassen, sondern sie ist vor allem Ausdruck eines erhöhten Leidensdrucks von Frauen im Kontext ihrer heutigen Lebensbedingungen. Doch weder das gesundheitliche Versorgungssystem noch die Präventionsangebote zur Gesundheitsförderung haben bisher ausreichend und im oben genannten Sinne angemessen darauf reagiert.

Unser Ziel war es daher, mit unserem Bildungsangebot vor allem solche Frauen anzusprechen, die eine MultiplikatorInnenfunktion im Gesundheitsbereich innehatten¹⁸⁾.

Auf dem Hintergrund unserer regionalen Analysen zum gesundheitsfördernden Angebot und dem Interesse, was die Stadt Essen unserem Projektvorhaben entgegenbrachte, schlossen wir einen Kooperationsvertrag mit der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport¹⁹⁾. So gewannen wir Teilnehmerinnen für unsere Fortbildung, die überwiegend als Kurs- oder Übungsleiterinnen in verschiedenen Institutionen tätig waren. Charakteristisch für diesen Personenkreis war, daß es sich überwiegend um freiberuflich tätige Frauen unterschiedlichen Alters (zwischen 19 und 56) und mit unterschiedlichem Ausbildungsstand handelte. Alle Frauen hatten, ob durch ein Studium (z.B. Lehramt Sport), zusätzliche Fortbildungen (z.B. als Yogalehrerin) oder berufliche Tätigkeiten (z.B. als freiberufliche Schmerztherapeutin) eine gesundheitsbezogene Vorbildung und fast alle hatten Erfahrungen in der Weiterbildung.

Als ein Hauptmotiv zur Teilnahme gaben sie an, vor allem mehr über "die Rolle der Frau in der Gesundheitsbildung" wissen zu wollen, wobei sowohl persönliche Gründe - im Sinne von Persönlichkeitsbildung und Selbsterfahrung - als auch berufsbezogene Gründe - im Sinne des Erwerbs professioneller Handlungskompetenz - von Interesse waren.²⁰⁾

Ausgehend von den theoretischen Vorüberlegungen und der Befragung der potentiellen Teilnehmerinnen ergaben sich daher für die Fortbildung folgende Zielsetzungen:

18 Wir konnten die Fortbildung leider nur einmal durchführen, da das Projekt anschließend nicht mehr gefördert wurde. Es nahmen 18 Frauen teil.

19 Trägerinstitutionen vgl. Anm.17

20 Stahr u.a. (Anm. 16), S. 22 f

- "ein Bewußtsein dafür zu schaffen, daß sozio-ökonomische, politische und umweltbedingte Faktoren, insbesondere die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und die patriarchalen Machtstrukturen unserer Gesellschaft die Gesundheit von Frauen beeinflussen,
- Sachwissen und Erfahrung hinsichtlich frauenspezifischen Gesundheitshandelns zu vermitteln sowie hinsichtlich der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems,
- durch die methodisch geleitete Reflexion lebensgeschichtlicher Erfahrungen und das Training von Selbstbehauptungsfähigkeiten gesundheitliche Potentiale aufzudecken,
- Handlungskompetenz in bezug auf eigene gesundheitliche Belange zu vermitteln,
- sowie Handlungskompetenz zu vermitteln im Hinblick auf Gesundheitsbildungsarbeit mit Mädchen und Frauen.

Diesen komplexen Zieldimensionen haben wir 4 thematischen Bausteinen zugeordnet:

1. Orientierungsphase:
 - Gesundheitsbegriff, Modelle der Prävention,
 - Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung
 2. Weiblicher Lebenszusammenhang
 - Sozialisation, Lebensbedingungen und Identität von Frauen
 3. Frauenspezifische gesundheitliche Störungen und ihre Ursachen. Gesundheitshandeln und gesundheitliche Potentiale von Frauen.
 4. Arbeitsplatzbezogene Konfliktbewältigung²¹⁾
- (5.) Ferner wurde eine Auswertungssitzung durchgeführt, in der es nicht nur um eine abschließende Reflexion des Seminarverlaufs, sondern auch um die

21 Ebd., S. 16 f. Die Fortbildungsthemen im Einzelnen und der genaue Aufbau der Fortbildungszyklen ist ebenfalls zu entnehmen aus: Stahr u.a. (Anm. 16), S. 24 - 43

Frage ging, was sich von dem Erlernten und Erfahrenen in die berufliche Praxis übertragen ließ.

Die gesamte Fortbildung umfaßte 54 Unterrichtsstunden über einen Zeitraum von ca. 3 Monaten.

Im Hinblick auf die methodisch-didaktische Vorgehensweise war es uns ein besonderes Anliegen, nicht die für die Wissenschaft typischen und ritualisierten Vermittlungsformen (Vortrag, Referate etc.) einzusetzen, sondern Lehr-/Lern-Formen zu entwickeln und zu erproben, die der besonderen Situation der Erwachsenen und der Gesundheitsbildungsarbeit gerecht wurden. Neben der Vermittlung der neuesten sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Frauengesundheitsforschung legten wir daher großen Wert auf lebensgeschichtlich bedeutsame, identitätsbildende und körperbezogene Zugangsweisen, über die sich der Wechselbezug zwischen gesellschaftlicher und subjektiver Erfahrung herstellen ließ.

Im Mittelpunkt standen für uns daher Methoden des biographischen Lernens, Methoden also, die in der Tradition der consciousness-raising-groups und der Frauen(bildungs-)bewegung stehen und in denen an die Kompetenz der Subjekte für ihre eigene Lebens- und Lernpraxis angeknüpft wird. Eine weitere wichtige methodische Zugangsweise stellten die körperbezogenen Übungen dar. Durch Technisierungs- und Industrialisierungsprozesse ist der Umgang mit dem eigenen Körper heute weitgehend entfremdet. Unterstützt durch das gesundheitliche Versorgungssystem leiden besonders Frauen unter diesen Entfremdungsprozessen (z.B. Medikalisierung), in denen Gesundheit und Krankheit einer Person von den Lebensereignissen und Krisen abgespalten werden.

Als besonders vorteilhaft erwies sich die unterschiedliche Alterszusammensetzung in der Gruppe, so daß die Einzelnen sich auf der symbolischen Ebene entweder mit "ihrer" Mutter, "ihrer" Tochter oder ihrer "eigenen" Vergangenheit konfrontiert sahen.

Durch die Vermittlung wissenschaftlicher Daten und Erklärungsmodelle konnten subjektive Erfahrungen in ihren allgemeinen gesellschaftlichen Kontext gestellt werden.²²⁾

Daß sich der systematische Kenntniserwerb und die Aktivierung der gesundheitsbezogenen Wissens- und Erfahrungspotentiale der Teilnehmerinnen zu ge-

22 Ebd., S. 17 - 22

lungenen Lernprozessen zusammenfügten, zeigte sich in der Evaluation und den Kommentaren der anschließenden Nachbefragung.

So äußerte beispielsweise eine Teilnehmerin:

"Mein Blick für die Lebensbedingungen von Frauen ist kritischer geworden und mein Verständnis, warum Frauen krank werden (müssen). Ich sehe in meinem Umfeld Dinge (psychosomatische Erkrankungen), die ich vorher nicht wahrgenommen habe. Ich kann mich als Gesprächspartnerin in diesen Fällen anbieten."²³⁾

Die Sensibilisierung während der Fortbildung für die eigenen sozialen und körperlichen Entwicklungsprozesse und Veränderungen hatte nicht nur einen starken persönlichkeitsbildenden Effekt für die Teilnehmerinnen, sondern erhöhte - eingebettet in verallgemeinernde Reflexionsprozesse - gleichzeitig ihre psychosoziale Beratungskompetenz. Die Kurs- und Übungsleiterinnen erhielten durch die selbst erfahrenen und in ihrem übergreifenden Bedeutungsgehalt reflektierten Übungen zudem Anregungen zur Umsetzung in das eigene Berufsfeld (z.B. Körperübungen).²⁴⁾

Bei manchen Frauen gab die Fortbildung Anstöße zu persönlichen Veränderungen in der Gestaltung des Lebensalltags²⁵⁾ und zur beruflichen (Neu-)Orientierung²⁶⁾.

Insgesamt kann von einer emanzipatorischen Wirkung der Fortbildung gesprochen werden. Indem persönliche Normen und Verhaltensmuster im Umgang mit Gesundheit und Krankheit dem eigenen Bewußtsein zugänglich wurden, waren sie auch für eine aktiv selbstgestaltende Veränderung offen. Der Wunsch, Anregungen zur Änderung der eigenen Kurspraxis zu bekommen, der von den teilnehmenden Kurs- und Übungsleiterinnen geäußert worden war, erhielt durch eigene Erfahrungen vielseitige Umsetzungsimpulse. Vor allem konnten die Frauen durch die eigene leibliche Erfahrung, die Wirkung z.B. der körperbezogenen Übungen einschätzen.

Neben den Veränderungsprozessen und Erfolgen, die die Teilnehmerinnen aus der Fortbildung für sich persönlich zogen, bestanden die für uns bedeutendsten

23 Ebd., S. 46

24 Ebd., S. 47 f

25 Ebd., S. 48

26 Ebd., S. 58

Ergebnisse darin, daß die Teilnehmerinnen sich zu einer Arbeitsgruppe zum Thema "Gesundheitsförderung von Frauen" zusammenschlossen. Neben dem Austausch eigener Kompetenzen gingen von dieser Gruppe auch der Impuls zu entsprechenden Änderungen in der Programmgestaltung der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport aus.

Literatur

- FRAUEN UND GESUNDHEIT. Gibt es geschlechtsspezifische Erkrankungen?
In: Informationen für die Frau, Heft 10 (1991), S. 10 - 12
- KICKBUSCH, Ilona: Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der
Gesundheitserziehung. In: Journal für Gesundheitserziehung. Suppl. für
Vol. XXIV, Nr. 4, Okt.-Dez. 1981, S. 1 - 16
- KLESSE, Rosemarie/SONNTAG, Ute /BRINKMANN, Ma-
rita/MASCHEWSKY-SCHNEIDER, Ulrike: Frauen und Gesundheit in
Bremen. Projektbericht Bremen, September 1989
- PSYCHOLOGIE HEUTE (Hrsg.): Frauen und Gesundheit. Thema: Körper und
Psyche. Weinheim/Basel 1989
- SCHNEIDER, Ulrike (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frau-
enspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/New York 1981
- STAHR, Ingeborg: Frauenstudien an der Universität - Gesamthochschule Essen.
In: Verena Bruchhagen (Hrsg.): Frauenstudien. Konzepte, Modelle und
Praxis wissenschaftlicher Weiterbildung. Weinheim/München 1989, S. 135
- 140
- STAHR, Ingeborg/JUNGK, Sabine/SCHULZ, Elke (Hrsg.): Frauengesund-
heitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München 1991
- DIES.: Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen. Ein Bil-
dungsangebot für Frauen im Gesundheits- und Sozialbereich. Grundlagen,
Konzeption und Evaluation einer berufsbezogenen Fortbildung. Texte der
Essener Frauenstudien. Essen September 1991
- VOGT, Irmgard: Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakonsum
und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Mädchen und
Frauen. Opladen 1985