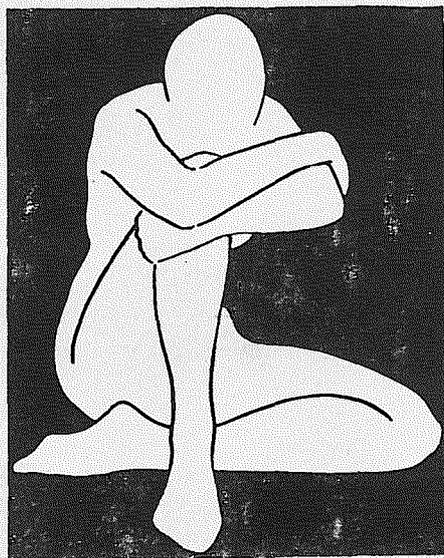


**GESUNDHEITSBILDUNG UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR FRAUEN.
EIN BILDUNGSANGEBOT FÜR FRAUEN IM GESUNDHEITS- UND SOZIALBEREICH**

**Grundlagen, Konzeption und Evaluation einer berufsbezogenen
Fortbildung**



PROJEKT "FRAU UND GESUNDHEIT"

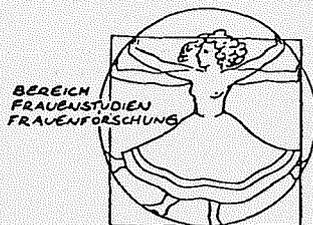
Dr. Ingeborg Stahr (Leitung)

Dr. Sabine Jungk

Elke Schulz

TEXTE DER ESSENER FRAUENSTUDIEN

September 1991

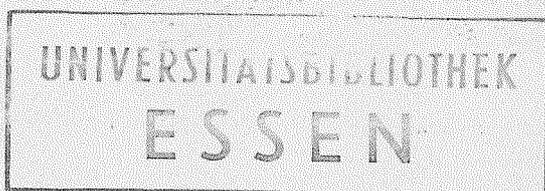


Die Broschüre wurde mit finanzieller Unterstützung der
Freibettenstiftung der Stadt Essen gedruckt.

G/92/337

07

HYO 1592



Zu beziehen über:



Bereich Frauenstudien/Frauenforschung
am Hochschuldidaktischen Zentrum der
Universität Gesamthochschule Essen
Universitätsstr. 12, 4300 Essen 1
Telefon: 0201/183-3244

G/92/337

07

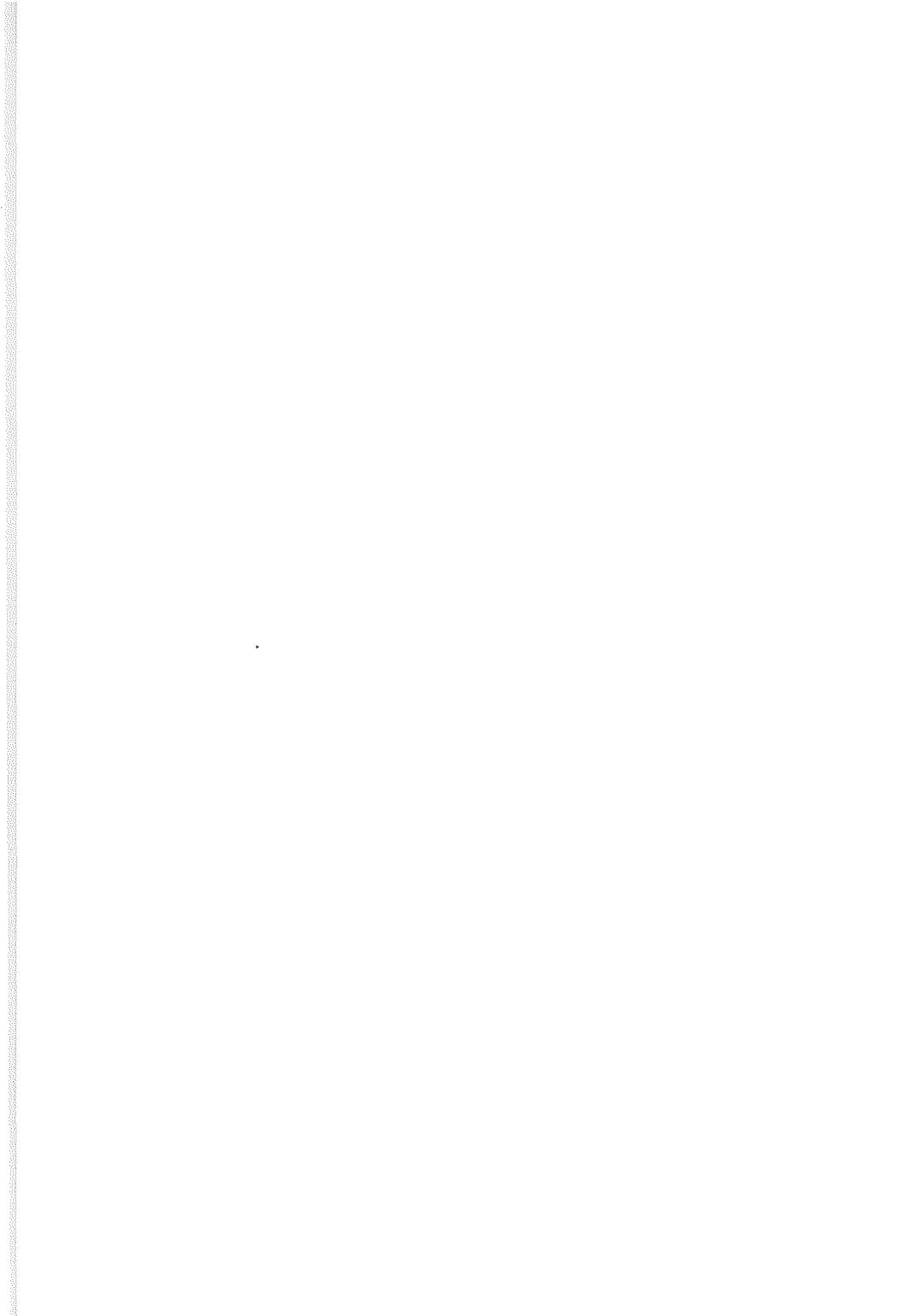
HYO 1592

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

| | |
|---|----|
| Einleitung | 1 |
| 1. Zum Zusammenhang von Frauenstudien und Frauengesundheitsforschung | 3 |
| 2. Von der Prävention zur Gesundheitsförderung | 6 |
| 3. Gesundheitsförderung für Frauen | 10 |
| 4. Das Essener Fortbildungskonzept "Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen" | 15 |
| 4.1 Ziele und Inhalte der Fortbildung | 16 |
| 4.2 Methodisch-didaktische Vorgehensweise in der Fortbildung | 17 |
| 4.3 Die Durchführung der Fortbildung | |
| 4.3.1 Die Teilnehmerinnen | 22 |
| 4.3.2 Umfang und Organisation der Fortbildung | 23 |
| 4.3.3 Die Fortbildungsthemen im Überblick | 24 |
| 4.3.4 Die Fortbildungseinheiten im einzelnen | 26 |
| 4.4 Evaluation | 44 |
| 4.4.1 Qualitative Auswertung | 45 |
| 4.4.2 Quantitative Auswertung | 51 |
| 5. Fazit und Perspektiven | 57 |





Einleitung

Das Projekt "Frau und Gesundheit" arbeitete von September 1989 - September 1991 im Bereich Frauenstudien/Frauenforschung am Hochschuldidaktischen Zentrum der Universität Gesamthochschule Essen. Es hatte zwei inhaltliche Schwerpunkte:

1. die Vorbereitung, Organisation und Durchführung von Frauengesundheitstagen und
2. die Entwicklung und Erprobung eines Curriculums zum Thema "Gesundheitsbildung/Gesundheitsförderung für Frauen".

Die Frauengesundheitstage, die vom 14.3. - 17.3.90 an der Universität Gesamthochschule Essen stattfanden, sollten zunächst einmal eine breite Öffentlichkeit auf die frauenspezifischen Probleme von Gesundheit aufmerksam machen sowie vorhandene Weiterbildungsbedürfnisse ermitteln. An den 35 Einzelveranstaltungen waren Wissenschaftlerinnen aus dem gesamten Bundesgebiet sowie Vertreterinnen lokaler Frauenbildungs-, -beratungs und -therapiearbeit beteiligt. Die Veranstaltung fand eine große Resonanz in Presse, Funk und Öffentlichkeit (400-500 BesucherInnen). Die Beiträge dieser Veranstaltung sind in zwei Publikationen dokumentiert:

1. STAHR, Ingeborg/ JUNGK, Sabine/ SCHULZ, Elke (Hrsg.): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/ Basel 1991
2. STAHR, Ingeborg/ JUNGK, Sabine/ SCHULZ, Elke (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsversorgung. Texte der Essener Frauenstudien. Essen 1991.

Auf diesen Teil des Projektes soll daher nicht weiter eingegangen werden.

Die hier vorliegende Broschüre ist eine Dokumentation zum zweiten Teil des Projektes. Auf der Basis der von uns entwickelten Konzeption zur Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen (vgl. Jungk/Schulz/Stahr 1991,

S. 194 - 202) führten wir von Januar bis März 1991 eine Fortbildungseinheit durch, die sich an Multiplikatorinnen der Gesundheitsförderung wendete. Wir schlossen einen Kooperationsvertrag mit der "Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport" in Essen - ein Zusammenschluß von Gesundheitsamt, Stadtsportbund, AOK und Landessportbund Nordrhein-Westfalen -, aus deren Kontext sich die zentrale Zielgruppe, Übungsleiterinnen und im Bewegungs- und Sportbereich tätige Frauen, rekrutierte.

Im folgenden werden - nach einer Skizzierung des Zusammenhangs von Frauenstudien und Frauengesundheitsforschung - die Grundlagen des Gesundheitsförderungskonzeptes der Weltgesundheitsorganisation und ein um die Frauenspezifität erweiterter Ansatz vorgestellt. Daran schließt die von dem Projekt "Frau und Gesundheit" entwickelte Konzeption der berufsbezogenen Fortbildung an sowie die Dokumentation zentraler Aspekte der Durchführung. Sowohl bei der Vorstellung der Evaluationsergebnisse als auch im abschließenden Fazit gehen wir auf Kritik und Änderungsvorschläge, aber auch auf Anregungen und Perspektiven eines weiteren Ausbaus des Fortbildungskonzeptes ein.

Wir hoffen, daß unser Bericht all denen Impulse vermitteln kann, die sich für die Thematik Gesundheit und Gesundheitsförderung für Frauen interessieren und sie in der Bildungsarbeit mit Frauen vermitteln wollen.

1. Zum Zusammenhang von Frauenstudien und Frauengesundheitsforschung

Im Bereich Frauenstudien und Frauenforschung am Hochschuldidaktischen Zentrum wird seit längerem eine Frauenstudienkonzeption entwickelt, die sich verschiedenen thematischen Schwerpunkten widmet (STAHR 1989), so auch dem Thema Gesundheit. Im Rahmen des Projektes "Frau und Gesundheit" haben wir, aufbauend auf diesem Schwerpunkt und in enger Kooperation mit außeruniversitären Einrichtungen des Gesundheitswesens, eine gezielte Fortbildung zur Qualifizierung von Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen konzipiert (Jungk/Schulz/Stahr 1991, S. 194 - 202).

Frauenstudien sollen nicht nur eine innovative Wirkung nach innen, also auf das universitäre Studienangebot und Wissenschaftsverständnis haben, sondern auch nach außen, in die Alltagswelt wirken. Sie sind ein entscheidendes Bindeglied zwischen Frauenforschung und beruflicher Praxis, denn über das Frauenstudienangebot werden neueste Erkenntnisse der Frauenforschung vermittelt und außeruniversitären Lebensbereichen zugänglich gemacht. Allerdings lag das Hauptinteresse bisheriger Frauenstudienansätze vor allem in dem Bemühen, familiennahe Qualifikationen in die Bildungskonzeptionen miteinzubeziehen (Bruchhagen 1989), um Frauen nach der Familienphase eine Wiedereingliederung in berufsnahe Tätigkeiten zu ermöglichen. In der Fortsetzung dieses wissenschaftlichen Diskurses kristallisiert sich nunmehr das Bemühen um die Entwicklung wissenschaftlicher Weiterbildungsansätze heraus, die stärker als bisher *auch* oder vor allem an die erworbenen Fachqualifikationen von Frauen in Erstausbildung und Beruf anknüpfen (CREMER/ BADER/ DUDECK 1990). Den Aspekt des Fachbezuges haben wir, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Sozialisationsbedingungen von Frauen, in unserer Fortbildungskonzeption aufgegriffen.

In den letzten Jahren wurde in der Frauengesundheitsforschung eine Fülle von Datenmaterial, Dokumenten und Untersuchungsergebnissen zusammengetragen, die belegen, wie die Definition dessen, was wir jeweils unter Krankheit und Ge-

Gesundheit fassen, von der Differenz und Hierarchie der Geschlechter bestimmt wird und wie durch Medizin, Psychologie und gesundheitliches Versorgungssystem das bestehende Verhältnis beständig neu bestärkt und verfestigt wird.

Mit der Entstehung der heutigen Organmedizin und der Psychoanalyse zum Ausgang des 19. Jahrhunderts entstand das Bild von der Frau als dem "kranken Geschlecht" (EHRENREICH/ENGLISH 1975; FISCHER-HOMBERGER 1984). Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahre werden medicalisiert und als speziell *medizinische* Probleme definiert, von denen unser Gesundheitswesen und die dort Beschäftigten reichlich profitieren. "Aus der medizinischen Disziplin wird eine Disziplinierungsinstanz gegen Frauen", so Birgit JANSEN (1988, S. 8).

Gesellschaftlich werden häufig Emanzipation, Berufstätigkeit und die veränderte soziale Stellung der Frau dafür verantwortlich gemacht, daß Frauen "kränker erscheinen" als Männer. Dabei wird übersehen, daß es nicht die Emanzipation, sondern die mit den gesellschaftlichen Bedingungen verbundene Lebenssituation der Frauen, die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, fehlende neue Lebensmuster und widersprüchliche Verhaltensanforderungen sind, die Verunsicherung, Überforderung, Fremdheit und oftmals ständigen Kampf bedeuten und Frauen krank machen; Krankheiten sind stumme Anklagen gegen diese Verhältnisse (NUBER 1989).

Aus der Kritik am traditionellen Gesundheitssystem und der "Apparatemedizin" entwickelte sich Anfang der siebziger Jahre die Frauengesundheitsbewegung. Sie bezog ihre Kraft vor allem aus dem Aufbegehren der Frauen gegen den Abtreibungsparagrafen und die neuen Gen- und Reproduktionstechnologien. Die Frauen forderten die Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper und ihre Sexualität, denn Fremdbestimmung und Unterdrückung werden hier am intensivsten und direktesten erlebt. Ausgehend von den USA entstanden in der Bundesrepublik eine ganze Reihe von Selbsthilfegruppen, aus denen in zahlreichen Städten des Bundesgebietes und West-Berlins Frauengesundheitsläden hervorgingen. Orientiert am

Prinzip der Selbsthilfe von Frauen und für Frauen haben sie sich vor allem der Aneignung des eigenen Körpers (z. B. durch die vaginale Selbstuntersuchung), dem Umgang mit Menstruation und Verhütung zugewandt. Heute existieren in Westdeutschland und West-Berlin nach unseren Recherchen ca. 12 Frauengesundheitszentren (vgl. STAHR/ JUNGK/ SCHULZ 1991, S. 203). Sie haben sich inzwischen zu einem Dachverband der "Selbstverwalteten Frauengesundheitsprojekte e.V." zusammengeschlossen (DACHVERBAND 1987) und haben ein breites Spektrum an Beratungs-, Therapie- und Weiterbildungsangeboten für Frauen zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit entwickelt (SCHMIDBAUER 1990, S. 8).

Aus den Erfahrungen der Frauengesundheitsläden sowie aus der Frauengesundheitsforschung entstanden neue Sichtweisen zum Krankheits- bzw. Gesundheitshandeln von Frauen.

Krankheit von Frauen wird zum Teil als "Widerstand gegen die Minderbewertung und Minderstellung der Frauen" interpretiert, es wird aber auch als "Strategie der Konfliktbewältigung" oder als "Flucht vor Überlastung" begriffen. Gleichzeitig wird das Zerstörerische von Krankheit gesehen, das in dem Versuch seiner Vermeidung den "Weg zur Selbstheilung" erst offenbart.

Neuere feministische Ansätze fordern daher eine "Hinwendung zur Gesundheit" und das "Aufmerksam-machen und Stärken der eigenen Gesundheitspotentiale" (JANSEN 1988, S. 12 f).

Gesundheitsförderung von Frauen in diesem Sinne knüpft an die gesunden Anteile von Frauen an und versucht diese in bezug auf ihre unterschiedlichen Lebenssituationen hin zu stärken, damit Frauen so gesünder und widerstandsfähiger werden. Sie versucht außerdem, Lebensbedingungen zu schaffen, die die Gesundheit der Frauen nicht gefährden und ein effektiveres Gesundheitshandeln ermöglichen (PROJEKT: GESUNDHEITSHANDELN 1989, S. 15).

In diesem Sinne müssen Gesundheitsbildung und Weiterbildung, die sich an Frauen mit dem Anspruch der Gesundheitsförderung wenden, ihre Perspektive ändern. Frauenstudien und Frauenforschung können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten.

2. Von der Prävention zur Gesundheitsförderung

In den letzten Jahrzehnten hat der Gedanke der gesundheitlichen Prävention, also der vorbeugenden, gesundheitserhaltenden Arbeit, einen immer höheren Stellenwert erlangt. Innerhalb des traditionellen Gesundheitssystems war das vorrangigste Motiv für die Orientierung auf präventive Maßnahmen, daß die sogenannten Zivilisationskrankheiten - chronisch-degenerative Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungs- und Stützapparates, Krebserkrankungen etc. - allein durch kurative Maßnahmen nicht in den Griff zu bekommen sind.

Typische Präventionsprogramme sind am sogenannten Risikofaktorenmodell ausgerichtet und umfassen Angebote wie Raucherentwöhnungskurse oder Veranstaltungen zum "Abnehmen mit Vernunft". Der medizinische Risikofaktor, also z.B. das Rauchen in bezug auf das Herzinfarkt- oder Lungenkrebsrisiko, Bewegungsmangel, Übergewicht und erhöhter Cholesterinspiegel in bezug auf Herz-Kreislaufferkrankungen usw., wird isoliert und das Training zum Abgewöhnen solcher gesundheitsschädigender Verhaltensweisen in den Mittelpunkt der Kursangebote gestellt.

Die Kritik an diesen traditionellen Präventionsprogrammen ist bereits zu Beginn der 1980er Jahre entwickelt worden. Ausgangspunkt der Überlegungen war die Tatsache, daß die traditionellen Präventionsprogramme eine nur geringe Reichweite haben: der Erfolg ist meistens nur kurzfristig, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen verfallen kurz nach Beendigung des Kurses wieder in alte Verhaltensweisen oder es finden Verschiebungen im gesundheitsschädigenden Verhalten statt: die frischgebackene Nichtraucherin entwickelt sich beispielsweise zur übergewichtigen "Problempatientin".

In soziologischen und psychoanalytischen Studien (vgl. Franzkowiak/Wenzel 1982; Horn 1983) wurde herausgearbeitet, daß in traditionellen Präventionsmaßnahmen der soziale und kulturelle Zusammenhang, in den gesundheitsschädigende Handlungen eingebettet sind, ausgeblendet wird:

- Entgegen landläufigen Vorstellungen und auch entgegen Ergebnissen von Meinungsumfragen gilt "Gesundheit" in einem abstrakten Sinne für den/die Einzelne(n) nicht als Handlungsmaxime: da gesundheitsschädigendes Verhalten erst nach langer Zeit und dann auch nur in einer statistisch erhöhten Wahrscheinlichkeit zu Krankheit führt, überwiegen subjektive Kalkulationen im alltäglichen Verhalten: im Konfliktfall wiegt die punktuelle, situationsspezifische Zufriedenheit höher (und es wird zur Zigarette gegriffen).
- Problematisches gesundheitliches Verhalten stellt selbst ein Bewältigungsverhalten dar: bei Ärger und Streß bringen Alkoholkonsum oder Essen Erleichterung und Entspannung. Dieses Bewältigungsverhalten, das natürlich nur kompensatorischen, nicht einen das Problem überwindenden Charakter hat, kann sich verselbständigen und zur Sucht führen.
- Gesundheitsschädigendes Verhalten hilft scheinbar, die Komplexität schwieriger Situationen zu reduzieren: man(n) "trinkt sich Mut an" und fühlt sich subjektiv den Anforderungen gegenüber besser gewappnet.
- Kränkungen, Überforderungen, Hoffnungslosigkeit, zu wenig Liebe und Anerkennung lassen sich besser ertragen unter Alkohol- oder Tabletteneinfluß - wir alle kennen die Bezeichnung "mother's little helpers" für stimmungsaufhellende Psychopharmaka. Oder Ärger wird in sich "hineingefressen" - Essen symbolisiert die Wut oder auch die mangelnde Liebe, die frau sich so selbst gibt.
- Nicht zuletzt stellen das Einhalten einer Diät oder die regelmäßige Gymnastik sehr hohe Anforderungen an die eigene Disziplin; im Streß des Alltags oder bei aufwühlenden Ereignissen wird die Kraft für diese Disziplin häufig nicht aufgebracht.
- Gar nicht beachtet werden in den am Risikofaktor orientierten Trainingsprogrammen die äußeren Lebensumstände, etwa Bedingungen am Arbeitsplatz, die rückschonendes

Verhalten z.B. ad absurdum führen (Beispiel: Kassiererinnen, Krankenschwestern etc.).

Zusammenfassend also läßt sich sagen, daß die traditionellen Präventionsmodelle an den Symptomen ansetzen und zu den Ursachen nicht vordringen. "Gesundheitstrainings" beschränken sich häufig, wie die traditionelle Medizin, auf vorgeblich "eindeutige" Ursachen für bestimmte Verhaltensweisen oder Krankheitssymptome.

Ihnen haftet etwas von einer Zeigefinger-Pädagogik an nach dem Motto: "Du darfst nicht ... Du sollst". Realistische Wege, die gewonnenen Kenntnisse und Verhaltensweisen in den Alltag zu integrieren oder den Alltag zu verändern, können solche Programme nicht zeigen. Bei den Teilnehmenden bleibt häufig als einzig gesundheitserzieherischer "Erfolg" - ein schlechtes Gewissen, wenn man wieder einmal wider besseren Wissens in alte Verhaltensweisen zurückfällt.

Das schlechte Gewissen, das auf diese Weise erzeugt wird, kann außerordentlich negative Folgen für die Gesundheit der Betroffenen haben.

Ein Konzept der Gesundheitsförderung hingegen löst sich von der Illusion, eine schnelle Lösung für Probleme von Gesundheit und Krankheit zu finden (so wie im Risikofaktorenmodell es heißt: "Nichtrauchen in 6 Wochen"). Gesundheitliches Handeln und gesundheitliche Lage sind von komplexen Bedingungen bestimmt. Präventions- oder besser: Gesundheitsförderungsansätze dürfen daher nicht auf der individuellen Verhaltensebene stehenbleiben, sondern sie müssen Lebensbedingungen, Sozialisation, soziale Bezugsgruppen, die Situation im Stadtteil etc. einbeziehen.

Die WHO-Regionalstrategie für Europa benennt folgende Elemente für ein "nicht autoritär geprägtes Gesundheitserziehungskonzept":

- "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;
- Schärfung des Bewußtseins über soziale, politische und Umweltfaktoren von Einfluß auf die Gesundheit" (KICKBUSCH 1981, S. 5/6).

Die Förderung des Selbstvertrauens als Erweiterung der Entscheidungsmöglichkeiten in gesundheitlichen Belangen erhält hohe Priorität.

3. Gesundheitsförderung für Frauen

"Gesundheitliche Beeinträchtigungen, so allgemein sie klingen, haben aber auch ein Geschlecht. Das Geschlecht als soziale Kategorie prägt ganz entscheidend Lebensbedingungen, Gesundheit und Inanspruchnahme sowie Reaktionsweisen des Gesundheitssystems. Frauen haben nicht nur eine andere körperliche Konstitution, sondern sie sind auch anderen gesellschaftlichen Erwartungen ausgesetzt als Männer, anderen psychischen und sozialen Konflikten, anderen körperlichen und mentalen Anforderungen. So wie sich die Lebensweisen von Frauen und Männern unterscheiden, sind auch ihre psychosomatischen Reaktionen auf schwer zu bewältigende Belastungen verschieden.

Obwohl in den vergangenen Jahren verstärkt politische Initiativen zur Gleichstellung von Frau und Mann ergriffen wurden, stellen die Doppelbelastung bzw. die alltäglichen Widersprüche der Arbeitsanforderungen in Beruf und Familie eine schwerwiegende gesundheitliche Hypothek fast ausschließlich für Frauen dar. Daß diese Problematik zunehmend öffentliches und politisches Thema wird, und zwar im internationalen Maßstab, zeigt die Resolution des Frauenrechtsausschusses des Europäischen Parlaments vom 15.5.1990. Auf Grundlage des Berichts "Frauen und Gesundheit" werden erhebliche Anstrengungen, u.a. auf dem Gebiet der Weiterbildung, gefordert, um die Rechte der Frauen in diesem Bereich geltend zu machen (vgl. Zweiwochendienst Nr. 44/1990). Ein Konzept der Gesundheitsförderung, das die spezifischen Belange von Frau und Mann berücksichtigt, tut not." (Auszug aus dem Projektentwurf)

Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung, wie es oben unter Punkt 2 erläutert wurde, zeichnet sich durch seine Alltagsorientierung aus, dadurch, daß soziale Faktoren wie die Geschlechtszugehörigkeit einen hohen Stellenwert für Gesundheit bekommen.

Die drei Elemente des Gesundheitsförderungskonzeptes stellen ein Instrument zur Fokussierung spezifischer gesundheitlicher Probleme und Handlungen von Frauen dar:

- A. "Anhebung von Wissen und Erfahrung der einzelnen über Gesundheit und Krankheit, über den Körper und seine Funktionen, über Prävention und Abhilfemaßnahmen".

Gesundheit und Krankheit sind nicht geschlechtsneutral, sowohl was die Quantität als auch, was die Art der Krankheiten anbelangt. Dazu einige Daten:

- Frauen klagen häufiger als Männer über Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen (wie Kopfschmerz, Schlafstörungen, Nervosität etc.), wie Repräsentativerhebungen zur Beurteilung des subjektiven Gesundheitsstandes von 1973 und 1980 belegen (RODENSTEIN 1984/GRUNOW-LÜTTER 1984).
- Frauen werden etwa 1,5 mal häufiger als psychisch krank diagnostiziert als Männer (BÖHM 1987). Das Verhältnis bei Depression liegt bei 1 : 2 bis 1 : 6 (KICKBUSCH 1983).
- Frauen nehmen mehr Medikamente und erhalten als Krankenversicherte im Durchschnitt um 30 % mehr ärztliche Verordnungen als Männer (ERNST/FÜLLER 1988).

Nach P. SICHROVSKY erhalten Frauen um

- 17 % mehr Tranquilizer und Neuroleptika
- 18 % mehr Schmerzmittel
- 46 % mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel
- 51 % mehr krampflösende Mittel
- 80 % mehr Herz-/Kreislaufmittel

als gleichaltrige Männer (SICHROVSKY 1984).

- Frauen haben eine im Durchschnitt um 7 Jahre längere Lebenserwartung als Männer; ein Vorsprung, der allerdings bei der Gruppe der erwerbstätigen Frauen zusammenschumpft (RODENSTEIN 1981).

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß Frauen sich häufiger krank fühlen und darstellen, daß sie häufiger insbesondere psychische Erkrankungen diagnostiziert und dementsprechend häufiger (psychoaktive) Medikamente zur Therapie verschrieben bekommen, ein Phänomen übrigens, das schon bei Mädchen in der Pubertät einsetzt.

Es ist in der (Frauen-)gesundheitsforschung über lange Zeit diskutiert worden, wie dieses Zahlenmaterial zu interpretieren sei.

Ein Erklärungsmodell besteht in der sogenannten "somatischen Kultur" von Frauen (RODENSTEIN 1984). Es impliziert, daß Frauen nicht nur in der individuellen lebensgeschichtlichen Sozialisation, sondern aufgrund einer jahrhundertealten Tradition der Zuschreibung von "Geschlechtscharakteren" es gelernt haben, Konflikte und Spannungen nach innen gerichtet zu verarbeiten. Statt also Wut und Demütigungen, Gewalt- und Unterdrückungserfahrungen, wie Männer in aggressiven Akten nach außen (Kriminalität, Gewalt etc.) zu agieren, richten Frauen die Aggression quasi selbstzerstörerisch gegen sich selbst. Ihnen fehlt die Erfahrung öffentlicher und kollektiver Gegenwehr; beschränkt auf die private Welt und die erlaubten, erwünschten Eigenschaften lernen sie "weibliche" Verhaltensmuster: leises Leiden, sanften Protest.

Die hohe Zahl der Frauen, die am sogenannten "Frauensyndrom" leiden (das sind solche Befindlichkeitsstörungen ohne erkennbare organische Defekte, die die Ärzte häufig als "vegetative Dystonie" diagnostizieren, vgl. VOGT 1989), verweist darauf, daß Frauen ihre Konflikte psychosomatisch ausdrücken, am Körper symbolisieren.

Diese Konflikte zu bearbeiten und in ihrer frauenspezifischen Ausprägung zu thematisieren, den Ursachen für Leiden in der Lebensgeschichte nachzugehen und die Sprache des Körpers zu entschlüsseln, ist Aufgabe gesundheitsfördernder Angebote. Dazu gehört auch eine Information über die Wirkungen von Psychopharmaka. Eine solche Arbeit der Betroffenen selbst am sozio-psychosomatischen Zugang zu Gesundheit und Krankheit bedeutet gleichzeitig einen Schritt zur "Relaisierung" im Gesundheitssystem, d.h. der (Wieder)Aneignung von Kompetenzen im gesundheitlichen Bereich. Das leitet über zu

B. "Anhebung von Wissen und Erfahrung hinsichtlich der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems und Kenntnis seiner Funktionsweise."

Auch diese Inanspruchnahme variiert geschlechtsabhängig:

- Frauen gehen häufiger zum Arzt als Männer (RODENSTEIN 1984). Sie nehmen außerdem häufiger psychotherapeutische Behandlung in Anspruch (1 : 3 bis 1 : 4, BÖHM 1987).

Man muß sagen, daß die höhere Zahl der Arztbesuche bei Frauen ein Risiko für ihre Gesundheit darstellt: Die ungeheuer hohe Zahl an (Psycho-)pharmakaverschreibungen ist ein Resultat. Wir müssen uns vergegenwärtigen, daß jede Arzt-PatientInnen-Interaktion von einer Hierarchie zwischen Experten und Laien gekennzeichnet ist, die noch verschärft wird durch das Machtgefälle zwischen Mann und Frau.

In den meisten Fällen setzt beim Arzt, der mit einer Patientin konfrontiert ist, ein stereotypes Zuschreibungsverhalten (Vorurteile) ein. Es gibt ein aufschlußreiches Experiment, das diesen Sachverhalt belegt: Männer und Frauen treten mit gleichen Beschwerdebildern in der Sprechstunde auf: die Frau geht mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer psychischen oder psychosomatischen, der Mann mit einer somatischen Diagnose wieder heraus (VOGT 1985).

Damit geht einher, daß die Beschwerden der Frau kaum ernst genommen und als "Willensschwäche" abgetan werden. Entsprechend sollen die Patientinnen mit psychopharmazeutischer Behandlung wieder funktionsfähig gemacht werden.

Weitere Beispiele für solche vorurteilsgesteuerten Diagnose-schemata finden sich auch in der psychosomatischen orientierten Medizin: Da werden gynäkologische Beschwerden als "neurotische" Abweichungen der Persönlichkeit in Richtung einer "Vermännlichung" gedeutet, nicht aber die reale problematische Lebenssituation der betroffenen Frau zur Kenntnis genommen (SCHULZE/KLUITMANN 1989).

Oder es wird eine arbeits- und verschleißbedingte Krankheit, wie das Karpaltunnelsyndrom, an dem besonders Frauen mit enormen Belastungen der Handgelenke leiden, mit Veränderungen des Hormonstatus in der Menopause erklärt (ELSNER 1989).

Eine Aufklärung über diese Prozesse gehört zur Gesundheitsförderung für Frauen ebenso wie die Ermutigung dazu, eigene subjektive Interpretationen von Gesundheit und Krankheit zu

entwickeln und ihnen Vertrauen zu schenken oder Rat zu suchen außerhalb des professionellen Gesundheitssystems.

C. "Schärfung des Bewußtseins über soziale, politische und Umweltfaktoren von Einfluß auf die Gesundheit."

In diesem Zusammenhang läßt sich die ganze Vielzahl von gesellschaftlichen Diskriminierungen, z. B. am Arbeitsplatz, die Folgen geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung - Doppel- bzw. Dreifachbelastung - und Rollenunsicherheiten u.v.a.m., als Faktoren aufführen, die die Gesundheit der Frauen beeinflussen.

Obwohl Krankheitsgeschichten immer sehr individuelle Geschichten sind, hat ILONA KICKBUSCH sehr überzeugend gezeigt, daß, wenn objektive Belastungen und bestimmte subjektive Verarbeitungsformen, die besonders für Frauen kennzeichnend sind, zusammentreffen, es zu frauenspezifischen Krankheiten (hier: Depression) kommt.

Da ist auf der einen Seite die soziale Isolation und mangelnde Selbstbestätigung der Hausfrau oder die Doppelbelastung der erwerbstätigen Frau. Hinzu kommt das Dilemma, individuell die Last der Entscheidung zwischen verschiedenen Lebensmodellen tragen zu müssen, was häufig als Verlust interpretiert wird und so oder so auf gesellschaftliche Mißbilligung stößt ("schlechte, egoistische Mutter", "Karierefrau", "Hausmutterchen"). Werden diese Verunsicherungen und Konflikte schließlich als Versagen erlebt - was insbesondere der Fall ist, wenn Lebenskrisen hinzutreten und keine oder ungenügende Unterstützung durch eine Vertrauensperson erfolgt -, dann ist der Boden für Depressionen oder sogenannte Demoralisierung bereitet (KICKBUSCH 1983; KEUPP 1983 berichtet von einer um 10 % höheren Demoralisierungsrate von Frauen gegenüber Männern). Die Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Stellung der Frau, mit den Konflikten und Krankheiten, die aus den Ambivalenzen der Frauenrolle resultieren und mit individuellen und öffentlichen Strategien der Veränderung, gehört in ein frauenspezifisches Gesundheitsförderungsprogramm.

4. Das Essener Fortbildungskonzept "Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen"

Das Essener Studienangebot "Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung für Frauen", soviel sollte deutlich geworden sein, knüpft an eine Konzeption von Gesundheitsförderung an, die sich nicht auf ein Training zur Vermeidung von "Risikofaktoren" beschränkt. Gesundheitsschädigendes Verhalten wird nicht als individuelles Versagen interpretiert, vielmehr wird nach den Lebens- und Umweltbedingungen gefragt, die krank machen und evtl. einer Verhaltensänderung im Wege stehen. Realistischerweise ist die Voraussetzung für den Erfolg gesundheitlicher Bildungsarbeit, daß der/die Einzelne über die Entwicklung eines Gesundheitsbewußtseins hinaus Strategien zur Änderung belastender Lebensbedingungen an die Hand bekommt.

Eine Analyse des Essener Weiterbildungsangebotes zur Gesundheitsförderung ergibt, daß traditionelle Gesundheitsthemen wie Bewegung, Ernährung und an Risikofaktoren orientierte Verhaltenstrainings den Schwerpunkt des regionalen Angebotes darstellen und somit dem WHO-Gesundheitsförderungskonzept nicht Genüge leisten. Obgleich die große Mehrzahl der TeilnehmerInnen an Gesundheitsförderungsangeboten Frauen sind, bleibt eine geschlechtsspezifische Sicht auf Gesundheit weitgehend ausgeblendet (JUNGK/SCHULZ/STAHR 1991).

Um zu einer Effektivierung der Gesundheitsförderung beizutragen und dem großen Bedarf an Angeboten - insbesondere auch für Frauen - gerecht zu werden, haben wir eine Konzeption entwickelt, auf deren Grundlage Kurs- und Übungsleiterinnen der Gesundheitsförderung, Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes und von Beratungsstellen sowie Multiplikatorinnen in anderen Institutionen geschult werden. Die Konzeption ist im Baukastenprinzip angelegt und kann auf verschiedene Zielgruppen hin modifiziert werden.

4.1 Ziele und Inhalte der Fortbildung

In Anlehnung an die WHO-Regionalstrategie für Europa sowie an die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1984 verabschiedet hat, ist es

Ziel des Studienangebotes:

- 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.

Diese 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 Konfliktbewältigung

(5.) Ferner wurde eine Auswertungssitzung geplant, in der es nicht nur um eine abschließende Reflexion des Seminarverlaufs, sondern auch um die Frage gehen sollte, was von dem Erlernten und Erfahrenen sich in die berufliche Praxis übertragen läßt.

4.2 Methodisch-didaktische Vorgehensweise in der Fortbildung

Wissenschaftliche Weiterbildung hat den Auftrag, neueste Forschungsergebnisse, Interpretationen und Theorien in gesellschaftliche Arbeitsfelder zu vermitteln und umgekehrt Impulse aus der (beruflichen) Praxis aufzugreifen und rückzuvermitteln in die Fragestellungen der Wissenschaft. Dieser Bildungsauftrag impliziert aber nicht, daß bestimmte, wissenschaftlich ritualisierte Vermittlungsformen (Vortrag, StudentInnenreferat) eingehalten werden müssen. Eine Herausforderung für die wissenschaftliche Weiterbildung ist es geradezu, eigene Lehr-/Lern -"Settings" zu entwickeln und zu erproben, die v.a. der besonderen Situation der Erwachsenenbildung gerecht werden. Gerade in der Gesundheitsbildungsarbeit, die es einerseits mit gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen, andererseits mit einem sehr individuellen, lebensgeschichtlich bedeutsamen, identitätsbildenden und körperbezogenen Gegenstand zu tun hat, stellt sich die Frage des adäquaten methodischen Zugangs.

Im wesentlichen arbeiteten wir mit drei Methoden bzw. auf drei Erkenntnisebenen, die sich z. T. nur analytisch trennen lassen:

- a) kognitiv, aneignend:
rezeptiv (Vortrag), aktiv (aufnehmen und interpretieren) und diskursiv (Gruppen- oder Plenumsdiskussionen), sachbezogen
- b) reflexiv:
persönlichkeits- und selbsterfahrungsbezogen,
biografisches Lernen (Phantasieereisen, geleitetes
Erinnern, Fokussieren)
- c) handlungsbezogen:
Selbstbehauptung, Konfliktbewältigung, Rollenspiele,
Körperwahrnehmung, Präsentation.

Der Wechsel von Methoden innerhalb einer Kurseinheit bzw. zwischen den einzelnen Veranstaltungstagen entspricht also nicht nur didaktischen Erwägungen im Sinne der Erhöhung und Erhaltung von Aufmerksamkeit. Vielmehr geht es darum, verschiedene Erkenntniswege zu öffnen, um dadurch sowohl der Komplexität des Gegenstandes (beispielsweise der psychosomatischen Interpretation von Gesundheit und Krankheit) als auch den differenten Erfahrungs- und Lernwelten der Teilnehmerinnen gerecht zu werden.

Im Mittelpunkt der von uns konzipierten Fortbildung stehen Methoden des sogenannten biografischen Lernens, Methoden also, die sich in der Tradition der Bildungserfahrungen der neuen Frauenbewegung befinden, in der den Selbsterfahrungsgruppen hoher Stellenwert zukommt. Hinter diesem Lernarrangement steht ein bildungstheoretisches Konzept, das grundsätzlich die Kompetenz der Subjekte für ihre eigene Lebens- und Lernpraxis anerkennt, sie aufgreift und zu bereichern sucht.

Biografisches Lernen, wiewohl reflexiv auf das Verstehen der eigenen Lebensgeschichte gerichtet, bleibt keineswegs beim Subjektiven stehen. Fast jeder Mensch richtet sich im Laufe seines Lebens mit mehr oder weniger stark "verhärteten" Alltagstheorien ein, in Routinen und Oberflächlichkeiten, die das Leben bequemer machen, Schutz bieten vor Ängsten und

Verletzlichkeiten und vor ungewollten Erschütterungen. "In diesem Habitus verhärten sich Erfahrungen. Lernen, genauer: Weiterlernen wird verweigert. Der begrenzte Horizont persönlicher Erlebnisse präsentiert sich autoritär als Bezugsrahmen für Wahrheit und Richtigkeit; er wird jeder Kritik entzogen und als gesicherter Ausgangspunkt für absolutierende Urteile gesetzt" (BECKER-SCHMIDT/KNAPP 1987, S. 70).

Biografisches Lernen ist auf die Verflüssigung verhärteter Erfahrungen gerichtet, indem erinnerte Ereignisse mit dem Erlebnis- und Bedeutungskontext verknüpft werden, der durch geleitete Übungen an die Oberfläche des Bewußtseins gehoben werden kann. Erfahrung bildet sich durch das Hin- und Hergehen "zwischen zwei Polen: dem Denken und dem Gedachten, der Selbstvergewisserung und dem Wissen, der bemerkenswerten Einzelheit und dem dazugehörigen Zusammenhang" (Ebd., S. 76).

Ein Beispiel für "verhärtete Erfahrungen" und den dadurch erzeugten "begrenzten Horizont" innerhalb unserer Fortbildung war das Verhalten dreier befreundeter Teilnehmerinnen, allesamt junge Mütter und in einer klassischen Familiensituation befangen. Sie sträubten sich hartnäckig, in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung innerhalb der Familie eine Diskriminierung und Behinderung von Frauen hinsichtlich ihrer Lebensentwürfe zu sehen bzw. sie überhaupt als Problem anzuerkennen. Ihre alternativlose Lage (z. T. waren sie vor ihrer Familienphase arbeitslos gewesen) führte zu einer Idealisierung ihrer jetzigen Lebenspraxis und zu einer weitgehenden Ignoranz gegenüber den beschreibbaren - und teilweise von anderen Teilnehmerinnen aus eigener Erfahrung bestätigten - Nachteilen, die Frauen aus der Fixierung auf die Reproduktionsarbeit entstehen.

Erfahrungen sind häufig nicht nur von persönlicher Bedeutung, sondern verallgemeinerbar: "verallgemeinerbar hinsichtlich der in ihnen steckenden Wirkungen objektiver sozialer Bedingungen und verallgemeinerbar im Hinblick auf die 'typische' Weise der Aneignung gesellschaftlicher Verhältnisse" (GUDJONS et. al., 1986, S. 28). Alltagsbewußtsein, das ist bekannt, kann durch Konfrontation und Ausein-

andersetzung mit sozialwissenschaftlichen Theorien partiell aufgebrochen werden. Eine ähnliche Wirkung kann von einer Gruppendiskussion ausgehen, in der verschiedene Erfahrungen verglichen, kollektiv Deutungen versucht und verworfen und, unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Interpretationsangebote, schließlich eine Einschätzung und (Neu-)bewertung erfahrungsgesättigter Wissensbestände vollzogen wird.

Einen weiteren wichtigen methodischen Ansatz in unserer Fortbildung stellten körperbezogene Übungen dar. In modernen Gesellschaften ist der Umgang mit dem eigenen Körper weitgehend entfremdet, werden Prozesse von Gesundheit und Krankheit von der eigenen Person, den Belastungen, denen sie sich aussetzt oder ausgesetzt wird, von Lebensereignissen und Krisen, abgespalten (WULF/KAMPER 1982; WENZEL 1986). Frauen mögen wegen ihrer historisch zugewiesenen Fixierung auf den Körper einen weniger rationalistischen Bezug zur leiblichen Dimension des Erlebens haben; das ist eine große Chance in der Gesundheitsbildungsarbeit. Dennoch darf der Zwangscharakter nicht übersehen werden, der darin steckt, daß die Körperlichkeit oder "Natur" der Frau auf die Reproduktionsfähigkeit reduziert wurde, die zugleich in der patriarchalen Logik die weibliche Unterlegenheit, "Schwäche" und "Krankheit" begründete (RODENSTEIN 1984).

In der Körperbildungsarbeit mit Frauen kann daher auf vorhandene Wahrnehmungs- und Ausdruckspotentiale gesetzt werden, diese gilt es aber bewußt zu machen, zu problematisieren und in solche Richtungen zu verstärken, die in der weiblichen Sozialisation eher unterdrückt werden. Durch die Sensibilisierung der Wahrnehmung und die Konzentration auf Botschaften des Körpers, die Gefühle, die seine Haltung und Anspannung, aber auch die bewußte Entspannung und das Experimentieren mit Posen auslösen, werden Erkenntnisszugänge eröffnet, die rein kognitive Verfahren nicht erreichen. Auf diese Weise können abgespaltene, latente Wissens- und Erfahrungsbestände und auch neue, bisher "unerlaubte" Handlungsweisen, wie etwa Aggressivität und Durchsetzungsvermögen, in die Person (re-)integriert werden.

Es muß aber betont werden, daß in unserer Konzeption die biografischen und körperbezogenen Übungen nicht allein in ihren Selbsterfahrungsdimensionen von Bedeutung sind. Die biografische Reflexion stellt zugleich eine Form des Zugangs zum Wissen über den komplexen Zusammenhang zwischen geschlechtsspezifischer Sozialisation, Lebenssituation, Gesundheit und Gesundheitshandeln dar. Aus diesem in gewisser Weise als "funktional" zu bezeichnenden Einsatz biografischer Übungen ergaben sich, wie im Abschnitt "Evaluation" erläutert wird, im Kursverlauf Konflikte.

Das Erfahren und Einüben neuer Körper- und Bewegungsübungen, die sowohl im Dienste eines individuellen Zuwachses der Körpersensibilität und der Entdeckung gesundheitlicher Potentiale (Stichwort: Selbstwahrnehmung/Selbstbehauptung) stehen als auch ins Berufsfeld übertragen werden können, zielte auf die Erweiterung der Methoden- und Handlungskompetenz der Teilnehmerinnen: Es sollte den Fortbildungs-Teilnehmerinnen konkrete Anregungen für die Umsetzung in die eigene Kursarbeit geben.

Neben der kommunikativen Verständigung und Interpretation in der Gruppe - die übrigens, wie in unserem Falle, sich besonders ergiebig gestaltet, wenn Frauen verschiedener Generationen teilnehmen, so daß die Einzelnen sich auf der symbolischen Ebene entweder mit "ihrer" Mutter, "ihrer" Tochter oder ihrer "eigenen" Vergangenheit bzw. Zukunft konfrontiert sehen - spielten die Aneignung von wissenschaftlichen Daten und Erklärungsmustern sowie das Erproben und Erlernen bestimmter handlungsorientierter Übungen (zur Körperwahrnehmung, Selbstbehauptung etc.) eine zentrale Rolle.

Die systematische Wissensvermittlung geschah weitgehend medial gestützt - durch Overhead-Folien, fotokopierte Materialien: Daten, Definitionen, kürzere (d. h. im Verlaufe einer Kurseinheit zu bearbeitende) oder längere (für die Nachbereitung zu Hause) Texte, Thesenpapiere, Filme. Fast immer wurden diese Materialien nach einer Phase individueller Rezeption in der Kleingruppe bearbeitet, und zwar entlang vorbereiteter Fragen oder im Plenum diskutiert, wobei wir als

Kursleiterinnen weitere Chancen ergriffen, Sachinformationen einfließen zu lassen. Das Erfahren und Einüben neuer Körper- und Bewegungsübungen, die sowohl im Dienste eines individuellen Zuwachses der Körpersensibilität und der Entdeckung gesundheitlicher Potentiale (Stichwort: Selbstwahrnehmung/Selbstbehauptung) stehen als auch ins Berufsfeld übertragen werden können, zielte auf die Erweiterung der Methoden- und Handlungskompetenz der Teilnehmerinnen.

4.3 Die Durchführung der Fortbildung

4.3.1 Die Teilnehmerinnen

Unser Konzept für eine berufsbezogene Fortbildung zum Thema "Gesundheitsförderung für Frauen" stieß bei der Essener Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport (Zusammenschluß aus Stadtsporthund, Gesundheitsamt, AOK und Landessportbund NW) auf Interesse, da diese Institution seit einiger Zeit um eine Erweiterung des bisherigen Programms im Hinblick auf Angebote der Gesundheitsförderung bemüht ist.

Es kam, wie bereits erwähnt, ein Kooperationsvertrag zustande, demzufolge die Information und Werbung von Teilnehmerinnen in erster Linie über die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport erfolgen sollte. Letztlich nahmen 10 Frauen, die als Kurs- und Übungsleiterinnen für die Arbeitsgemeinschaft arbeiten (davon 2 hauptberuflich, die anderen als Honorarkräfte), an der Fortbildung teil; weitere 8 Frauen waren durch das Projekt "Frau und Gesundheit" auf die Fortbildung aufmerksam geworden.

Wegen der starken Nachfrage hatten wir uns entschlossen, eine hohe Teilnehmerinnen-Zahl zu akzeptieren, um nicht zu viele Absagen erteilen zu müssen; mit 18 Teilnehmerinnen war die Fortbildungsgruppe aber eindeutig zu groß.

Die Gruppe war, bezogen auf die Altersstruktur, recht heterogen zusammengesetzt: die jüngste Teilnehmerin zählte 19, die älteste 56 Jahre. Allerdings war ein deutlicher Schwerpunkt

in der Altersgruppe der 25-40jährigen auszumachen: 11 Teilnehmerinnen (61%) gehörten ihr an. Allein 8 Frauen (44 %) waren zwischen 30 und 40 Jahre alt und insgesamt überwogen die Frauen, die älter als 30 Jahre alt waren.

Die Teilnehmerinnen verfügten fast alle über eine Berufsausbildung, 6 konnten einen universitären Abschluß vorweisen, 4 weitere befanden sich noch im Studium. Gegenüber der sehr guten Ausbildungssituation - und das ist signifikant für die gesellschaftliche Lage von Frauen - war der berufliche Status der Frauen eher schlecht: Abgesehen von den 5 Frauen, die sich noch in der Ausbildung befanden, waren nur 3 Teilnehmerinnen voll erwerbstätig (alle ohne Kinder; 2 von ihnen unter 30, 1 34 Jahre alt), 1 Frau halbtags beschäftigt und 1 selbständig; 8 Frauen arbeiteten eher geringfügig auf Honorarbasis, davon befanden sich 6 Teilnehmerinnen in der Familienphase und hatten kleinere Kinder.

Als Motiv für die Teilnahme nannte die Mehrheit der Frauen (11 Nennungen) den "Wissenserwerb" als Information zur Rolle der Frau in der Gesundheitsbildung, wobei private und berufliche Interessen sich hier vermengen; je 3 Frauen thematisierten das Bedürfnis nach "Selbsterfahrung", die "Suche nach Kontakt und Austausch" sowie nach "Information und Austausch über die Arbeit mit Frauen". Alles in allem folgten die Teilnehmerinnen somit der Intention der Fortbildung, die auf einen beruflichen Bezug hin konzipiert war, signalisierten aber auch - wengleich nicht in großer Zahl - eine Offenheit gegenüber dem methodisch-didaktischen Ansatz, der die Auseinandersetzung mit eigenen (lebensgeschichtlichen und aktuell, in der Fortbildung etwa in den Übungen erworbenen) Erfahrungen zum Prinzip hat.

4.3.2 Umfang und Organisation der Fortbildung

Die Gesamtfortbildung umfaßte 54 Unterrichtsstunden und fand an 9 Freitagen, jeweils von 17.00 - 20.00 Uhr statt, zudem an 2 Samstagen von 10.00 - 14.00 Uhr und an einem sogenannten Blockwochenende von Freitag, 16.00 Uhr bis Sonntag 14.00 Uhr.

Die beiden Samstage und das Blockwochenende waren ganz den übungsbezogenen Elementen: Selbstbehauptungstraining, Körperwahrnehmung und Konfliktbewältigung vorbehalten, während an den Freitagen eine eher systematische Art der Wissensvermittlung, verbunden mit den erwähnten biografischen Übungen, Rollenspielen, der Auseinandersetzung mit Texten, Filmen etc. im Mittelpunkt stand. Insgesamt war die Zeit immer sehr knapp bemessen bzw. die Teilnehmerinnen hatten die starke Tendenz, die zeitlichen Limits zu überschreiten, so daß kaum je die Pausen eingehalten wurden und somit de facto die Fortbildung wesentlich mehr Unterrichtsstunden umfaßte (freitags wurden statt der geplanten 135 Minuten = 3 Unterrichtsstunden meist 3 Zeitstunden = 4 Unterrichtsstunden durchgeführt).

Im folgenden geben wir zunächst einen Überblick über die Themen der von uns geplanten und - mit geringfügigen Abweichungen - realisierten Fortbildungseinheiten. Im Anschluß daran findet sich die Detailplanung für die einzelnen Kursabende bzw. Wochenendveranstaltungen.

4.3.3 Die Fortbildungsthemen im Überblick:

- | | |
|------------|--|
| 1. Freitag | Einführung in das Thema "Frauen und Gesundheit" |
| 2. Freitag | Was ist Gesundheit?/Modelle der Gesundheitsförderung |
| 3. Freitag | Weibliche Sozialisation und Gesundheit |
| 4. Freitag | Lebensbedingungen und Gesundheits- handeln von Frauen |
| 5. Samstag | Elemente der Gesundheitsförderung: Übungen zur Selbstbehauptung (Gastreferentin) |

6. Freitag Lebensgeschichte und Gesundheit
Wechselwirkungen von Krankheit und
Gesundheit und Lebensalltag
7. Freitag Gesundheitsförderndes Handeln
8. Freitag Ein Beispiel für eine frauenspezifische
Krankheit: Eßstörungen.
Ursachen, Formen und Behandlungsmöglich-
keiten
(Gastreferentin)
9. Samstag Elemente der Gesundheitsförderung:
Übungen zur Körperwahrnehmung
(Gastreferentin)
10. Freitag Arzt-Patientinnen-Beziehung:
Werden Frauen anders behandelt
als Männer? Medikalisierung von Frauen-
problemen
(Gastreferentin)
11. Freitag -
Sonntag Elemente der Gesundheitsförderung:
Körperwahrnehmung, Selbstbehauptung und
Konfliktbewältigung.
(Gastreferentin)
12. Freitag Schlußauswertung der Fortbildung.
Welche Inhalte lassen sich in die be-
rufliche Praxis übertragen, persönlich
nutzen?

4.3.4 Die Fortbildungseinheiten im einzelnen:

1. Fortbildungseinheit "Einführung"

Ziele: Die Fortbildungs-Teilnehmerinnen sollen mit der Problemstellung, Zielen und Methoden der Fortbildung vertraut gemacht werden und ihre Erwartungen und Bedürfnisse einbringen. Das gegenseitige Kennenlernen soll im Vordergrund stehen, sowohl um eine gute Gruppenatmosphäre herzustellen als auch um Motivation, Vorkenntnisse und Erwartungen der Teilnehmerinnen herauszuarbeiten.

| Zeit (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|----------------|---|-------------------------------------|--------|
| 10 | Persönliche Vorstellung der Kursleiterinnen und kurze Vorstellung des Projektes "Frau und Gesundheit". Überblick über den Stundenverlauf | Vortrag | |
| 20 | Organisatorisches | Informationsgespräch | |
| 10 | Kursregeln (Duzen/Siezen; Umgang mit "Störungen" und Unbehagen; "Blitzlicht" am Ende jeder Sitzung) | Gespräch | |
| 70 | Partnerinnen-Interviews und Vorstellung der Partnerin im Plenum | Partnerinnenarbeit, Plenumsgespräch | |

| | | |
|----|--|------------|
| 15 | P A U S E | |
| 15 | Kurzreferat "Frauen und Gesundheit" | Vortrag |
| 10 | Verteilen des Kursplanes | Gespräch |
| 5 | Feed-back | Blitzlicht |

2. Was ist Gesundheit?/ Modelle der Gesundheitsförderung

Ziele: Die Teilnehmerinnen sollen ihren (subjektiven) Gesundheitsbegriff erarbeiten und reflektieren sowie gängige Definitionen und die zugrundeliegenden Konzepte kennenlernen. Auf dem Hintergrund der Diskussion von Modellen der Prävention und Gesundheitsförderung werden die eigenen Kursangebote überprüft und eingeschätzt. Zu diesem Zweck sollen die Teilnehmerinnen auch ermutigt werden, körperbezogene Übungen, mit denen sie arbeiten, vorzustellen und zu kommentieren.

Zeit

| (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|----------|--|---|------------------------|
| 10 | Warming-up Reflexion über das Ziel der Übung | Teilnehmerinnen-Demonstration, Gespräch | |
| 10 | Kennenlernübung | Übung | |
| 10 | Organisatorisches Rückmeldung zur Fortbildungsplanung | Gespräch | |
| 10 | Erarbeitung des subjektiven Gesundheitsbegriffs | Einzelarbeit | |
| 20 15 | Diskussion in der Kleingruppe und Präsentation der Ergebnisse im Plenum | Gruppenarbeit, Plenumsdiskussion | Fragen, Wandzeitung |
| 10 | Vorstellung verschiedener Gesundheitsdefinitionen, Diskussion | Gespräch | Folien |
| 15 | P A U S E | | |

| | | | |
|----|--|----------------------------|-----------------|
| 15 | Präventionsmodelle und Gesundheitsförderung | Impulsreferat | |
| 30 | Reflexion der Prävention bzw. Gesundheitsförderungs- vorstellungen, die den Angeboten der Teilnehmerinnen zugrundeliegen | Diskussion in Kleingruppen | Fragen- katalog |
| 5 | Feed-back | Blitzlicht | |

3. Weibliche Sozialisation und Gesundheit

Ziele: Die Teilnehmerinnen sollen sich über ihre eigenen geschlechtsspezifischen Prägungen bewußt werden, Forschungsergebnisse zur geschlechtsspezifischen Sozialisation kennenlernen und über die gesundheitlichen Auswirkungen frauenspezifischer Sozialisation reflektieren.

| Zeit (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|----------------|---|--|--------|
| 15 | Warming-up Reflexion über das Ziel der Übung | Teilnehmerinnen-Demonstration, Gespräch | |
| 15 | Kennenlernübung | Übung | |
| 5 | Konzentrationsübung | Übung | |
| 5 | Einstimmung ins Thema | Lesung | Text |
| | Biografische Übung zum Thema "Mädchensozialisation" | | |
| 10 | Phantasiereise in die Kindheit | Übung/Einzelarbeit | Text |
| 45 | Diskussion in der Kleingruppe | Kleingruppenarbeit | |
| 15 | P A U S E | | |
| 15 | Fortsetzung: Diskussion im Plenum | Gespräch | |

| | | | |
|----|------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| 25 | Sozialisation und Gesundheit | Impuls- referat, Diskussion | Thesen- papier |
| 5 | Feed-back | Blitzlicht | |

4. Lebensbedingungen und Gesundheitshandeln von Frauen

Ziele: Die Teilnehmerinnen sollen den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen von Frauen und Gesundheitshandeln erkennen.

| Zeit (Min.) | Inhalt | Methoden | Medien |
|----------------|---|-----------------------------|-------------------------|
| 15 | Einführung ins Thema "Ambivalenzen des Lebenszusammenhangs von Frauen und gesundheitliche Auswirkungen" | Impulsreferat | Folien Comic |
| 60 | Erarbeitung und Diskussion des Themas anhand ausgewählter Kurztexte und strukturierender Fragen | Kleingruppenarbeit | Texte, Fragenkatalog |
| 15 | P A U S E | | |
| 45 | "Frauen-Bilder" Wirklichkeit und Ideologie | Übung, Plenumsdiskussion | Fotos |
| 5 | Feed-back | Blitzlicht | |

 5. Übungen zur Selbstbehauptung

Ziele: Reflexion über Selbstvertrauen und Selbstbehauptung von Frauen. Stabilisierung von Selbstsicherheit. Erweiterung des Methodenrepertoires für die Kurspraxis.

| Zeit (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|----------------|---|---|-------------|
| 15 | Kennenlernübungen | Übung | |
| 10 | Grundsätze der humanistischen Psychologie und klientenzentrierten Gesprächstherapie als Grundlage der präsentierten Übungen | Vortrag | Wandzeitung |
| 20 | Brainstorming zum Thema "Selbstsichere Frau" - "Selbstsicherer Mann"/ "Selbstunsichere Frau" - "Selbstunsicherer Mann" | Gespräch | Wandzeitung |
| 45 | Reflexion: "Welches unsichere Verhalten wurde in meiner Kindheit gefördert?" Einübung einer pantomimischen Präsentation. | Kleingruppenarbeit Pantomime | |
| 30 | Auswertung der Kleingruppenarbeit | Darstellung der Teilnehmerinnen im Plenum | |
| 30 | P A U S E | | |
| 10 | Selbstreflexion: Handlungsalternativen in Situatio- | Einzelarbeit | |

nen, die Selbstunsicherheit auslösen

| | | | |
|----|--|---------------|-------|
| 15 | Körperausdruck und Befinden: Selbstunsicherheit, Aggressivität, Selbstsicherheit | Körperübungen | |
| 15 | Erfahrungsaustausch zum Vorangegangenen | Gespräch | |
| 10 | Feed-back | Blitzlicht | |
| 10 | Meditativer Ausklang | Übung | Musik |

 6. Lebensgeschichte und Gesundheit

Ziele: Gesundheit und Krankheit sollen als verschiedene Bewältigungsformen von Belastungen, auch im eigenen Leben, erkannt werden. Frauenspezifische Belastungen und Symptome sollen in Verbindung gebracht werden.

| Zeit (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|----------------|--|--------------------|------------------------------|
| 10 | Einführung "Lebenssituation und Gesundheit", "Psychosomatik" | Impulsreferat | |
| | Biografische Übung zum Thema "Lebensgeschichte und Gesundheit/Krankheit" | Übung | Text |
| 20 | Phantasiereise und Beantwortung vorgegebener Fragen | Einzelarbeit | Arbeitspapier, Fragenkatalog |
| 60 | Austausch des Erinnerten, Diskussion und Dokumentation der Ergebnisse des Fragenkatalogs | Kleingruppenarbeit | Wandzeitung |
| 15 | P A U S E | | |
| 20 | Strukturierte Präsentation der Ergebnisse im Plenum | Plenumsdiskussion | |
| 20 | Entspannungsübungen | Übung | |
| 5 | Feed-back | Blitzlicht | |

 7. Gesundheitsförderndes Handeln

Ziele: Die Teilnehmerinnen sollen Ansätze zum gesundheitsfördernden Handeln für ihren eigenen Lebensalltag und zur Vermittlung in der Gesundheitsbildungsarbeit kennenlernen, erleben und bewerten

Zeit

| (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|--------|--|---------------------|-----------------------------|
| 20 | Was macht Frauen gesund? - Analyse -; Gesundheitsförderndes Handeln | Impulsreferat | Folien |
| 10 | "Sich etwas Gutes tun" | Übung, Einzelarbeit | Arbeitspapiere |
| 50 | Schritte zur Realisierung von Bedürfnissen: Sich ernstnehmen, Strategien und Planung, Durchsetzung | Gruppenarbeit | Wandzeitung Fallbeispiel |
| 15 | P A U S E | | |
| 30 | Diskussion der Gruppenergebnisse | Plenumsgespräch | |
| 20 | Körperübungen | Übung | |
| 5 | Feed-back | Blitzlicht | |

8. Eßstörungen

Ziele: Eßstörungen sollen als Ausdruck frauenspezifischer Konflikte erkannt werden; Ursachen und Formen sowie feministische Beratungs- und Therapieansätze sollen verdeutlicht werden.

| Zeit (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|----------------|--|--------------------|--------|
| 60 | Vortrag einer Psychologin einer feministischen Beratungseinrichtung zum Thema: "Symptome, Ursachen und Behandlungsformen von Eßstörungen bei Frauen" | Expertinnenvortrag | |
| 15 | Erfahrungsbericht einer Betroffenen | Bericht | |
| 30 | Diskussion: "Eßstörungen - ein Problem für alle Frauen?" | Gespräch | |
| 10 | Feed-back | Blitzlicht | |

 9. Körperwahrnehmung (mit Bezug auf das Thema "Eßstörungen")

Ziele: Die Teilnehmerinnen sollen für die Wahrnehmung ihres eigenen Körpers sensibilisiert werden und Übungen zur Vermittlung in der Gesundheitsbildungsarbeit kennenlernen. Die subjektive und gesellschaftliche Bedeutung von "Schlank sein" - "Dick sein" soll reflektiert werden.

| Zeit (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|----------------|--|---|-------------------------------------|
| 20 | Entspannung und Körperwahrnehmung, geleitet durch eine Phantasiereise | Körper- übung | |
| 30 | Ausdruck des Körpererlebens in einem Körperbild | Malen | Malvorla- ge, Körper- bild |
| 40 | Austausch über die Erfahrungen | Kleingrup- penarbeit | |
| 15 | P A U S E | | |
| 15 | Weiteres Gestalten des gefertigten Körperbildes | Schneiden, Malen und andere Krea- tivtechniken | Zeichen- papier |
| 30 | Vorstellung des eigenen Körperbildes im Plenum | Gespräch | |
| 25 | Kontaktaufnahme und Austausch über Selbst- und Fremdwahrnehmung des Körperbildes | Bewegung, Kontakt, Gespräch | |

| | | |
|----|--|---------------------|
| 35 | Phantasiereise zum Thema "Schlank sein" - "Dick sein | Phantasie- reise |
| 25 | Erfahrungsaustausch und Problemdiskussion zur Übung | Gespräch |
| 10 | Feed-back | Blitzlicht |

 10. Arzt-Patientinnen-Beziehung.

 Medikalisierung von Frauen

Ziele: Die Teilnehmerinnen sollen Informationen über die Asymmetrien im Arzt-Patientinnen-Verhältnis erhalten und ihre eigenen Erwartungen und Verhaltensmuster als Patientin reflektieren. Möglichkeiten, auf das Diagnose- und Therapieverhalten von Ärzten Einfluß zu nehmen, sollen erörtert werden. Psychopharmaka-Verschreibungen an Frauen sollen problematisiert und zugleich als Beispiel medizinischer Gefährdungen von Frauen erkannt werden.

| Zeit (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|----------------|---|---|---|
| 10 | Einführung in die Thematik durch eine Ärztin | Experten-vortrag | |
| 30 | "Sprechstunde". Erarbeitung eines Rollenspiels zur Arzt-Patientinnen-Interaktion | Kleingruppenarbeit | Arbeitsblatt mit Vorgaben zur "Patientin" |
| 40 | Präsentation der Rollenspiele und Diskussion exemplarischer Situationen und Probleme mit der Ärztin | Teilnehmerinnen-Demonstration, Gespräch | |
| 30 | Psychopharmakakonsum von Frauen | Information | Film |
| 15 | Diskussion des Films mit der Ärztin | Plenums-gespräch | |
| 5 | Feed-back | Blitzlicht | |

 11. Elemente der Gesundheitsförderung:

 Körperwahrnehmung, Selbstbehauptung und Konfliktbewältigung

Ziele: Schulung der Wahrnehmung und der Sinne; Bewußtwerden emotionaler psychischer und physischer Reaktionen im menschlichen Kontakt; Wahrnehmung von Distanz und Nähe und Selbstverortung im Kontakt zu anderen; Wahrnehmung des eigenen Körperbildes in Selbst- und Fremddarstellung; Auseinandersetzung mit dem Bild von sich selbst (Körper, soziale Rolle etc.); Einschätzen von konfliktauslösenden Körperübungen im eigenen Erleben und im Umgang mit Teilnehmerinnen; Erkennen der sehr unterschiedlichen subjektiven Bedeutung von Körper- und Bewegungsübungen und ihren Einsatz in körperorientierten Übungslehrgängen; Anregungen zum methodisch-didaktischen Einsatz von Gestaltübungen in Übungslehrgängen zur ganzheitlichen Gesundheit.

| Zeit (Min.) | Inhalte | Methoden | Medien |
|--------------------|---|---------------------|--------|
| (Freitag abend) | | | |
| 20 | Einführung in die gestalttherapeutische Arbeit | Vortrag Gespräch | |
| 45 | Vorstellungsrunde, Klärung der Erwartungen | Gespräch | |
| 20 | Ankommen und Konzentration | Übung | |
| 40 | Wahrnehmung von Körper und Gefühlen, Sensibilisierung der Sinne | Übung | |
| 30 | Kontaktaufnahme: Selbst- und Fremdwahrnehmung | Partnerinnen-Übung | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|-----------------------|
| 15 | Austausch der Erfahrungen | Plenumsge- gespräch | |
| 15 | Entspannen und Bewegen | Körperübung | |
| (Samstag vormittag) | | | |
| 20 | Aufwärmen, Auflockerung | Körperübung | |
| 40 | Körper und Bewegung im Spiegelbild | Partnerin- nen-Übung | |
| 40 | Selbstbild-Fremdbild | Phantasie- reise | |
| 40 | Austausch der Erfahrungen | Partnerin- nen-/Ple- numsgespräch | |
| (Samstag nachmittag, Gruppe 1) | | | |
| 150 | Fortsetzung der Arbeit zum Thema Selbstbild/ Fremdbild | Einzelarbeit in der Grup- pe | |
| (Samstag nachmittag, Gruppe 2) | | | |
| 30 | Selbstbehauptung und Um- gang mit Aggressionen | Übung | |
| 20 | Auswertung der Erfahrungen | Gespräch | |
| 80 | Konfliktstrategien | Rollenspiel | Wand- zei- tung |
| (Samstag abend, Gruppe 1) | | | |
| 90 | Ausklingende Einzelarbeit | Gespräch Übungen | |

(Samstag
abend,
Gruppe 2)

| | | |
|----|--|----------|
| 90 | Auswertung zum Thema "Konfliktstrategien" | Gespräch |
|----|--|----------|

(Sonntag
vormittag)

| | | | |
|----|---|----------------------|-------|
| 90 | Körperwahrnehmung | Körperübung | Musik |
| 70 | Reflexion über die Einsetz- barkeit der durchgeführten Übungen in der Kurspraxis der Teilnehmerinnen | Plenumsge- spräch | |
| 20 | Feed-back | Blitzlicht | |

4.4 Evaluation

Wenn wir im folgenden eine Auswertung der Fortbildung vornehmen, so beziehen wir uns auf verschiedene Evaluationsinstrumentarien.

Aussagen über die didaktisch-methodische Aufbereitung der Inhalte, den Erfahrungs- und Kenntniszuwachs der Teilnehmerinnen im Sinne der Fortbildungsintentionen sowie hinsichtlich des Sozialklimas und der Dynamik des Gruppenprozesses lassen sich gewinnen:

- durch die feed-backs, die die Teilnehmerinnen am Ende jeder Sitzung gaben sowie
- aufgrund von Gedächtnisprotokollen, die wir als Teamerinnen im Anschluß an jede Fortbildungseinheit anfertigten.

Neben diesen mehr prozeßbezogenen Instrumentarien können wir das Abschlußgespräch in der letzten Sitzung und die Ergebnisse der halbstandardisierten Evaluationsbögen (die leider nur von 15 Teilnehmerinnen vorliegen) heranziehen, um den Fortbildungserfolg, wie er sich in der subjektiven Einschätzung der Teilnehmerinnen darstellt, zu messen. Inwieweit die Fortbildung den Zielen der "Abnehmerinstitution", der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport von Nutzen war, haben wir in einem Auswertungsgespräch mit einer Institutionsvertreterin ermittelt; diese Expertin hatte selbst an der Fortbildung teilgenommen und daher detaillierten Einblick.

Vornweg möchten wir die Bemerkung schicken, daß das Sozialklima in der Fortbildungsgruppe außerordentlich herzlich, offen und von gegenseitigem Interesse der Teilnehmerinnen geprägt war. Die Kontinuität der Teilnahme war ebenfalls erstaunlich, die Gruppe war fast immer vollständig anwesend, keine Teilnehmerin hat die Fortbildung abgebrochen.

4.4.1 Qualitative Auswertung

Unsere konzeptionellen Überlegungen, bei der Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse den identitätsbildenden Aspekt besonders zu berücksichtigen, sind in der Fortbildung bestätigt worden.

Es waren insbesondere die verschiedenen Übungssequenzen, die die Teilnehmerinnen als sehr erhellend, erfahrungs- und lernintensiv empfanden. Bereits während der Einzelveranstaltungen ließ sich diese Wirkung in den lebhaften Kleingruppen- und Plenumsdiskussionen beobachten; sie wurde im feed-back bestätigt und auch in den Evaluationsbögen besonders herausgestrichen.

Als "Übungssequenzen" bezeichnen wir alle Fortbildungselemente, die eine Selbsttätigkeit der Teilnehmerinnen ermöglichen und zum Teil ungewöhnliche Formen der Auseinandersetzung mit komplexen Wissensbeständen darstellten. Als Beispiel sei das Rollenspiel "Sprechstunde" genannt: In den Diskussionen über verschiedene Inszenierungen konnte herausgearbeitet werden, in welchen Erwartungen die Frauen befangen sind und welches ärztliche Verhalten wünschenswert ist. Es wurde beispielsweise deutlich, daß die Vorstellung einer "optimalen Ärztin", wie sie eine Frauengruppe in ihrem Rollenspiel zur Darstellung gebracht hatte, immer noch im hierarchischen Denken befangen war: Die Ärztin blieb einseitig Autorität, auch wenn sie in diesem Fall "gute" Ratschläge gab. Erfahrungen mit guten und schlechten Ärzten brachten alle Teilnehmerinnen mit; Kritik auf den Punkt zu bringen und eigene Erwartungen zu klären, auch die eigene Rolle als Patientin und die eigenen Einflußmöglichkeiten in einer "Sprechstunde" zu überdenken, das war die Leistung des Rollenspiels, an die mit der nachfolgenden Präsentation von Forschungsergebnissen und eines Films angeknüpft werden konnte.

Viele der Übungen boten sowohl Raum zur individuellen Reflexion, dann aber auch zum Austausch, zur kommunikativen Verständigung und befriedigten damit vorhandene Orientie-

rungsbedürfnisse. Dabei kam insbesondere bei den thematischen Einheiten "Sozialisation/Lebensbedingungen und Gesundheit von Frauen" sowie "Lebensgeschichte und Gesundheit" die generationsübergreifende Zusammensetzung der Gruppe stützend zum Tragen: Die teilnehmenden Frauen wiesen in der überwiegenden Mehrheit recht bewegte, zum Teil auch brüchige Biografien auf, die sie gelungen und, soweit wir das sagen können, glücklich verarbeitet hatten. Insbesondere repräsentieren die teilnehmenden Frauen die ermutigende Erfahrung, daß aus den verschiedensten, auch eingefahrenen Lebenssituationen bis ins mittlere Lebensalter hinein Aufbrüche und Abweichungen von der "Normalbiografie" möglich sind.

Daß sich systematischer Kenntniserwerb und die Aktivierung von Wissens- und Erfahrungspotentialen der Teilnehmerinnen zu gelungenen Lernprozessen zusammenfügen, zeigen Kommentare der Evaluationsbögen, aus denen wir hier Anmerkungen zur Frage nach dem Kenntniserwerb zitieren (die Ergebnisse der Evaluationsbögen finden sich summarisch in den Tabellen 1 und 2 unter 4.4.2).

"Besonders durch die Zusammensetzung des Kurses (verschiedene Altersklassen) habe ich viel über die Lebensbedingungen von Frauen erfahren". - "Einiges, was ich 'irgendwie'schon wußte, bekam ich durch fundierte Aussagen bestätigt und durch den Austausch in der Gruppe belegt. Neue Sichtweisen bekam ich z. B. bezogen auf die Eßstörungen." - "Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und Gesundheit wurde sehr gut deutlich." - "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".

Neben den Rollenspielen, der Kleingruppenarbeit und den biografischen Übungen wurden die Körper- und Bewegungsübungen zu den Themen "Selbstsicherheit/Selbstbehauptung", "Körperwahrnehmung" und "Konfliktbewältigung" von den Teilnehmerinnen größtenteils sehr geschätzt. Den Selbsterfahrungseffekt emp-

fanden die meisten als wohltuend; aber auch eine Umsetzung in die eigene Kursarbeit konnten sich einige Teilnehmerinnen vorstellen. Nebenbei sei bemerkt, daß die zeitlich herausgehobene Stellung der körperbezogenen Arbeit (an Samstagen bzw. am Wochenende) für eine konzentrierte Atmosphäre sorgte und sich der Einsatz von den Teilnehmerinnen unbekanntem Teamerinnen durchaus bewährt hat, da diese durch ihren individuellen Arbeitsstil neue Anregungen einbrachten, die den etwas störenden Effekt der anfänglichen Fremdheit kompensierten.

Bei der Konzeptionierung der Fortbildung war uns klar, daß das begrenzte Zeitvolumen eine Beschränkung der Arbeitsschwerpunkte erforderte. Vor diesem Hintergrund entschieden wir uns für einen starken persönlichkeitsbildenden Bezug, der neben anderen, direkt "praktisch" verwertbaren Bestandteilen, auf eher indirekte Weise die berufliche Kompetenz im Sinne der Gesundheitsförderung verbessern sollte.

Diesen Kompetenzzuwachs sehen wir darin, daß die Teilnehmerinnen neben konkreten Kenntnissen und psycho-sozialen Beratungsfähigkeiten ein Reflexions- und Gestaltungsvermögen erworben haben, was ihr berufliches Selbstverständnis, ihre berufliche Rolle als Kurs- und Übungsleiterin und die mögliche, auch gesundheitliche Problematik ihrer Kursteilnehmerinnen anbelangt. Vieles konnte nur angerissen werden; die Fortbildung hat aber Grundlagen gelegt und Wege eröffnet, auf denen jede Teilnehmerin ihre Interessen weiter verfolgen kann.

Gleichwohl schlug sich das Ungleichgewicht zwischen unmittelbaren persönlichen und zum Teil nur mittelbaren beruflichen Effekten der Fortbildung innerhalb der Fortbildungsveranstaltungen und in den Bewertungen in den Evaluationsbögen nieder. Während der Einzelveranstaltungen brachten einige Teilnehmerinnen den Wunsch zum Ausdruck, mehr "Handfestes" für die berufliche Praxis vermittelt zu bekommen, ein Wunsch, der im Widerspruch stand zu dem Bedürfnis der Mehrheit nach intensiverer Auseinandersetzung mit biografischen, selbsterfahrungsbezogenen Übungen.

In den Evaluationsbögen finden wir auf die Frage, ob die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse für die Teilnehmerin persönlich gut zu nutzen gewesen seien, fast durchgängig zustimmende Antworten. Sie reichten von der Feststellung, man habe Anstöße bekommen, die noch der Vertiefung bedürften, bis hin zu der Einschätzung, daß bestimmte Erkenntnisse bereits zu Veränderungen im Lebensalltag geführt hätten. Insofern kann man eine emanzipatorische Wirkung der Fortbildung feststellen. In vielen Kommentaren wurde ausdrücklich Bezug genommen auf die biografischen Übungen, z. B. so: "Dies sicherlich, da gerade durch den biografischen Ansatz und den Austausch in Kleingruppen mit den anderen Frauen vieles von meiner eigenen Geschichte wieder lebendig und im Zusammenhang besser verstehbar für mich wurde" oder: "Vor allem die praktischen Übungen kann ich für mich persönlich nutzen, einige Aussagen, wie z. B. 'Ich schaff es nicht' statt 'Es ist zuviel an Belastungen' treffen direkt auf mich zu und haben mir klargemacht, daß ich - wie viele andere Frauen auch - mich selbst überfordere".

Auch läßt sich aus einigen Aussagen ablesen, daß Impulse für eine weitere, auch berufliche Beschäftigung mit dem Thema von der Fortbildung ausgegangen sind.

Hinsichtlich der Frage nach der Umsetzbarkeit der Fortbildungsinhalte in die berufliche Praxis formulierten 7 Teilnehmerinnen, daß sie ein Hintergrundwissen erlangt hätten, das beispielsweise ihre Beratungskompetenz im weiteren Sinne erhöht oder daß sie eine neue Sicherheit gewonnen hätten, die auch ein anderes Auftreten und "mutigere" Umgangsformen ermöglicht. "Ich bin durch das Seminar sensibler geworden und eher bereit, persönliche Probleme meiner Kursteilnehmer anzusprechen". 4 Teilnehmerinnen konnten sich eine konkrete Umsetzung in das Berufsfeld (z. B. die Körperübungen) vorstellen bzw. die Möglichkeit, die Kursangebote qualitativ zu verändern. Skeptisch blieben 5 Frauen: Einen direkten Einsatz des Erlernten im eigenen Kursangebot konnten sie sich nicht oder zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorstellen.

Die etwas zurückhaltende Einschätzung der "Verwertbarkeit" des Erlernten in der Kurspraxis verwundert allerdings nicht allzusehr: tatsächlich verlangt ein Konzept der Gesundheitsförderung Bewegung und Qualifizierung nicht nur bei den Kursleiterinnen, sondern auch in den Strukturen der Anbietergemeinschaft.

Die institutionellen und konzeptionellen Veränderungen in der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport, die notwendig sind, um die Impulse der Fortbildung wirksam werden zu lassen, waren auch Thema des Auswertungsgesprächs mit einer hauptamtlichen Mitarbeiterin der Arbeitsgemeinschaft. Denn tatsächlich wird von den Kursleiterinnen erwartet, daß sie Beratungsfunktionen wahrnehmen, ohne daß jedoch dafür Honorarmittel bereitstünden, eine Kursleitung im Team, eine Verlängerung des zeitlichen Volumens oder besondere Fortbildung in großem Maßstab bewilligt würden.

Den Effekt der Fortbildung beurteilte die Expertin dahingehend, daß bestimmte Denkprozesse angeregt würden, die für die Kursleiterinnen im Sinne ihrer Beratungsfunktion von Bedeutung sind. Dazu gehören z. B. die Sensibilisierung der Kursleiterinnen für die psychischen Hintergründe von EBStörungen gerade bei Frauen, die Erkenntnisse hinsichtlich der psychosomatischen Medizin und die Anregungen, selbst aktiv Gesprächsimpulse in die Kurse hineinzugeben bzw. von den teilnehmenden Frauen thematisierte Probleme aufzugreifen.

Einige Elemente der Fortbildung, beispielsweise die Einheit zur Arzt-Patientinnen Interaktion, hielt die Vertreterin der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport in bezug auf die Zielgruppe, die Kurs- und Übungsleiterinnen, für nicht sehr relevant. Aufbauend auf unsere Fortbildung, die sie als wichtige und unverzichtbare Grundlage begreift, könnte sie sich einen weiteren Baustein vorstellen, der die berufliche Verwertbarkeit explizit in den Vordergrund stellt. Zu diesem Zwecke regte die Expertin eine gemeinsame Fortbildungsplanung zwischen dem Projekt und der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport an.

Bevor wir im nächsten Unterkapitel die Beurteilung der Fortbildung aus Sicht der Teilnehmerinnen summarisch dokumentieren, wollen wir noch Kritik und Anregungen der Teilnehmerinnen darstellen, zu denen wir diese mit der Frage, ob bei einer erneuten Durchführung der Fortbildung etwas zu verändern sei, provoziert hatten.

Am stärksten war der Wunsch, die Gruppengröße zu reduzieren, auch wurde mehrmals geäußert, daß mehr Zeit zur Verfügung stehen solle. In der Frage der "strafferen" und "konsequenteren" Einhaltung des geplanten zeitlichen Rahmens verliefen die Meinungen konträr: es gab sowohl Plädoyers für eine stärkere "Führung" im Seminar als auch solche für größere Zeit- und Inhaltsflexibilität, allerdings überwogen die Bedürfnisse nach klarerer Arbeit "nach Plan", wozu auch wir als Teamerinnen aufgrund der gemachten Erfahrungen neigen.

Weitere Vorschläge waren reine Einzelaussagen, durchaus aber überlegenswert: die beruflichen Erfahrungen der Teilnehmerinnen (also z. B. ihr Repertoire an gymnastischen Übungen, aber auch ihre Beobachtungen in ihren Kursen) sollten noch stärker einbezogen werden; es sollten ruhig mehr "Hausaufgaben" (Texte) mit auf den Weg gegeben werden; ein zweiter Wochenendblock sollte in Erwägung gezogen werden und möglichst früh im Verlauf der Fortbildung stattfinden, um die Intensität der Gruppenerfahrung noch zu steigern. Hinsichtlich der "auswärtigen" Referentinnen sollte insbesondere die Frage, wie sie stärkeren Kontakt zur Gruppe bekommen können, überdacht werden.

Einige Einschätzungen der Teilnehmerinnen können wir nur bestätigen. Auch wir halten eine Reduktion der Fortbildungsgruppe auf max. 15 Teilnehmerinnen für unumgänglich, ebenso wie eine Ausweitung der zur Verfügung stehenden Zeit zur Diskussion und Verarbeitung der Themen. Sinnvoll wäre es, jede abendliche Fortbildungseinheit auf 4 Zeitstunden auszuweiten.

Auch ist es denkbar, daß schon in die Vorbereitungs- und Planungsphase einer solchen Fortbildung die künftigen TeilnehmerInnen einbezogen werden, um so ihre Kompetenzen gezielt in die Programmgestaltung aufzunehmen und (berufliche) Probleme zu erheben. Auf diese Weise könnte die Zielgruppenspezifität noch erhöht werden. Je nach Belastbarkeit der Fortbildungsgruppe erscheint es uns auch sinnvoll, Aneignungsphasen (in Form der Lektüre bestimmter Texte zwischen den Sitzungen) stärker aus der Fortbildungszeit auszulagern.

4.4.2 Quantitative Auswertung

Im folgenden dokumentieren wir die Auswertung der Evaluationsbögen, aber nur im Hinblick auf die standardisierten Anteile. Die qualitativen Elemente, die Kommentare, um die die TeilnehmerInnen bei jeder Frage gebeten wurden, sind auszugsweise unter 4.4.1 wiedergegeben und werden hier nicht gesondert aufgeführt.

Der Evaluationsbogen umfaßte 7 Fragen, davon bezogen sich 4 Fragen auf den Lernerfolg, die Verwertbarkeit der gewonnenen Erfahrungen und Kenntnisse und die Gestaltung des Seminars. 2 Fragen bezogen sich auf das Sozialklima in der Fortbildungsgruppe und in einer letzten Frage wurden Veränderungswünsche abgefragt. Die TeilnehmerInnen sollten zu jeder Frage Noten vergeben, wobei die Bewertungsskala von 1 "trifft vollkommen zu" bis 7 "trifft überhaupt nicht zu" reichte. Zusätzlich waren die TeilnehmerInnen aufgefordert, zu jeder Frage einen Kommentar zu formulieren, in dem sie ihre Einschätzungen genauer erläuterten.

Für die Auswertung der Evaluationsbögen haben wir zunächst die jeweiligen Mittelwerte (Median) der Benotungen errechnet. Für die Bewertungsskala haben wir Kategorien festgelegt, in der Form, daß die Benotung 1 - 3 als Zustimmung, die Benotung 4 als neutral und die Benotung 5 - 7 als Ablehnung definiert wurde.

Insgesamt kann festgestellt werden, daß in bezug auf alle Fragen eine positive Rückmeldung formuliert wurde, zustimmend geantwortet wurde, bis auf die letzte Frage, die ein neutrales Ergebnis erbrachte. Die Einzelergebnisse sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 1: Bewertung der Fortbildung durch die Teilnehmerinnen
(Aussagen nach Mittelwerten)

| Frage | Median | Kategorie |
|--|--------|-------------------------------|
| 1. <u>Neue Kenntnisse erworben</u> In dem Seminar habe ich neue Erkenntnisse zu dem Zusammenhang "Lebensbedingungen und Gesundheit von Frauen" gewonnen | 2,833 | trifft zu |
| 2. <u>Erkenntnisse persönlich verwertbar</u> Ich kann die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse für mich persönlich gut nutzen. | 2,366 | trifft zu |
| 3. <u>Erkenntnisse beruflich umsetzbar</u> Ich kann die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse gut in meine berufliche Praxis umsetzen. | 3,266 | trifft zu/ Tendenz neutral |
| 4. <u>Verteilung Theorie/Praxis gelungen</u> Die Verteilung und Darstellungsweise von theoretischer und praktischer Vermittlung hat mir gefallen. | 3,066 | trifft zu |
| 5. <u>Aktive Beteiligung</u> In diesem Kurs habe ich mich aktiv beteiligt. | 2,633 | trifft zu |
| 6. <u>In Gruppe wohl gefühlt</u> Ich fühle mich in der Gruppe wohl | 1,866 | trifft zu |
| 7. <u>Keine Veränderung bei Wiederholung</u> An diesem Seminar braucht bei einer Wiederholung nichts geändert zu werden. (nur 13 "Benotungen") | 4 | neutral |
| Kategorien: 1-3 = Zustimmung (trifft zu); 4 = neutral; 5-7 = Ablehnung (trifft nicht zu) | | |

Stellt man nun anhand der Mittelwerte eine Rangfolge der positiven Rückmeldungen auf, so erhielt die Frage, ob sich die Frauen in der Gruppe wohlgeföhlt haben, die größte Zustimmung. Einen hohen Zustimmungsgrad erreichte außerdem die Frage, ob die gewonnenen Erkenntnisse persönlich verwertbar seien. Mit der eigenen aktiven Beteiligung und dem Erkenntnisgewinn in bezug auf den Zusammenhang von Lebensbedingungen und Gesundheit von Frauen sind die Teilnehmerinnen ebenfalls in einem hohen Grad zufrieden. Auch die Verteilung von Theorie und Praxis im Seminar wird weitgehend positiv beschieden, die Frage, ob die gewonnenen Erkenntnisse beruflich umsetzbar seien, neigt etwas einer neutralen Beurteilung zu. Auch in bezug auf die Fragestellung, ob bei einer Wiederholung der Fortbildung Änderungen vorzunehmen seien, sind die Teilnehmerinnen weitgehend unentschieden, was nicht weiter verwundert, da sie im Kommentar aufgefordert worden waren, eigene Verbesserungsvorschläge zu formulieren.

Bündelt man nun die Bewertungen nach Trends, wobei wiederum die Noten 1 - 3 als Zustimmung, die Note 4 als neutral und die Noten 5 - 7 als Ablehnung kategorisiert werden, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 2: Bewertung der Fortbildung durch die Teilnehmerinnen
(Zusammenfassung nach Trends)

| Frage | Zustimmung 1-3 | neutral 4 | Ablehnung 5-7 |
|--|----------------|-----------|---------------|
| 1. Neue Kenntnisse erworben | 9 | 6 | - |
| 2. Erkenntnisse persönlich verwertbar | 12 | 1 | 2 |
| 3. Erkenntnisse beruflich umsetzbar | 10 | 1 | 4 |
| 4. Verteilung Theorie/Praxis gelungen | 8 | 5 | 2 |
| 5. Aktive Beteiligung | 12 | 3 | - |
| 6. In Gruppe wohl gefühlt | 13 | 2 | - |
| 7. Keine Veränderung bei Wiederholung (nur 13 "Benotungen") | 5 | 4 | 4 |

Auch aus der Zusammenfassung nach Trends geht hervor, daß das Sozialklima der Gruppe widerspruchsfrei positiv bewertet wurde, ebenso wie die eigene aktive Beteiligung. Hohe Zustimmung fanden ebenfalls die Fragen, ob neue Kenntnisse erworben worden seien und diese Erkenntnisse persönlich verwertbar seien. Etwas stärkere Ambivalenzen herrschen hinsichtlich der Frage, ob die Erkenntnisse beruflich umsetzbar seien und ob in der Seminargestaltung die Verteilung von Theorie und Praxis gelungen war. Die Einschätzungen, ob bei einer Wiederholung des Seminars Veränderungen nötig seien, streuen breit.

5. Fazit und Perspektiven

Eine unserer Ausgangsüberlegungen bei der Konzeptionierung der Fortbildung war, daß das Thema "Gesundheit und Gesundheitsförderung" in der Bildungsarbeit nicht nur abstrakt, sozusagen als "technisches Wissen" vermittelt werden sollte. Die aufklärerische Intention bleibt auf halber Strecke stehen, wenn eine Reflexion über persönliche, lebensgeschichtlich bedeutsame Erfahrungen, über eigene Normen und Verhaltensmuster im Umgang mit Gesundheit und Krankheit unterbleibt. Um den in modernen Gesellschaften weitgehend entfremdeten Umgang mit dem eigenen Körper bewußt zu machen und die Abspaltung von Prozessen der Gesundheit und Krankheit von der persönlichen Geschichte und den Lebensbedingungen zu reintegrieren und alternative Handlungen zu ermöglichen, sind biografische, selbsterfahrungsorientierte und körperbezogene Methoden neben einer systematischen Kenntniserweiterung unverzichtbar. Auch die Motivation der an der Fortbildung teilnehmenden Multiplikatorinnen, im Sinne eines Konzeptes der Gesundheitsförderung ihre Angebote zu gestalten, so unsere Hypothese, wird durch die eigene Erfahrung und Identifikation mit einem solchen Ansatz gesteigert.

Diese Annahmen sind in der Fortbildung voll bestätigt worden. Eines der beeindruckendsten Ergebnisse ist, daß die Teilnehmerinnen eine weitere Zusammenarbeit zum Thema Gesundheitsförderung für Frauen in Form einer Arbeitsgruppe wünschten, und auch noch im Sommer 1991 damit begannen. Neben der Intention, eigene Kompetenzen auszutauschen, sollen von diesem Zusammenschluß auch Impulse auf die Programmgestaltung der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport ausgehen.

In das Programmangebot der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport sind für den Winter 1991/92 tatsächlich neuartige Kurse aufgenommen worden - eine Entwicklung, die wir uns sicher nicht allein auf die Fahnen schreiben können, die aber durch unsere Fortbildung beschleunigt worden ist. So sind jetzt einige kombinierte Gesprächs- und Bewegungsangebote im Programm und eine Teilnehmerin unserer Fortbildung, eine Zielgrei-Lehrerin, schult nun selbst andere Kurs- und

Übungsleiterinnen der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport in dieser Technik, da innerhalb des intensiven Kommunikationszusammenhangs unserer Fortbildung viele der Teilnehmerinnen neugierig und interessiert wurden. Darüber hinaus steht das Projekt in weiterem Kontakt mit der Koordinatorin der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Sport und mit den ehemaligen Fortbildungs-Teilnehmerinnen; innerhalb dieses Netzwerkes sind weitere Kooperationen zum Zwecke der Fortbildung im Bereich Gesundheitsförderung geplant.

Nicht zuletzt sollen die persönlichen Aufbrüche der Teilnehmerinnen benannt werden: wie schon zitiert, gab eine Reihe Frauen an, aufgrund der Fortbildung etwas in ihrem Alltag verändert zu haben. Dazu gehört auch, daß mehrere Frauen sich intensiv um einen beruflichen Wiedereinstieg bemühen, eine neue Ausbildung machen oder ein Frauenstudium an der Universität Dortmund aufnehmen. Offensichtlich ist unsere Fortbildung von den Teilnehmerinnen auch als eine Chance zur beruflichen Orientierung begriffen und genutzt worden, die sie, da sie aufgrund ihrer Tätigkeit als Kurs- und Übungsleiterin bereits über Berufsnähe verfügen, relativ schnell in konkrete Schritte umsetzen können.

Innerhalb eines bildungspolitischen und erwachsenpädagogischen Zusammenhangs, der auf die Bildungs- und Qualifizierungsarbeit mit Frauen gerichtet ist, hat sich die berufsbegleitende bzw. berufsbezogene Fortbildung des Bereiches Frauenstudien/Frauenforschung der Universität Gesamthochschule Essen als ein neuer, erfolgreicher Baustein des Frauenstudienangebotes erwiesen.

Literatur

- X BECKER-SCHMIDT, Regina/ KNAPP, Gudrun-Axeli: Geschlechtertrennung - Geschlechterdifferenz. Suchbewegung sozialen Lernens. Bonn 1987
- X BÖHM, Nicola: Frauen - Das kranke Geschlecht? In: Rommel-spacher, Birgit (Hrsg.): Weibliche Beziehungsmuster. Frankfurt/M./New York 1987, S. 71 - 101
- BRUCHHAGEN, Verena (Hrsg.): Frauenstudien. Konzepte Modelle und Praxis wissenschaftlicher Weiterbildung. Weinheim/München 1989
- CREMER, Christa/ BADER, Christine/ DUDECK, Anne (Hrsg.): Frauen in sozialer Arbeit. Zur Theorie und Praxis feministischer Bildungs- und Sozialarbeit. Weinheim/München 1990
- ELSNER, Gine: Arbeit, die krank macht. In: Frauen und Gesundheit. Thema Körper und Psyche, hrsg. von der Redaktion "Psychologie heute". Weinheim/Basel 1989, S. 169 - 184
- | DACHVERBAND DER SELBSTVERWALTETEN FRAUENGESUNDHEITS-PROJEKTE
 6 (Hrsg.): Auf dem Weg. Kongreß der Frauengesundheitsprojekte Berlin 1985. Berichte und Protokolle. Berlin 1987. zitiert als DACHVERBAND
- EHRENREICH, Barbara, ENGLISH, Deidre: Hexen, Hebammen und Krankenschwestern. München 1975
- X ERNST, Andrea/FÜLLER, Ingrid. Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. Köln 1988
- FISCHER-HOMBERGER, Esther: Krankheit Frau. Darmstadt/Neuwied 1984
- X FRANZKOWIAK, Peter/WENZEL, Eberhard: Risikoverhalten und Gesundheitsförderung. Überlegungen zu einem neuen Ansatz für Gesundheitserziehung/ -forschung und Politik. In: Intern. Journal für Gesundheitserziehung 1/1982, S. 30 - 39

GRUNOW-LUTTER, Vera: Krankheiten und Beschwerden in den Haushalten der Bundesrepublik. Teil 1 und 2. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft (MMG) 9 (1984), S. 208 - 216 und (MMG) 4 (1984), S. 272 - 279

GUDJONS, Herbert/ PIEPER, Marianne/WAGENER, Birgit: Auf meinen Spuren. Das Entdecken der eigenen Lebensgeschichte. Reinbek 1986

HORN, Klaus: Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten. In: Europäische Monografien zur Forschung in Gesundheitserziehung. Bd. 5, Köln 1983

HURRELMANN, Klaus: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim/München 1988

JANSEN, Birgit: Geschlechterverhältnisse: Krankheit und Gesundheit. IAG Frauenforschung der Gesamthochschule Kassel 1988

JUNGK, Sabine/SCHULZ, Elke/STAHR, Ingeborg: Frauenstudien - Weiterbildungskonzeption für Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen. In: Stahr, Ingeborg/Jungk, Sabine/Schulz, Elke (Hrsg.): Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim 1991

KEUPP, Heiner: Depression bei Frauen - im Kontext der sozialepidemiologischen Forschung. In: Argument - Sonderband 107, Berlin 1983, S. 131 - 141

KICKBUSCH, Ilona: Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie. Überlegungen zur Depression bei Frauen. In: Argument-Sonderband 77. Berlin 1983, S. 135 - 149

DIES: Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung. In: Intern. Journal für Gesundheits-

erziehung, Suppl. für Vol. XXIV, Nr. 4, Okt. - Dez. 1981,
S. 1 - 16 *→ WHO - Diätetische Strategie*

NUBER, Ursula: Vorwort. In: Redaktion "Psychologie heute",
a.a.O., S. 7-10

PROJEKT: GESUNDHEITSHANDELN UND LEBENSWEISEN VON FRAUEN *X*
(HRSG.): Frauen und Gesundheit in Bremen. Bremen. Im Sep-
tember 1989. Zitiert als PROJEKT: GESUNDHEITSHANDELN

REDAKTION "PSYCHOLOGIE HEUTE" (Hrsg.): Frauen und Gesundheit.
Thema: Körper und Psyche. Weinheim/Basel 1989

RODENSTEIN, Marianne: Somatische Kultur und Gebärpolitik. *X!!*
Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen. In: Ried-
müller, Barbara/Kickbusch, Ilona: Die armen Frauen. Frauen
und Sozialpolitik. Frankfurt/M. 1984, S. 103 - 134

RODENSTEIN, Marianne: Zur Konzeption einer Präventionsfor-
schung für Frauen. In: Schneider, Ulrike (Hrsg.): Was macht
Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesun-
deitsforschung. Frankfurt/New York 1981, S. 22 - 32

SCHMIDBAUER, Barbara: Im Gesundheitswesen sind Frauen im
Nachteil. Bericht des Frauenrechtsausschusses verabschiedet.
In: Zweiwochendienst Nr. 44, Köln 1990, S. 8

SCHULZE, Christa/KLUITMANN, Annette: Gynäkologie und Weib-
lichkeit. In: Frauen und Gesundheit. Thema Körper und Psyche.
Hrsg. von der Redaktion "Psychologie heute". Weinheim/Basel
1989, S. 109 - 118

SICHROWSKY, Peter: Krankheit auf Rezept. Köln 1984

5. Aufl. Weinheim 1986

STAHR, Ingeborg/ JUNGK, Sabine/ SCHULZ, Elke (Hrsg.):
Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim
1991

STAHR, Ingeborg/ JUNGK, Sabine/ SCHULZ, Elke (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsversorgung. Texte der Essener Frauenstudien. Essen 1991

studien und Frauenforschung. In: Bruchhagen 1989 a, a.a.O., S. 59 - 73

STAHR, Ingeborg: Frauenstudien an der Universität - Gesamthochschule Essen. In: Bruchhagen 1989, a.a.O., S. 135 - 140

X VOGT, Irmgard: Frauensyndrom - "Krankheit Frau". In: Wagner, Franz (Hrsg.): Medizin - Momente der Veränderung. Berlin 1989

VOGT, Irmgard: Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitsrezept bei Mädchen und Frauen. Opladen 1985

X WENZEL, Eberhard: Ökologie des Körpers. Frankfurt/M. 1986

X WULF, Christoph/ KAMPER, Dieter (Hrsg.): Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt/M. 1982