



Ein Frauengesundheitszentrum in Mecklenburg-Vorpommern

Möglichkeiten und Grenzen

Resümee einer Studie

**im Auftrag der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten
der Landesregierung Mecklenburg- Vorpommern**

November 2002

Autorinnen der empirischen Studie:

**Dr. phil. Silke Rossow
Dipl. Ing. Anette Niemeyer**

Fachliche Mitwirkung:

Prof. Dr. med. habil. Karin Reis



Herausgeber

**Frauenbildungsnetz Mecklenburg- Vorpommern e.V. (FBN)
Gemeinsamer Arbeitskreis Frauengesundheit M-V (GAK)**

**Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte
der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern**

**Schlossstrasse 2-4
19053 Schwerin**

Folgende Ausführungen sind eine Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse der gleichnamigen empirischen Studie von Dr. Silke Rossow (Rostock) und Dipl. Ing. Anette Niemeyer (Rostock) durch Prof. Dr. Karin Reis, Sprecherin des Gemeinsamen Arbeitskreises Frauengesundheit Mecklenburg- Vorpommern (GAK).

Einleitende Gedanken

Auch in Deutschland mehren sich die Erkenntnisse darüber, dass Männer und Frauen unterschiedliche gesundheitliche Belastungen haben und dass ihre Versorgung durch das Gesundheitswesen diesen Unterschieden und Bedürfnissen der Geschlechter nicht bzw. mangelhaft entspricht. Gründe für ein mangelhaftes frauensensibles Gesundheitswesen sind u.a. dort zu suchen und zu finden, wo Medizin und Gesundheitswesen sich traditionell am männlichen Geschlecht orientieren. Selbst dabei kommen, wie Wissenschaftler mehrfach betonen, typische Auslassungen vor, weil das jeweils vorhandene männliche und weibliche Menschenbild klischeehaft übertragen wird und dabei vor allem soziale und psychische Unterschiede weitgehend für unwichtig gehalten werden. Psychosoziale Krankheitserscheinungen werden oft für irreparabel gehalten, weshalb es im Gesundheitssystem nach Möglichkeit vermieden wird, sie anzusprechen.

Im Falle von Frauenbetreuung stellen wir einen zweifachen Irrtum fest:

Es gibt nicht nur kein ausgeprägtes frauensensibles bzw. frauengerechtes Gesundheitsversorgungskonzept, sondern es wird der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung das (auch noch teilweise lückenhafte) männliche Konzept übergestülpt. Frauengesundheit wird in der Praxis sehr oft als Frauenheilkunde missverstanden, die primär durch die Krankheitsbehandlung weiblicher Geschlechtsorgane gekennzeichnet ist.

Der Gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit in Mecklenburg-Vorpommern (GAK) hat, um dem Anliegen von Frauen bei Krankheit, Prävention und Gesundheitsförderung auch durch Strukturveränderungen im Gesundheitssystem Rechnung zu tragen,

wiederholt Vorstöße unternommen und u.a. die Einrichtung von Frauengesundheitszentren (FGZ) in M-V anzuregen versucht. Diese FGZ haben sich in nahezu allen Bundesländern etabliert und schließen Lücken im Versorgungssystem, die durch Ärzte nicht abgedeckt werden können. Unsere Bemühungen sind vor allem bei Entscheidungsträgern und politisch Verantwortlichen, sieht man einmal von der konsequenten Unterstützung durch das Landesgleichstellungsbüro ab, auf ein geringes positives Echo gestoßen. Nur dem kontinuierlichen Interesse und der Unterstützung der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten der Landesregierung M-V ist es zu danken, dass die Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und PDS aus dem Jahre 1998/99 eine Punkt Frauengesundheit enthält.

Die Auffassungen zu der Frage, ob wir ein FGZ brauchen, wie es arbeiten sollte und wer es wie finanzieren kann und soll, gehen dagegen weit auseinander.

Für ein ehrenamtlich arbeitendes Gremium wie den GAK taten sich große und sehr verschiedene Arbeitsfelder auf, um sein Anliegen durch entsprechend konkrete Maßnahmen wahrscheinlicher zu machen. Es fiel schwer, unter diesen verschiedenen Ansatzpunkten prioritäre Anforderungen festzumachen. So entstand die Idee, mittels einer Befragung von relevanten Personengruppen einen Überblick über die Vielfalt der Anschauungen zu erhalten, die der Etablierung eines FGZ dienlich sein können bzw. entgegen kommen oder die ihm eventuell entgegen stehen. Für den GAK stand von Anbeginn die Frage: Ist der „Boden“ in M-V überhaupt reif für eine solche Einrichtung? Wie können wir uns zielstrebig, gleichzeitig aber auch angepasster an die subjektiven und objektiven Voraussetzungen in unserem Land, engagieren, um dieses Ziel – Etablierung von Strukturen zu mehr Frauengesundheit - zu erreichen.

Es war sehr schwierig, für eine solche Erhebung Unterstützung zu finden. Im Sozialministerium gab es keine Möglichkeit der Förderung.

Schließlich gab die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung eine entsprechende Untersuchung in Auftrag, deren Ergebnisse aus der Sicht des GAK hier zusammengefasst werden. Der ausführliche Erhebungsbericht der beiden Forscherinnen liegt dem Gleichstellungsbüro der Landesregierung vor.

Zielstellungen der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung und Zweck der Befragung verschiedener Frauengruppen und Einzelpersonen innerhalb des Gesundheitswesens waren Antworten auf die Frage, nach den Bedingungen, die in M-V für die Einrichtung eines Frauengesundheitszentrums bestehen.

Die Erhebung wurde unter folgenden Gesichtspunkten durchgeführt:

- Haben **Frauen** in M-V einen Bedarf an frauenspezifischer medizinischer Versorgung? Welche Aspekte der Versorgung fehlen ihnen zur Zeit, welche sind im Überangebot, welche Vorstellungen verbinden sie mit einem FGZ? Ist damit zu rechnen, dass sie ein spezielles Angebot in Anspruch nehmen werden?
- Welche Haltung nehmen **Ärztinnen** und niedergelassene andere **Fachkräfte** zu einer solchen Einrichtung ein, welche Vorstellungen ließen sich ihrer Meinung nach realisieren, sind (auch) Ärztinnen bereit in einer solchen Einrichtung zu arbeiten?
- Würden **Verbände** und **freie Träger** der Sozialarbeit das Anliegen FGZ unterstützen? Gibt er bereits Aktivitäten, die in ein FGZ einmünden bzw. mit dem FGZ vernetzt werden könnten?
- Wie ist die Haltung der **Finanzträger** und **Finanzverwaltung** der medizinischen Versorgung, die als mögliche Finanzierer und Förderer eines FGZ in Frage kommen könnten?

Die Untersuchung war als qualitative Studie angelegt, in der Meinungsvielfalt und persönliche Erfahrungen im Vordergrund standen. Jede Zusammenfassung dieser Antworten birgt natürlich die Gefahr der Auslassung. Sie erfolgt deshalb unter dem Gesichtspunkt möglicher Rückschlüsse bzw. Schlussfolgerungen für die weitere Arbeit

des GAK. Darüber hinaus will sie Anregungen vermitteln, in verschiedenen Gremien über ein FGZ nachzudenken.

Ergebnisse der Studie

Die Befragungsergebnisse werden unter drei Aspekten zusammengefasst:

1. Allgemeine Anschauungen, Erfahrungen der Befragten zum Gesundheitswesen
2. Das Meinungsbild zur Frauengesundheit und Geschlechterspezifik
3. Barrieren, Chancen sowie potentielle Partner für ein Frauengesundheitszentrum

(1)

Allgemeine Anschauungen, Erfahrungen der Befragten zum Gesundheitswesen

Die Vorstellungen darüber, was eine „gute medizinische bzw. gesundheitliche Versorgung“ beinhalten sollte, weichen von den mit den ethischen und gesetzlichen Grundlagen des Arztberufes gegebenen Grundideen und von den gesellschaftlichen Normen nicht ab.

Auch die erklärten (theoretischen) Ziele der Gesundheitsförderung sind gedankliches Allgemeingut sowohl der Ärztinnen als auch Frauen bzw. Patientinnen geworden. Patientinnen fordern diese immer stärker ein. Therapeutische Entwicklungen werden wahrgenommen und ihre Anwendung erwartet. Ein positives Echo findet die wachsende Gesprächsbereitschaft auf Seiten der Ärztinnen/Ärzte bei den Frauen verschiedener Befragtengruppen, sie sehen darin ein verbessertes Arzt- Patient- Verhältnis. Gespräche sind eine unerlässliche Vorbedingung für ein Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patientin. Das sehen auch Ärztinnen und andere AkteureInnen im Gesundheitswesen so. Aber noch halten sich die Aufklärungsbereitschaft der Ärzte/innen und der Bedarf auf Seiten der Patientinnen nicht die Waage.

Deutliche Kritik üben die befragten **Ärztinnen** und niedergelassenen **Therapeutinnen** an der Priorität ökonomischer Fragestellungen, die den Auftrag im Versorgungssystem in Frage stellen. Einbrüche im therapeutischen Handeln z.B. bei chronisch Kran-

ken, vor allem aber auch in der Gesundheitsförderung seien dadurch bedingt. Das Budget und die Regressforderungen spalten das Können vom Wollen. Besonders nachteilig ist die Überlagerung dieser allgemeinen finanziellen Einschränkungen mit sozial ungerecht verteilten finanziellen Belastungen für arme Bürgerinnen, wodurch es zu einer Zweiklassenmedizin gekommen ist. Es wird von den Ärztinnen hervorgehoben, dass hiervon vor allem (alte) Frauen betroffen sind. Sieht man einmal davon ab, dass die Klagebereitschaft über Geldmangel zu den „Grundtugenden“ eines jeden Politikers gehört, ist dies doch ein Zeichen von tatsächlicher Not, die sich im Gesundheitswesen breit macht.

Die Erklärungsbreite für Mängel im Gesundheitswesen ist noch nie so stark auf das finanzielle Moment gelenkt worden. Hierin deutet sich ein schwerwiegendes Gegenwartsproblem an, das nicht auf das Gesundheitswesen beschränkt bleibt; denken wir nur daran, dass auch im Bildungssystem nicht zuletzt ein finanzieller Mangel für die schlechten Platzierungen deutscher Schüler in der PISA- Studie verantwortlich gemacht wird.

Natürlich sollte man auch bedenken, dass subjektive Faktoren, wie etwa die eigene Haltung, der Mangel an entsprechenden Kenntnissen und/oder die Alltagsroutine als Ursachen für zu langsame oder zu geringe Anpassung an neue Bedingungen in Frage kommen können.

Dennoch: Dieses Primat des Ökonomischen im Gesundheitssystem verlegt den Blick auf trotzdem Machbares und verhindert Handlungsweisen, die Verbesserungen schaffen könnten. Es ist ein *Circulus vitiosus*, der sich aus der ökonomisch zwingenden Forderung nach Wirtschaftlichkeit der Praxen zur Existenzangst von Ärztinnen fortentwickeln kann und diese sich dann als das schwerste Hemmnis zu Veränderungen im Betreuungskonzept erweist.

(2)**Das Meinungsbild zur Frauengesundheit und Geschlechterspezifik****Patientinnen**

haben ein Verständnis von Frauengesundheit, das Körper und Geist, Individuelles/Familiäres und Gesellschaftliches, Berufliches und Privates in Verbindung sieht. Es wird auch ersichtlich, dass Frauen bei medizinischen Maßnahmen mitentscheiden möchten. Sie vermissen eine frauengerechte Behandlung und Betreuung im Gesundheitswesen, sie nehmen außer beim Frauenarzt keine ‚Frauenspezifik‘ wahr. Ein frauensensibler Blick fehlt auch bei Ärztinnen; Patientinnen glauben, dass dieses Verhalten beruhen könnte auf einer Furcht vor schwierigen Auseinandersetzungen mit Patientinnen.

Frauen fühlen sich besonders im Hinblick auf ihre psychischen und sozialen Probleme zu wenig wahrgenommen, obwohl viele ihrer gesundheitlichen (Folge-)Probleme hiermit zusammenhängen. Ihre Vorstellungen darüber, wie eine frauenorientierte Betreuung aussehen könnte, beinhaltet vor allem den Wunsch nach einer kompetenten Aufklärung und Beratung, nach psychischer Gesundheitsförderung und Begleitung bei chronischer Erkrankung, vor allem Krebs. Ein Mehr von Physiotherapie wird eingefordert, dafür sollte medikamentöse Überversorgung vermieden werden. Die frühe Aufklärung der Mädchen über gesundheitliche Risiken des Frauseins wird angeregt, ebenso die Schaffung von mehr gesundheitsfördernden Angeboten nur für Frauen.

Patientinnen sind sich bewusst, dass eine solche Betreuung professionelle Kräfte erfordert, die auch angemessen für ihre Tätigkeit vergütet werden müssen. Frauengesundheit kostet also auch Geld, meinen sie.

Ärztinnen

haben weniger klare Vorstellungen von Frauengesundheit als die Frauen selbst, sie haben über diese Frage noch wenig nachgedacht und verneinen bis zu einem gewissen Grade sogar ihre fachliche Berechtigung, wenn sie hier von einer „Worthülse“ sprechen.

Obwohl sie von sich aus auf Situationen hinweisen, in denen Frauen benachteiligt sind, meinen sie jedoch, dass die Versorgung der Frauen ausreichend und frauengerecht sei. Aus ihrer Sicht können sie auf eine frauenorientierte Sicht weitgehend verzichten, weil alles geregelt scheint. Das ist der erste Blick auf Frauengesundheit. Er ist Ausdruck ihres „guten Glaubens“, beiden Geschlechtern im Versorgungsprozess gerecht zu werden, wenn er so abläuft wie sie es gelernt haben.

Die Ablehnung einer Frauenspezifität basiert z. T. auf der Furcht, Männer zu benachteiligen, da das unreflektierte medizinische Handeln für geschlechterneutral gehalten wird. Männer werden auch nicht speziell angesprochen, betonen sie. Frauenorientierung könnte als Ablehnung von Männern missverstanden werden, sie bleiben als Patienten weg, was wiederum ökonomische Folgen hätte.

Erst der zweite Blick auf Frauengesundheit führte bei Ärztinnen im Verlaufe der Interviews zu neuen Einsichten, sobald sie eigene Erfahrungen reflektierten, wenn z.B. eine Frage nach der Gesundheitsförderung dies verlangte. So ist ein ganz deutlicher Widerspruch zum Vorschein gekommen:

Ärztinnen haben sehr wohl angemessene Kenntnisse darüber, welche verhängnisvollen gesundheitlichen Folgen Gewalt und sexueller Missbrauch in der Kindheit für Frauen haben, aber sie berücksichtigen diese Kausalität in ihren diagnostischen und therapeutischen Handlungen selbst nicht. Dieses Wissen liegt gewissermaßen brach; die Ursachen dafür sind vielfältig. Sehr wahrscheinlich wird diese Problematik unterschätzt, sowohl qualitativ als auch quantitativ. Hilflosigkeit und fehlende Erfahrung im Umgang mit psychosozialen Störungen gehören dazu. Hinzu tritt immer wieder auch die finanzielle Frage, die existenziell ist und daher im Mittelpunkt aller medizinischen Entscheidungen steht (s. Allgemeine Ergebnisse).

Ein anderer und eher neuartiger Grund für die Vermeidung einer frauensensiblen Sichtweise könnte damit zusammenhängen, dass die auf ihre Partnerprobleme angesprochene Patientin die Praxis nicht wieder aufsucht, weil ihr eine solche Befragung und Hilfsangebote eher eine zusätzliche „Pein“ als eine Hilfe darstellt. Denn andere Ärztinnen, die sich an diese Fragen heranwagen, haben erlebt, dass ihre Angebote zwecklos bleiben, weil viele Frauen passiv und unentschieden reagieren und ihre existentiellen Ängste keinen Ausweg erkennen lassen. Fraglos ist dies ein neuralgischer Punkt in der frauengerechten Versorgung.

Andererseits erleben Ärztinnen auch die Patientinnen gegenwärtig aufgeschlossener als früher, so dass es ihnen eher möglich erscheint, den besonderen Bedürfnissen der Frauen nach Beratung auch in schwierigen Lagen entgegen zu kommen. Sie bemängeln in ihrer Tätigkeit auch, dass die Person der Frau oft hinter ihren Beschwerden zurück tritt. Gleichzeitig sehen sie eine nur unzureichende Ausbildung und fordern Weiterbildungsmöglichkeiten in diesen speziellen Fragen. Bisher hat diese Erfahrung aber nur eine geringe Einsicht dahingehend erzeugt, dass solche Probleme der Frauengesundheit auf andere Weise als in der üblichen ärztlichen Sprechstunde gelöst werden müssten.

Insgesamt bestehen einige ernst zu nehmende „Bremsklötze“ für die Umsetzung von Strategien für Frauengesundheit. Nur durch eine gute Bildung und finanzielle Absicherung wird man zu veränderten Handlungskonzepten gelangen. Diese könnten dann aber durch ein Netz von parallelen Versorgungsstrukturen praktikabel werden. Der Begriff Frauengesundheit löst auch bei **Entscheidungsträgern** einige Irritationen aus, weil er weitgehend unbekannt ist und keine konkreten Vorstellungen darüber bestehen, was er beinhaltet und wie seine Umsetzung erfolgen könnte. Zweifellos stellt dieser Begriff bisherige medizinische und ökonomische Verfahren als fragwürdig heraus, seine revolutionäre Kraft wird wohl aber doch überschätzt. Unsicher sind sich die Entscheidungsträger in der Frage, ob eine differenzierte Frauensicht mit Strukturen und Handlungskonzepten für Therapie und Gesundheitsförderung zu einer Kosteneinsparung im Gesundheitswesen führen würde.

Erstaunlich ist die Mitteilung von Frauen dieser Gruppe, dass sie selbst nur positive Erfahrungen mit ihrer Betreuung durch das Gesundheitswesen gemacht haben. Dabei stellt sich der leise Verdacht ein, dass Entscheidungsträger eine andere Aufmerksamkeit finden könnten als die durchschnittliche Patientin.

Häufig werden in den Befragtengruppen seitens des Ministeriums und der Politik, insbesondere der SPD, Vorgaben verlangt, die es erleichtern könnten, sich einer frauenorientierten Gesundheitspolitik zuzuwenden und diese dann auch auszuführen. Auch die Zuhilfenahme von EU-Mitteln wird vorgeschlagen. Dass dabei gleichzeitig auch für eine stärker den Männern gerecht werdende Gesundheitspolitik plädiert wird, ist eine wiederkehrende Äußerung der Befragten.

(3)**Barrieren, Chancen sowie potentielle Partner für ein Frauengesundheitszentrum**

Die Vorstellungen darüber, ob und wie ein FGZ eingerichtet werden könnte, sind sehr überzeugend geäußert worden. Frauen haben Erwartungen, die sie dort erfüllt sehen. Ärztinnen und niedergelassene Therapeutinnen lassen ihren Wunschvorstellungen freien Lauf, denn die täglichen Beschränkungen hinterlassen in allen Akteurinnen ein „Wundmal“ im ärztlich-therapeutischen Gewissen, das sie hoffen, durch die Idee eines FGZ tilgen zu können. Die Akteurinnen haben ein im Moment nicht realisierbares Idealbild von frauengerechter und männergerechter Versorgung, das durch Befragung abrufbar ist.

Es handelt sich um ein Phänomen, das als Auskunft über Frustrationen in der üblichen Routine der Versorgung gewertet werden kann. Was dabei jedoch bei den meisten Befragten fehlt, ist eine aktive Haltung, die sich in entsprechenden Veränderungen niederschlagen könnte und würde. Es bleibt mehr oder weniger bei einer Klage über den Zustand und dem Traum einer besseren Organisationsform.

Von einem Frauengesundheitszentrum wird ein facettenreiches Angebot erwartet, das eine ganzheitliche, d.h. physische, psychische und soziale Versorgung der Frauen anstrebt, welches Beratungsangebote macht und dabei auch Prävention, Selbsthilfe und alternative Heilangebote umfasst. Es muss so eingerichtet sein, dass es die ärztliche Versorgung sinnvoll ergänzen kann. Frauengesundheitszentren sollten sich als wissenschaftliche Dokumentationsstellen verstehen, um die Kenntnisse über Frauengesundheit weiter zu qualifizieren und Frauengesundheitsberichte zu ermöglichen. Gleichzeitig sollte es die Weiterbildung für Fachleute übernehmen, auch verbesserte Öffentlichkeitsarbeit gehört zum Leistungsprofil eines FGZ, um die gesell-

schaftliche Akzeptanz für geschlechtersensible Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Den Frauen selbst ist der Hinweis wichtig, dass sozial benachteiligte Frauen hier einen nieder- schweligen Zugang zum Gesundheitswesen finden.

Alle diese Aufgaben sollen von Fachfrauen in kooperativer Abstimmung und Vernetzung geleistet werden. Für die einzelne Frau, die ein FGZ in Anspruch nimmt, muss es die Funktion eines Koordinierungszentrums aller erforderlichen Maßnahmen übernehmen können. Nur vereinzelt wird die Familie der Frau als Zielgruppe präferiert, aber alles unter Einhaltung der Schweigepflicht. Die Vorstellungen über ein Frauengesundheitszentrum grenzen an Perfektionismus.

Die Vorschläge von Entscheidungsträgern für die Finanzierung eines FGZ sind dagegen realistisch, vor allem wird der Vorschlag unterbreitet, eine Mischfinanzierung zu erreichen. Die Einbeziehung von niedergelassenen Therapeutinnen und Ärztinnen sichert eine Bezahlung ihrer Leistungen durch Krankenkassen ab, die Kommunen und das Land kommen als Förderer in Betracht. Präventionsmaßnahmen ließen sich auch durch eine finanzielle Mitbeteiligung der Patientinnen bzw. Kundinnen stützen. Ärztinnen fordern aber nachdrücklich die Kostenfreiheit in einem FGZ ein, sie denken an sozial Benachteiligte, die sonst nicht in den Genuss eines solchen Zentrums kommen könnten. Über den Träger eines FGZ sind unterschiedliche Vorschläge gemacht worden, auch ein Frauenverein wäre sicher geeignet, sich dieser Aufgabe anzunehmen.

Verwaltungsfachleute schätzen den jährlichen finanziellen Bedarf auf 250.000 Euro.

Gesamteinschätzung

Sowohl innerhalb der Gruppe wahrscheinlicher Nutzerinnen eines FGZ als auch in der Gruppe derjenigen, die darin tätig sein könnten oder es finanzieren müssten, löst der Begriff Frauengesundheit Irritationen aus. Diese Irritationen sind besonders unter Ärztinnen ausgeprägt, da sie die engste Bindung an die Schulmedizin haben, in der eine Differenzierung der Geschlechter vor allem nach körperlichen Merkmalen Berücksichtigung findet.

Dennoch haben Patientinnen wie Ärztinnen einen kritischen Blick auf gegenwärtige Abläufe im Gesundheitswesen. Patientinnen wünschen mehr Beachtung ihrer persönlichen und psychosozialen Situation. Ärztinnen sehen das, können es aber kaum abändern. Insofern ist es nachvollziehbar und überhaupt nicht verwunderlich, dass alle Befragten ziemlich konkrete und perfektionistische Vorstellungen darüber haben, was ein FGZ leisten könnte und wie es arbeiten müsste. Hierin spiegeln sich Visionen, wie ein gut funktionierendes Gesundheitssystem in allen seinen Bereichen und mit allen seinen Facetten funktionieren müsste.

Während sich chronisch kranke Frauen vorstellen können, ein FGZ zu besuchen, geben Ärztinnen zu der wichtigen Frage, ob sie in einem solchen FGZ mitarbeiten möchten, keine Auskunft. Die zahlreichen Antworten bleiben zunächst Ideen im vagen Raum, die frustrierte Ärztinnen und Therapeutinnen haben. Weiterbildung ist die einzige wirklich gewünschte Veränderung gegenüber der heutigen Situation. Eine erkennbare aktive Bereitschaft zur Mitwirkung an der Gestaltung eines FGZ gibt es nicht, leider.

In den Interviews zeigte sich doch, dass die Bereitschaft und der Willen, über die Frage Frauengesundheit und FGZ nachzudenken, vorhanden ist. Hieran kann angeknüpft werden und es ist zu erwarten, dass über einen genügend langen Zeitraum auch bei uns in Mecklenburg-Vorpommern ein Bewusstsein für Frauengesundheit stärker wachsen wird. Trotzdem: Die Studie sollte uns nicht darüber hinweg täuschen, dass es **keine aktive Haltung** zu dieser Frage gibt.

Die konkretesten Vorstellungen über die Einrichtung eines FGZ lassen die befragten Entscheidungsträgerinnen erkennen, was ein wirklich positives Ergebnis ist. Darüber hinaus gibt es zu viele unentschlossene Kandidatinnen in diesem Vorhaben. Dazu gehört auch die Ebene der Gesundheitspolitik in Mecklenburg-Vorpommern, ohne deren Willen und Durchsetzungsvermögen ein Projekt Frauengesundheitszentrum nicht durchführbar ist. Man hat begonnen, mit der Einrichtung einer Landesarbeitsgruppe für Frauengesundheit (LAG) einen ersten Schritt in diese Richtung zu gehen. Hier bleibt abzuwarten, wie die Arbeit der LAG sich auswirken wird.

Bevor sich eine FGZ realisieren lässt, müssen in Mecklenburg-Vorpommern noch weitere materielle wie ideelle Vorbereitungen stattfinden. Eine öffentliche Diskussion über Frauengesundheit, die Bekanntmachung wissenschaftlicher Ergebnisse in der Fachpresse und in Frauenmagazinen wird vor allem auch gebraucht, um die Meinungen und Wünsche der Beteiligten stärker aufeinander abstimmen zu können.

Als Gemeinsamer Arbeitskreis Frauengesundheit in M-V sollten wir nach Kenntnis dieser Untersuchungsergebnisse unsere Forderung nach Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit in Gesundheitsberufen verstärken. Bevor sich der GAK weiter mit dem Aufbau eines FGZ beschäftigt, sollten wir uns klar machen, dass der „Boden“ für ein FGZ noch nicht in einem solchen Maße vorhanden ist, dass es sich in den nächsten 5 Jahren verwirklichen ließe.

Solange die finanziellen Gesichtspunkte im Gesundheitssystem die Handlungsmaxime bilden, wird es schwer fallen, mit den Vorteilen eines FGZ zu überzeugen. Wir soll-

ten uns an erster Stelle mit lösbaren Aufgaben wie Frauengesundheitsberichterstattung und Frauengesundheits-Konferenzen beschäftigen und prüfen, mit welcher Kraft das Projekt FGZ weiter getrieben werden kann. Außerdem sollte unser Infoblatt überarbeitet werden, um es in der Öffentlichkeitsarbeit nutzen zu können.

Um die gesundheitliche Beratung und Begleitung von Frauen jetzt sofort weiter zu entwickeln, können wir Kontakte zu bereits existierenden und eingearbeiteten Institutionen herstellen. Hierzu zählen z.B. die VHS, die neu geschaffenen Patienten- Informations- und -beratungsstellen, bei denen wir für die Idee der Frauengesundheit werben müssen, um sie für diese Sicht zu aktivieren.

Abschließend möchte ich den beiden Forscherinnen den Dank des GAK und die Anerkennung für ihre engagierte Arbeit aussprechen. Ihre Arbeit ist ein wertvoller Beitrag für die Planung und Fortführung unseres Anliegens.

**Ein Frauengesundheitszentrum in Mecklenburg-Vorpommern?
... der Boden ist vorhanden**