

Frauengerechte Gesundheitsförderung, -versorgung und -politik in NRW

Stellungnahme zur ExpertInnenanhörung des Ausschusses für Frauenpolitik des Landtags NRW

– Langversion: Thesen, Kommentare, Argumente, Handlungsbedarf –

Strukturkategorie 'Geschlecht'

– wesentliche Einflussgröße im Gesundheitssystem

Als durchgängiges gesellschaftliches Strukturmerkmal zeigt die Kategorie 'Geschlecht' ihre Wirkungen auch im Gesundheitssystem. Diese Erkenntnis, die seit vielen Jahren vor allem von der Frauengesundheitsforschung und –bewegung formuliert wird, untermauert und konkretisiert der vorliegende Gesundheitsbericht jetzt für das Land Nordrhein-Westfalen.

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesundheits- und Krankheitsbewusstseins und –verhaltens, ihres Krankheitsspektrums und der sozialen Rahmenbedingungen, unter denen sie leben. So bestätigt der Bericht beispielsweise, dass Frauen sich tendenziell gesundheitsbewusster verhalten und mehr Verantwortung für die Gesundheit anderer übernehmen, während Männer stärker gesundheitsriskante Verhaltensweisen zeigen, die sich z. B. am Konsum härterer Drogen und Genussmittel oder an der höheren Betroffenheit durch Unfälle und Verletzungen ablesen lässt (S. 31ff.). Diese Unterschiede können nur unter Rückgriff auf nach wie vor wirksame Geschlechterkonstruktionen erklärt werden, die - der vielfältigen Lebensrealität von Frauen und Männern zum Trotz - Weiblichkeit noch immer eher mit Pflege und Fürsorge, Männlichkeit hingegen mit 'Härte' und 'Abenteuer' assoziieren.

Selbst bei gleicher Betroffenheit von Krankheiten sind Ursachen, Symptomatik, Wahrnehmung durch andere und eigenes Erleben bei Männern und Frauen unterschiedlich. So werden Frauen beispielsweise bei gleichen Beschwerden eher psychosomatisch diagnostiziert und mit Tabletten behandelt als Männer. Hier wirken ebenfalls Männlichkeits- und Weiblichkeitsbilder, aber auch weitgehende Unkenntnis über frauenspezifische Bedürfnisse, Krankheitssymptome und -verläufe fort. Folge davon ist eine Fehl-, Unter- aber auch z. T. Überversorgung von Frauen (und Männern), wie sie z. B. für die Behandlung bei Übergewicht/Adipositas herausgearbeitet wird: Obwohl diese bei Männern zu stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt, werden mehrheitlich Frauen deswegen medikamentös behandelt (S. 93ff.).

Für eine Qualifizierung und Effektivierung von Gesundheitsförderung, -versorgung und -politik ist es vor diesem Hintergrund unverzichtbar,

- ***Gesundheit und Krankheit nicht primär als medizinische Kategorie zu begreifen, sondern einem lebensweltbezogenen Gesundheitsverständnis zu folgen, das die soziale Situation sowie die Wahrnehmung und die Bedürfnisse der NutzerInnen maßgeblich mitreflektiert. Erst dann können Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Krankheiten bzw. Gesundheit sichtbar werden.***
- ***eine nach Geschlecht differenzierende Sichtweise im Gesundheitssystem zu verankern, die von der geschlechterdifferenzierten Erhebung und Aufbereitung von Daten bis hin zur Verankerung geschlechtsspezifischer Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung reicht.***

Mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, mit dem Antrag zur frauengerechten Gesundheitspolitik, mit dem geschlechterdifferenzierenden Gesundheitsbericht und mit der Einrichtung der Enquete-Kommission "Frauen und Gesundheit" hat das Land in diesem Sinne wichtige Grundsteine für eine effektivere, bedarfsgerechtere und an den AdressatInnen orientierten gesundheitlichen Versorgung gelegt.



FFGZ Hagazussa e.V.
Feministisches
FrauenGesundheitsZentrum
Roonstrasse 92
D – 50674 Köln
Fon 0221 8 01 77 78
Fax 0221 2 40 36 53

IZFG gGmbH
internationales Zentrum
für FrauenGesundheit
Alte Vlothoer Strasse 47–49
D – 32105 Bad Salzuflen
Fon 05222 63 63 96
Fax 05222 63 62 97



FFGZ HAGAZUSSA e.V.
Postbank Köln
Konto 447 890 506
BLZ 370 100 50

IZFG gGmbH
Sparkasse Bad Salzuflen
Konto 51003
BLZ 494 512 10

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen heißt auch:

Abbau struktureller Benachteiligung von Frauen durch Frauenförderung

Mit dem Ziel, einen fundierten Überblick über die Gesundheit von Frauen und Männern zu geben und entsprechend Daten und Forschungsergebnisse konsequent geschlechterdifferenziert aufzubereiten, betritt die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen im bundesweiten Vergleich neue - und anspruchsvolle - Wege. Im Sinne des Gender Mainstreaming betrachtet sie weder Frauen als ‚Sondergruppe‘ noch reduziert sie die Auseinandersetzung mit der Kategorie ‚Geschlecht‘ auf ein vermeintliches ‚Frauthema‘. Anerkannt wird vielmehr, dass die sozialen Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit in unserer Gesellschaft fundamental aufeinander verwiesen bleiben und die Geschlechtszugehörigkeit nicht nur die Lebensmöglichkeiten, die Selbstdarstellung, die Fremdwahrnehmung und die Interaktion von Frauen, sondern eben auch die von Männern – wenngleich mit unterschiedlichen Konsequenzen - entscheidend prägt.

Der Blick auf beide Geschlechter darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass die Lebenslagen von Frauen im Vergleich zu Männern nicht nur andere sind, sondern darüber hinaus nach wie vor von struktureller Benachteiligung gekennzeichnet sind. Selbst bei eigener Berufstätigkeit tragen Frauen noch immer die Hauptverantwortung für Hausarbeit und Kindererziehung; aufgrund geschlechtsspezifischer Segmentierungen auf dem Arbeitsmarkt verfügen sie durchschnittlich über ein geringeres Einkommen. Welches hohe Armutsrisiko aus diesen Mechanismen insbesondere für alleinerziehende Frauen und Migrantinnen resultiert, führt der Bericht sehr differenziert und erschreckend vor Augen: Jede dritte alleinerziehende Frau mit kleinen Kindern lebt in NRW an der Armutsgrenze. Und schließlich sind es fast ausnahmslos Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt werden.

Auch im Gesundheitssystem sind Frauen benachteiligt: Eklatant zeigt sich dieses bei der geschlechtsspezifischen Hierarchisierung und Segmentierung der Arbeitsfelder im Gesundheitswesen. Frauen leisten den überwiegenden Anteil der Krankenversorgung und Pflege, sind jedoch in leitenden Funktionen unterrepräsentiert (S. 231ff.). Aber auch die gesundheitliche Versorgung wird Frauen derzeit nicht umfassend gerecht: So führt beispielsweise die häufig vorfindbare Orientierung der Gesundheitsforschung, der Diagnostik und Therapie am „männlichen Fall dazu, dass einerseits andere Risikofaktoren, Krankheitssymptome und -verläufe z. B. beim Herzinfarkt von Frauen nicht ausreichend bekannt sind und entsprechend verspätet oder falsch diagnostiziert werden. Auch die festgestellte höhere prähospitale Sterblichkeit weiblicher Infarktpatientinnen kann darauf zurückgeführt werden, und die geringere Versorgung von Frauen mit rehabilitativen Maßnahmen ist nicht allein mit unterschiedlichen Prävalenzraten zu erklären (S. 181ff.). Die weitgehende Erhebung des Mannes zum „diagnostischen Standard hat aber andererseits auch zur Folge, dass weibliche Lebensphasen und „natürliche“ körperliche Vorgänge wie Pubertät, Schwangerschaft und Geburt oder Wechseljahre – entgegen der Bedürfnisse von Frauen und Mädchen – pathologisiert und medikalisiert werden. Hier sind eindeutig geschlechtsspezifische Benachteiligungen zu Ungunsten von Frauen auszumachen.

Neben dem differenzierten Blick auf beide Geschlechter bedarf es deshalb im Gesundheitssystem explizit frauenfördernder Maßnahmen, um bestehende Benachteiligungen abzubauen. Dazu gehören z. B.

- ***die berufliche Gleichstellung von Frauen im Gesundheitswesen, z. B. durch Förderung von Frauen in Leitungspositionen,***
- ***die stärkere Berücksichtigung von Frauen in der medizinischen und der Public Health-Forschung,***
- ***die Umsetzung des Anspruchs von Frauen auf gleichberechtigte Teilhabe an allen Leistungen der gesundheitlichen Versorgung.***

Vor diesem Hintergrund ist der Antrag zur frauengerechten Gesundheitspolitik eine unverzichtbare Ergänzung zum Gesundheitsbericht. Die darin enthaltenen Empfehlungen und Forderungen sind nach wie vor gültig und ihre zeitnahe Umsetzung wünschenswert.

Frauenpolitik ist Gesundheitsförderung – Gesundheitspolitik muss Querschnittsaufgabe sein

Es ist das Verdienst des Gesundheitsberichtes, eine Vielfalt an Informationen zur sozialen Lage der Bevölkerung in NRW zusammen getragen und auf ihre Zusammenhänge mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen untersucht zu haben. Unmissverständlich kommt der Bericht zu dem Ergebnis, dass "nicht in erster Linie biologische Unterschiede verantwortlich sind für unterschiedliche Gesundheitsrisiken, sondern unterschiedliche Lebenslagen und psychosoziale Faktoren" (S. 105). Als gesichert kann gelten, dass Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, Eigenaktivität und die Erfahrung von Handlungsfähigkeit die Gesundheit und das Wohlbefinden positiv beeinflussen. So deutet denn auch vieles darauf hin, dass Berufstätigkeit tendenziell den Gesundheitsstatus von Frauen positiv beeinflusst.

Umgekehrt bedeutet das aber, dass eingeschränkte Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und Autonomie gesundheitliche Risiken bergen. Die allgemeine gesellschaftliche Benachteiligung von Frauen ist unter dieser Perspektive jedoch auch als Gesundheitsrisiko zu werten. Als Verschärfungszusammenhänge kommen hinzu: Armut - insbesondere von alleinerziehenden Frauen und Mädchen, soziale Isolation z. B. bei Migrantinnen mit nur geringen Sprachkenntnissen oder obdachlosen Frauen, monotone und körperlich schwere Arbeiten in 'Frauenberufen' wie z. B. bei Reinigungskräften, die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung z. B. bei Hausfrauen. Die subjektive Einschätzung und die individuellen Ressourcen spielen bei der Bewältigung dieser Belastungen eine entscheidende Rolle. Festzustellen ist jedoch, dass Frauen, bei denen sich Merkmale sozialer Benachteiligung häufen, ihre gesundheitliche Befindlichkeit subjektiv schlechter einschätzen und auch stärker gesundheitsriskantes Verhalten zeigen als andere Frauen.

Frauenpolitik, die auf eine strukturelle Gleichstellung der Geschlechter und die Erweiterung der Autonomie und Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Frauen in allen gesellschaftlichen Bereichen zielt, leistet somit immer auch einen Beitrag zur frauenspezifischen Gesundheitsförderung. Gleichzeitig muss Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe verstanden werden, so dass stets gefragt wird, welche Auswirkungen sozial-, familien- und arbeitsmarktpolitische Steuerungsmechanismen auf die Gesundheit von Frauen und Männern haben.

Der Gesundheitsbericht unterstreicht politische Forderungen und Empfehlungen aus anderen Bereichen, indem er Handlungsbedarf aufzeigt vor allem hinsichtlich

- ***der beruflichen Gleichstellung von Frauen und der Erweiterung ihrer Möglichkeiten befriedigender Berufstätigkeit,***
- ***der sozialen Sicherung allein erziehender Frauen durch eine verbesserte finanzielle Unterstützung und einen Ausbau der Kindertagesbetreuung***
- ***der Verbesserung der Lebenslagen besonders benachteiligter Frauengruppen wie Migrantinnen, wohnungslose Frauen etc. z. B. durch die Förderung von Fraueninitiativen und –angeboten in sozialen Brennpunkten.***

Darüber hinaus gibt es weitere Handlungsfelder, die gesundheitspolitisch ebenfalls von besonderer Relevanz sind. Diese sind

- ***familienpolitische Maßnahmen zur Förderung der Beteiligung von Männern an der Haus- und Familienarbeit sowie***
- ***Maßnahmen zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und Kinder, die eines der größten Gesundheitsrisiken für Mädchen und Frauen darstellt. Folgeschäden häuslicher Gewalt sind körperliche Verletzungen (Prellungen, Knochenbrüche etc.) sowie psychische und psychosomatische Schädigungen (Depressionen, Angst etc.), die in Ausmaß und den Kosten, die sie verursachen, anderen Krankheiten wie HIV, Tuberkulose und Herz-Kreislaufkrankheiten durchaus vergleichbar sind.***

Umsetzung der Erkenntnisse aus der Frauengesundheitsbewegung und -forschung

Es ist vor allem das Verdienst der Frauengesundheitsbewegung, den Blick auf die Kategorie 'Geschlecht' gelenkt zu haben. Sie hat das Vorurteil, dass Frauen das 'schwache' und 'kranke' Geschlecht seien, als Zuschreibung kenntlich gemacht und sowohl die Überversorgung als auch die Benachteiligung von Frauen im Gesundheitssystem aufgedeckt und durch Forschungsergebnisse gestützt. Sie hat innovative Modelle und Ansätze einer frauengerechten Gesundheitsförderung, -versorgung und -politik entwickelt. Gemeinsam mit der Selbsthilfebewegung hat sie wesentlich ein heute 'modernes' lebensweltbezogenes Gesundheitsverständnis geprägt, das sich für die Selbstbestimmung von Frauen über ihre Gesundheit und ihren Körper einsetzt und ihren Ressourcen und Stärken als Expertinnen in eigener Sache wie auch als Partnerinnen verantwortlicher Gesundheitsfürsorge zum Ausgangspunkt nimmt.

Eine effektive Gesundheitsförderung und -versorgung braucht den sensiblen Blick auf beide Geschlechter. Während die Männergesundheitsforschung jedoch noch in den Anfängen steckt, verfügt die Frauengesundheitsbewegung über langjährige Erfahrung und eine Vielzahl von Forschungsergebnissen. Hier ist eher von einem 'Innovationsstau' bei der Umsetzung dieser Erkenntnisse in das bestehende Gesundheitssystem zu sprechen.

- ***Es gilt, die in den Frauenorganisationen vorhandenen Erfahrungen und Kompetenzen sowie die Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung als Potenziale zu nutzen und aktiv in die Weiterentwicklung hin zu einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung und -versorgung einzubeziehen.***

Handlungsbedarf

Seit nunmehr einem Jahr existiert die Koordinationsstelle "Frauen und Gesundheit" NRW, die von der Landesregierung gefördert wird und gemeinsam vom Internationalen Zentrum für Frauengesundheit (IZFG) in Bad Salzuflen und vom Feministischen Frauengesundheitszentrum Hagazussa in Köln getragen wird. Wir beantworten Informationsanfragen zum Thema, vermitteln Referentinnen, bauen ein landesweites Netzwerk "Frauen und Gesundheit" auf, beraten die Gesundheitskonferenzen und die Gleichstellungsbeauftragten hinsichtlich kommunaler Umsetzungsstrategien für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung und führen Fachtagungen, Expertinnengespräche etc. durch. Vor dem Hintergrund des Gesundheitsberichtes, des Antrags zur frauengerechten Gesundheitspolitik, der Fachkenntnisse aus Frauengesundheitsbewegung und -forschung und unserer einjährigen Erfahrung sehen wir vor allem folgenden Handlungsbedarf:

- ***Information und Öffentlichkeitsarbeit***

Das Thema "Frauen und Gesundheit" stößt kommunal, regional und landesweit zunehmend auf Resonanz. Hier bedarf es der Weiterführung einer kontinuierlichen und systematischen Sensibilisierung der (Fach-)Öffentlichkeit durch **vielfältige Informationen und Veranstaltungen zu frauenrelevanten Gesundheitsthemen**. Das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Männern ist jedoch wesentlich auch bestimmt durch Geschlechtervorstellungen, die in der Persönlichkeit der Betroffenen ebenso wie der AkteurInnen im Gesundheitswesen verankert sind. Hier reicht alleine Informationsvermittlung nicht aus, sondern notwendig ist durch **die Verankerung geschlechterdifferenzierender Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung** Möglichkeiten der Reflexion von Geschlechtsrollenbildern zu schaffen.

- ***Vernetzung***

Es gilt, den Austausch zwischen den verschiedenen AkteurInnen, Organisationen und Verbänden im Gesundheitswesen zu intensivieren. Ein Ziel dabei ist es, die Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung und -bewegung einer breiteren Basis

zugänglich zu machen. In Nordrhein-Westfalen ist ein vielfältiges Netz von Frauenorganisationen und vor allem aus der Selbsthilfe hervorgegangenen Gesundheitsprojekten vorhanden, die über einen Fundus an frauenspezifischem Gesundheitswissen und Erfahrung in der parteilichen Unterstützung von Frauen verfügen. In einem ersten Schritt gilt es, **diese Kompetenzen zu bündeln und Strategien zu entwickeln**, wie die neuen Praxisansätze Eingang in die fach- und gesundheitswissenschaftliche Diskussion finden können, um so den ‚Innovationsstau‘ und die Benachteiligung und Ausblendung von Frauen im Gesundheitssystem abzubauen. Mit dem *Netzwerk „Frauen und Gesundheit“* fördert die Koordinationsstelle diesen Prozess.

- **Landesweite und kommunale Planungs- und Umsetzungsstrategien**

Parallel dazu bedarf es der Entwicklung von Perspektiven und konkreter Planungs- und Umsetzungsstrategien im Gesundheitswesen, die **die Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit zum Ziel** erklärt. Hier sind die Landesgesundheitskonferenz und die kommunalen Gesundheitskonferenzen zentrale Steuerungsinstrumente.

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und -versorgung muss dabei an den Lebenslagen der Betroffenen ansetzen und deshalb vor allem die regionalen und kommunalen Besonderheiten in den Blick nehmen. Insbesondere die kommunalen Gesundheitskonferenzen eröffnen Möglichkeiten, das Gesundheitssystem vor Ort auf seine Geschlechtergerechtigkeit hin zu überprüfen und weiter zu entwickeln.

Von dieser Möglichkeit machen auch durchaus einige der kommunalen Gesundheitskonferenzen Gebrauch. Es zeigt sich jedoch, dass die Initiative frauen- oder männerspezifische Themen aufzugreifen und die Kategorie ‚Geschlecht‘ bewusst zu reflektieren, sehr vom persönlichen Engagement und Interesse einzelner abhängig ist. Es gilt, die kommunalen Gesundheitskonferenzen auch für einen Motor zur Weiterentwicklung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems zu entwickeln, indem Möglichkeiten entwickelt werden, wie die **Berücksichtigung von Geschlechter- und Frauenfragen dort gewährleistet und strukturell abgesichert** werden kann.

- **Schutz und Hilfe für Frauen und Mädchen, die von Gewalt betroffen sind**

Studien belegen, dass von häuslicher Gewalt betroffene Frauen und Mädchen sich häufig auch an Einrichtungen der medizinischen Versorgung wenden. Aus Scham, Angst vor dem Täter oder unsensiblen Reaktionen wagen sie jedoch häufig nicht, das Thema anzusprechen. Auf Seiten der ÄrztInnen verhindern z. T. Informationsmangel, Arbeits- und Zeitdruck sowie Hemmungen und Unsicherheit die Gewaltproblematik überhaupt als ursächlich zu erkennen bzw. sie anzusprechen.

Häusliche Gewalt und deren Folgewirkungen beeinträchtigen erheblich die Gesundheit und die Lebensqualität von Frauen und Mädchen: In der westlichen Welt verlieren Frauen im Alter zwischen 16 und 40 Jahren eines von fünf gesunden Lebensjahren aufgrund von Gewalterfahrungen. **Eine Bestandsaufnahme zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen**, wie im Gesundheitsbericht vorgeschlagen, erscheint dringend von Nöten, um hier Qualifizierungsbedarfe und Versorgungslücken erkennen zu können. Darüber hinaus bedarf es **eines Leitfadens mit grundlegenden Informationen zum Thema Gewalt gegen Frauen und Mädchen sowie Hinweisen zur Prävention und Intervention für ÄrztInnen und Personal im Gesundheitswesen**.

Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt, wie sie in einigen Kommunen und Kreisen vor allem in Kooperation zwischen Frauenorganisationen und Polizei/Staatsanwaltschaft realisiert worden sind, belegen, dass durch eine frühzeitige und sachgerechte Intervention der Schutz der Betroffenen effektiver gesichert werden kann und sich die Zahl der Mehrfacheinsätze in den Familien reduzierte. In diese **Interventionsprojekte** sollten zukünftig auch die Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung einbezogen werden und insgesamt die **Formen der Kooperation zwischen Beratungs- und Hilfeeinrichtungen, Polizei/Justiz und dem Gesundheitswesen** gestärkt und weiterentwickelt werden. Erste positive Erfahrungen in dieser Hinsicht liegen aus dem Modellprojekt S.I.G.N.A.L. vor.

- **Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung**

Für eine Vielzahl gesundheitlich relevanter Themenfelder arbeitet der Bericht die verfügbaren Daten für beide Geschlechter fundiert und differenziert auf und stellt sie erstmals in einem Gesamtzusammenhang dar. Auf diese Weise leistet die Landesregierung einen wichtigen Beitrag, um die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung teilnehmenden Institutionen und AkteurlInnen hinsichtlich der Versorgungsdefizite beider Geschlechter, der unterschiedlichen Kommunikation von Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen sowie dem Einfluss der Lebenswelten auf den Gesundheitsstatus zu sensibilisieren.

Deutlich wird aber auch, dass es in vielen Bereichen an soliden Datengrundlagen bisher fehlt. So muss beispielsweise die Betrachtung von Übergewicht bei Frauen ohne Einbindung in eine komplexere Analyse in den Gesamtzusammenhang von Essstörungen incl. Magersucht und Bulimie aktuell unvollständig bleiben. Eine **durchgängige Differenzierung der erhobenen Daten nach Geschlecht sowie weitere Forschung** ist unabdingbar, um Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu erkennen, auf ihre Ursachen hin befragen zu können und Veränderungen in Gang zu setzen.

Dazu gehört zum einen weiterführendes Wissen **um die geschlechtsspezifische Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen in NRW**, z. B. bei psychischen Störungen.

Unter frauenspezifischen Gesichtspunkten erscheint jedoch insbesondere auch **die Erhebung der Wahrnehmung und Perspektive der AdressatInnen** bedeutsam für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Welche gesundheitlichen, medizinischen und rehabilitativen Leistungen nehmen Frauen in Anspruch? Was schätzen sie, was kritisieren sie daran? - aus diesen Fragen lassen sich zentrale Kriterien für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung ableiten.

Für die zukünftige Gesundheitsberichterstattung erscheint es zudem notwendig, die im aktuellen Bericht begonnene **Differenzierung nach Zielgruppen fortzuführen und zu systematisieren**. Als zentrale Kategorie in der Frauengesundheitsberichterstattung hat sich dabei die Differenzierung nach **Lebensphasen** erwiesen: Für die Körperlichkeit und Gesundheit von Frauen und Mädchen haben Kindheit, Pubertät und Adoleszenz, die gebärfähige Phase, die Wechseljahre sowie das Alter eine jeweils spezifische Bedeutung. Weiterhin sollten die **Kategorien finanzielle und soziale Situation, regionale Herkunft und kultureller Hintergrund** systematisch in die Datenerhebung einbezogen werden. Darüber hinaus gilt es, **weitere spezifische Themenkomplexe** wie z. B. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen oder Frauen in besonderen Lebenslagen wie Frauen mit Behinderungen, aidskranke Frauen oder Frauen in der Psychiatrie aufzuarbeiten. Dabei wäre es denkbar, bei der zukünftigen Landesgesundheitsberichterstattung durchaus stärker auf **bundesweit vorhandene Studien und Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung zurückzugreifen** und diese auf ihre Übertragbarkeit für Nordrhein-Westfalen zu überprüfen.

Um aktuell relevante Themenkomplexe für Gesundheitsförderung, -versorgung und -politik in NRW zu generieren, **sollte eine breite Beteiligung von Versorgungsträgern, Betroffenen sowie ExpertInnen** angestrebt werden.

Als Koordinationsstelle "Frauen und Gesundheit" NRW hoffen wir, mit dieser Stellungnahme einen Beitrag zur Weiterentwicklung hin zu einer frauengerechten Gesundheitsversorgung leisten zu können und bieten bei der Umsetzung der Entwicklungsnotwendigkeiten unsere fachliche Unterstützung und aktive Mitwirkung an.

Bad Salzuflen, Köln
23.04.2001