

Ingeborg Stahr

**Frauengesundheitsbildung als wissenschaftliche
Weiterbildung**

Stand der Perspektiven

**In: Gieseke, Wiltrud (Hrsg.): Empirische Forschung zur Bildung
Erwachsener: Dokumentation der Jahrestagung 1991 der
Kommission Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft
für Erziehungswissenschaft
Frankfurt/M. 1992
S. 119 - 124**

Frauengesundheitsbildung als wissenschaftliche Weiterbildung

Stand der Perspektiven

Der Anlaß zur Auseinandersetzung mit dem obengenannten Thema war die große Nachfrage nach Bildungsangeboten im Rahmen der Essener Frauenstudien, die sich speziell mit Fragen der Gesundheit von Frauen befaßten. Bestätigt wurden wir in diesem Bildungsbedürfnis durch die große BesucherInnenzahl auf den Frauengesundheitstagen, die ich zusammen mit zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen im März 1990 im Rahmen des Projekts „Frau und Gesundheit“ durchgeführt habe.¹ Der überwiegende Teil der BesucherInnen rekrutierte sich nach der TeilnehmerInnenstatistik aus Sozial- und Gesundheitsberufen, wie aus der Kranken- und Altenpflege, psychosozialen Beratungsstellen sowie ärztlichen und psychologischen Praxen. Wir entwickelten daraufhin eine berufsbezogene Konzeption zur Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung von Frauen für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen², worauf ich später noch eingehen werde.

Auf der Suche nach vergleichbaren wissenschaftlichen Weiterbildungsangeboten zur Gesundheitsbildung an anderen westdeutschen Hochschulen stieß ich auf eine ganze Reihe von Fortbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten in diesem Bereich. Sie unterschieden sich jedoch in ihrer zentralen Zielsetzung, ihrem Institutionalisierungsgrad, Berufsbezug und Zielgruppe erheblich.

Ohne an dieser Stelle im einzelnen auf sie einzugehen³, sind grundsätzlich drei verschiedene Trends auszumachen, die aus unterschiedlichen sozialstrukturellen Entwicklungen abzuleiten sind und die ich mit den Stichworten der Politisierung (1), Verwissenschaftlichung (2) und Pädagogisierung (3) charakterisieren möchte.

(1) Als Kritik an der traditionellen „Apparatemedizin“ und einer wachsenden Medikamentalisierung von Gesundheitsproblemen sowie als Reaktion auf die zunehmenden gesundheitlichen Risiken durch Umweltschäden entwickelte sich die Gesundheitsbewegung mit den Gesundheitsläden. Aus dieser *politischen* Bewegung entstand im Laufe der letzten zehn Jahre eine neue Disziplin, die Gesundheitswissenschaften. Dieser Wissenschaftszweig hat sich, wie an der Universität Bielefeld, als interdisziplinärer Zusammenschluß verschiedener Fächer – vor allem mit Bezug auf die Sozialwissenschaften – herausgebildet. Das Studienangebot zur Aus- und Weiterbildung entspricht damit der „ganzheitlichen“ und disziplinübergreifenden Zusammenschau gesundheitlicher Probleme und knüpft mit seiner sozialwissenschaftlich orientierten Herangehensweise an die immanente Wissenschafts- und Gesellschaftskritik der Gesundheitsbewegung an.

(2) Eine *Akademisierung* ihrer Ausbildung fordern die VertreterInnen der Krankenpflege und medizinischen Assistenzberufe. Da im Gegensatz zu der Krankenpflegeausbildung in den USA die Hochschulen bisher so gut wie gar nicht⁴ bereit waren, ein entsprechendes Erst- oder Aufbaustudium einzurichten, haben verschiedene Universitäten Weiterbildungsprogramme für das Krankenhaus- bzw. Pflegepersonal entwickelt, hauptsächlich mit dem Ziel, fachgebundene Spezialkenntnisse und Leitungsqualifikationen zu vermitteln (FU Berlin, Weiterbildungsprogramm Uni Bielefeld, Weiterbildendes Studium in Osnabrück u. Hamburg). Sie machen den überwiegenden Anteil des universitären Weiterbildungsangebotes im Gesundheitsbereich aus. Obwohl gerade die Krankenpflege nicht nur eine ständige Erweiterung des medizinisch-technischen Wissens erfordert, sondern auch mit großen Problemen in der psychosozialen Versorgung zu kämpfen hat, werden derartige Fortbildungsangebote weniger wahrgenommen. Dies mag sicherlich nicht nur ein zeitliches Problem der stark überlasteten Pflegekräfte sein; Statussicherung und Statuserhöhung versprechen eher *solche* Fortbildungen, die dem technisch-funktionalen Wissenserwerb dienen; der Umgang mit PatientInnen ist da zweitrangig.

Diese Akzentsetzung trägt weiterhin dazu bei, daß in einem Fortbildungsangebot für eine Berufsgruppe, in der fast ausschließlich Frauen tätig sind, die frauenspezifischen Probleme, wie etwa die Abgrenzungsproblematik zwischen traditioneller Frauenrolle und sozialpflegerischer Tätigkeit⁵, nicht thematisiert wird.

(3) Mit Aus- und Weiterbildungsangeboten zur Gesundheitserziehung reagierte auch die *Pädagogik* auf die Veränderungen im Gesundheitswesen und die wachsende Nachfrage nach Angeboten gesundheitlicher Prävention und Bildung. Die DiplompädagogInnen versprechen sich durch den Erwerb einer entsprechenden Zusatzqualifikation (Kontaktstudium PH Flensburg/Weiterbildendes Studium FHS Nord-Ost-Niedersachsen, Fortbildungslehrgang Uni Ulm, AUE/Uni Osnabrück) bessere. Hierin scheint durchaus eine realistische Perspektive zu liegen, denn mit dem Ausbau des „Gesunde Städte-Netzwerkes“, dem sich immer mehr Kommunen anschließen, und der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes wächst der Bedarf an einem weitgestreuten Präventionsangebot zur Gesundheitsförderung der Bevölkerung.

Auffällig ist, daß wir bei keinem der von uns erfaßten Universitäten Weiterbildungsangebote, die in Form von Fort- und Weiterbildungskursen oder institutionalisierten Zusatz-, Kontakt- und weiterbildenden Studien vorliegen, frauenspezifische bzw. die Geschlechterdifferenz thematisierende Inhalte zum Gesundheitsbereich vorgefunden haben. Auffällig ist ebenfalls, daß diese – Frauenfragen nicht thematisierenden – Weiterbildungsstudiengänge und -programme im Gesundheitsbereich innerhalb der Hochschulen wesentlich besser institutionell verankert wurden, als dies bisher – trotz vergleichsbaren Bemühungen – bei den Frauenstudien der Fall war.⁶

Daß Frauenstudien in den institutionalisierten Weiterbildungsstudiengängen zur Gesundheitsbildung offenbar keinen Platz haben, ist bemerkenswert, da

- im Kranken- und Altenpflegebereich sowie in den medizinisch-technischen Assistenzberufen überwiegend Frauen beschäftigt sind,
- die Präventionsangebote, wie sie z.B. von Wohlfahrtsverbänden, Sportvereinen, Volkshochschulen und Familienbildungsstätten angeboten werden, zu 80 % von Frauen wahrgenommen werden⁷,
- Frauen in der klassischen Medizin und in der öffentlichen Meinung unkritisch als das „kranke Geschlecht“ präsentiert werden, und
- obwohl bereits Anfang der siebziger Jahre mit dem Beginn der neuen Frauenbewegung und dem Kampf der Frauen für das Selbstbestimmungsrecht über ihren eigenen Körper und ihre Sexualität in den Frauengesundheitsläden und Selbsthilfegruppen ein spezielles Angebot für Frauen entwickelt wurde. Dieses Frauengesundheitsnetzwerk hatte sich eher und breiter entwickelt als alle darauffolgenden Gesundheitsinitiativen im Kontext der Ökobewegung und Alternativen Medizin. Auch die Weiterbildungsinstitutionen reagierten zum Teil auf die große Nachfrage vor allem mit Angeboten im psychosozialen Bereich (z.B. Frauengesprächskreise).

Die Frauenforschung, die sich parallel dazu entwickelte, griff die von der Frauengesundheitsbewegung aufgeworfenen Fragen auf und entwarf gleichzeitig eine andere Perspektive auf das Phänomen „Krankheit Frau“.

„Frauen gehen öfter zum Arzt als Männer, ihnen werden mehr Medikamente verschrieben, sie zahlen höhere Krankenkassenbeiträge, suchen häufiger als Männer Beratungsstellen auf und sind auch eher bereit, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben“ stellt NUBER (1989, S. 7) fest.

Doch vergessen werde, daß die neue Frauenrolle noch keine klaren Konturen habe. Das bedeute Anstrengung, Überforderung, Fremdheit und oftmals ständigen Kampf (Dies., S. 8). Als Flucht aus dieser Situation, so Rodenstein (1984), habe sich eine „somatische Kultur der Frauen“ entwickelt, in der sie sich in eine neue Abhängigkeit von einer vorwiegend männlich geprägten Medizin, männlichen Ärzten und ihrer Verschreibungspraxis bringen.

Jedoch nicht die Emanzipation macht Frauen krank, wie häufig hieraus geschlossen wird, sondern die Tatsache, daß Frauen bisher kaum die Chance hatten, geeignete Verarbeitungs- und Handlungsstrategien zu entwickeln, um die an sie herangetragenen Ansprüche in ihren Arbeits- und Lebensbedingungen, wie sie mit Doppelbelastung, schlechten und diskriminierenden Arbeitsbedingungen, fehlenden Erholungsmöglichkeiten etc. verbunden sind, kritisch zu verarbeiten.

Die Individualisierung der Lebenswelt, wie sie im Zeitalter der Industrialisierung allgemein beobachtet werden kann, trifft Frauen in besonderem Maße: Sie sind nicht nur auf ihre subjektiven Gestaltungskräfte zurückgeworfen, um ihr Leben zu

meistern – dies würde von ihrer kollektiven Benachteiligung ablenken –, sondern sie sind darauf angewiesen, auch die gemeinsamen „entindividualisierenden“ (Brose/Wohlrab-Sahr 1986, S. 105) Momente mit in den Blick zu nehmen, wie sie sich aus der Geschlechterhierarchie in sämtlichen Teilbereichen des Lebens ergeben.

Vor dem Hintergrund dieser Interpretation ist eine frauenspezifische Gesundheitsförderung unumgänglich. Auch auf internationaler Ebene werden inzwischen entsprechende Anstrengungen gefordert, um die Rechte der Frauen in diesem Bereich zu unterstreichen (Schmidbauer 1990, S. 8., Europäisches Parlament 1990). Jedoch Gesundheitstrainings, die auf dem traditionellen „Risikofaktorenmodell“ beruhen, lösen nicht das Problem, im Gegenteil, derlei Angebote stützen eine „somatische Kultur“ von Frauen.

Gesundheitsförderung als Frauengesundheitsbildung muß umfassender ansetzen:

1. Sie muß die Zusammenhänge zwischen krankheitsverursachenden Lebensbedingungen und psychosomatischen Verarbeitungsformen bei Frauen herstellen.
2. Sie muß ferner in gesundheits- und frauenpolitischen Bemühungen eingebettet sein, die dem Abbau geschlechtshierarchischer Verhältnisse dienen, und
3. sie muß Frauen die Möglichkeit geben, sich gegen eine permanente Ausgrenzung und Abwertung durch das vorherrschende Deutungsmuster „Krankheit Frau“ zu behaupten, indem sie innerhalb kleinerer sozialer Lerngruppen von Frauen eigene Bewältigungsstrategien entwickeln und kollektiv verfestigen können.

In der Umsetzung unserer eigenen Konzeption zur Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung von Frauen mußten wir berücksichtigen, daß wir Frauen nicht nur als Professionelle und in ihrer Funktion als Multiplikatorinnen der Gesundheitsförderung ansprachen, sondern auch als Betroffene. Das bedeutete, Ziel der Fortbildung konnte nicht allein das berufliche Verwertungswissen sein, sondern mußte an einer tieferliegenden Veränderung der Persönlichkeitsstruktur angreifen. Ein traditioneller Ansatz beruflicher Weiterbildung, der im Sinne der Vermittlung technisch-funktionaler Spezialkenntnisse angesetzt hätte, würde den o.g. Postulaten und somit der grundlegenden Problematik frauenspezifischer Gesundheitsförderung nicht gerecht. Vielmehr mußten wir an dem subjektiven und kollektiven Identitätsbewußtsein der Frauen ansetzen, d.h. ihre eigenen leiblichen und lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit den sozialstrukturellen Erkenntnissen der Frauenforschung zur geschlechtsspezifischen Sozialisation und den daraus resultierenden Untersuchungen über Krankheitsbilder und Gesundheitshandeln von Frauen konfrontieren. Hierdurch wurden bei den Teilnehmerinnen Handlungsimpulse freigesetzt, die auf verschiedenen Ebenen sichtbar wurden. So ergab unsere Evaluation zum Erfolg der Fortbildung⁸, daß die Teilnehmerinnen mit einem tieferen Verständnis und subjektiv gestärkt daraus hervorgingen.

1. Auf der Ebene des *beruflichen Handelns* als Übungsleiterinnen konnten sie neben einzelnen Anregungen aus der Fortbildung ihre methodisch-didaktischen Fähigkeiten durch die anschließende Bildung eines „Selbsthilfenetzwerkes“ verbessern. Hier haben sie die Möglichkeit, auch in Zukunft ihre praktischen Kenntnisse und Erfahrungen auszutauschen.
2. Auf der *institutionellen Ebene* wurde auf eine Veränderung der Angebotsstrukturen in der kooperierenden Einrichtung hingewirkt. Die Frauenspezifika wurden ins Programm aufgenommen und den Übungsleiterinnen entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten angeboten.
3. Auf der *individuellen Ebene* ergaben sich für einzelne Teilnehmerinnen berufliche Veränderungen und die Klärung persönlicher Lebensbedingungen.⁹

Frauengesundheitsbildung als wissenschaftliche Weiterbildung kann insofern wichtige Anregungen für die Veränderung beruflicher Praxis geben, wenn sie die sozialstrukturellen Hintergründe und Alternativen gesundheitlichen Handelns von Frauen miteinbezieht.

Anmerkungen

- 1 Siehe hierzu die Publikationen Stahr/Jungk/Schulz 1991 (a); 1991 (b); 1991 (c)
- 2 Siehe hierzu Jungk/Schulz/Stahr 1991
- 3 Siehe hierzu ausführlich Stahr 1991
- 4 Erst seit kurzem wurde an der FU Berlin ein entsprechender Studiengang eingerichtet.
- 5 Siehe hierzu ausführlich die Beiträge in Stahr/Jungk/Schulz 1991 (b).
- 6 Siehe hierzu ausführlicher Stahr 1991, S. 183 f.
- 7 Wie eine Untersuchung für den Volkshochschulbereich belegt (Venth 1989, S. 13 – 15).
- 8 Siehe hierzu den Abschlußbericht des Projektes: Stahr/Jungk/Schulz 1991 (c).
- 9 Siehe hierzu auch Becker-Schmidt/Knapp 1987, die sich mit der Widersprüchlichkeit biographischen Lernens von Frauen befassen, Schiersmanns Beschreibung integrierter didaktischer Ansätze in der beruflichen Weiterbildung (1990, S. 132 – 134) und Cramon-Daibers „Bausteine für eine feministische Kritik der Bildung“ (1990), Ansätze, die für die Gesundheitsbildung zu erweitern sind.

Literatur

- Becker-Schmidt, Regina/Knapp, Gudrun-Axeli: Geschlechtertrennung – Geschlechterdifferenzierung. Suchbewegungen sozialen Lernens. Bonn 1987.
- Brose, Hanns-Georg/Wohlrab-Sahr, Monika: Formen individualisierter Lebensführung von Frauen – ein neues Arrangement zwischen Familie und Beruf? In: Brose (Hrsg.): Berufsbiographien im Wandel. Opladen 1986, S. 105 – 145.

- Cramon-Daiber: Bausteine für eine feministische Kritik der Bildung. In: Cremer, Chr./Bader, Chr./Dudeck, A. (Hrsg.): Frauen in sozialer Arbeit. Zur Theorie und Praxis feministischer Bildungs- und Sozialarbeit. Weinheim/München 1990, S. 138 – 154.
- Europäisches Parlament: Sitzungsdokumente. Bericht im Namen des Ausschusses für die Rechte der Frau über Frauen im Gesundheitswesen. 24.4.1990.
- Jungk, S./Stahr, I./Schulz, E.: Frauenstudien – Weiterbildungs-konzeption für Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen. In: Stahr/Jungk/Schulz 1991 (a), S. 194 – 202.
- Nuber, Ursula: Vorwort. In: Redaktion Psychologie heute (Hrsg.): Frauen und Gesundheit. Thema: Körper und Psyche. Weinheim/Basel 1989.
- Rodenstein, Marianne: Zur Konzeption einer Präventionsforschung für Frauen. In: Schneider, Ulrike (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/New York 1981, S. 22 – 32.
- Schiersmann, Christiane: Berufsbezogene Weiterbildung und weiblicher Lebenszusammenhang. Zur Theorie eines integrierten Bildungskonzepts. Bielefeld 1987.
- Schmidbauer, Barbara: Im Gesundheitswesen sind Frauen im Nachteil. Bericht des Frauenrechtsausschusses, verabschiedet. In: Zweiwochendienst Nr. 44, Köln 1990, S. 8.
- Stahr, Ingeborg/Jungk, Sabine/Schulz, Elke (Hrsg.): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzeptionen. Weinheim/München 1991 (a).
- Dies. (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsversorgung. Texte der Essener Frauenstudien. Universität – GH – Essen. Essen, September 1991 (b).
- Dies. (Hrsg.): Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen – ein Bildungsangebot für Frauen im Gesundheits- und Sozialbereich. Grundlagen, Konzeption und Evaluation einer berufsbezogenen Fortbildung. Texte der Essener Frauenstudien. Universität – GH – Essen. Essen, September 1991 (c).
- Dies. (Hrsg.): Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung an westdeutschen Hochschulen. In: Stahr/Jungk/Schulz 1991 (a), S. 173 – 193