

9 Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen

In diesem Kapitel wird auf die Situation von Frauen eingegangen, die entweder in besonderen sozialen oder in besonderen gesundheitlichen Lebenslagen sind.

Exemplarisch für die ungenügende medizinische Versorgung benachteiligter Gruppen wird in Kapitel 9.1 - Frauen in besonderen sozialen Lebenslagen - über wohnungs- bzw. obdachlose Frauen und Prostituierte berichtet, die zwar durch ihre Lebenssituation einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt sind, jedoch unzureichend medizinisch betreut werden. Die Distanz zum Versorgungssystem der wohnungslosen Frauen ist dadurch bedingt, daß vor die ärztliche Behandlung der Weg zum Sozialamt (um einen Behandlungsschein zu erhalten) und die Überwindung von Scham und Angst vor der Stigmatisierung in einer normalen Arztpraxis gestellt sind. Prostituierte, deren Tätigkeit laut höchstrichterlichem Urteil sittenwidrig ist, haben grundsätzlich keinen legalen Zugang weder zur gesetzlichen Kranken- und Sozialversicherung noch zu privaten Krankenkassen.

Ausgangspunkt der Darstellung in Kapitel 9.1 ist die medizinische Versorgung. Daran anschließend werden Daten zur Wohnungslosigkeit und zur Prostitution in Deutschland vorgestellt. Zur gesundheitlichen Situation von wohnungslosen Frauen und von Prostituierten werden Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen präsentiert.

In Kapitel 9.2 - Frauen in besonderen gesundheitlichen Lebenslagen - stehen Frauen, die mit bestimmten Diagnosen, Einschränkungen, Behinderungen oder Krankheiten leben, im Vordergrund. Hier wird eine Perspektive gewählt, die eine Bestimmung der Bedarfe an angemessener Hilfe und Unterstützung, jeweils bezogen auf die spezifischen Besonderheiten der Lebenssituation, ermöglicht. Die Lebenssituation umfaßt dabei sowohl den gesundheitlichen wie auch den privaten und den beruflichen Bereich, sowohl die Ressourcen wie auch die Belastungen. Sie ist der Kontext, in dem Frauen den Alltag unter der Bedingung von Einschränkung und die Einschränkung unter der Bedingung ihres Alltags bewältigen.

Einschränkungen und (diagnostizierte) Krankheiten entstehen unter bestimmten Lebensbedingungen und beeinflussen ihrerseits die Lebensgeschichte. Diese Betrachtung führt von einer monokausalen Sicht weg und hin zu einem Blick auf Wechselwirkungen zwischen (schwierigen) Lebenslagen, Krankheiten und Einschränkungen mitsamt den sozialen Folgen wie Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung. Ein Teil der betrachteten Krankheiten resultiert aus benachteiligten Lebenslagen, umgekehrt führen die Krankheiten zu Benachteiligungen. Sie schränken die Veränderbarkeit von persönlichen Verhältnissen durch soziale Ausgrenzungen und negative Reaktionen im Umfeld ein. Der Einbezug sozialer Stigmatisierungsprozesse z. B. bei Behinderungen, Alkoholkrankheit, illegalem Drogenkonsum oder einer HIV-Infektion zeigt gleichzeitig, daß der

Bedarf an Unterstützung nicht auf die Frage einer medizinischen Behandlung reduziert werden kann.

Auf diese Weise konkretisiert, ist der Kontext immer frauenspezifisch, denn das Leben und der Alltag sind in ihrer Dynamik nicht geschlechtsneutral. Der Kontext schließt Aspekte wie sexualisierte Gewalt gegen Frauen, Mutterschaft, Sexualität, aber auch soziodemographische Merkmale wie Ausbildung und Berufstätigkeit ein.

Diese Perspektive macht es möglich, drei Forderungen zur frauengerechten Gesundheitsberichterstattung aufzugreifen (Helfferich/v. Troschke 1994): Zum Ersten können Frauen als handelnde Subjekte betrachtet werden und erscheinen nicht nur als Objekte medizinischer Definition und Therapie. Thema wird, wie Frauen im Lebenslauf in besonderer Weise mit den körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten von gesundheitlichen Ereignissen umgehen. So lassen sich ihre Lebensweisen und ihre Stärken einbeziehen. Bei einigen Thematiken läßt sich z. B. zeigen, wie die Entstehung von Symptomaten (verstanden in einem weiten psychosomatischen Sinn) wie riskanter Alkoholkonsum im Zusammenhang mit der Bewältigung schwieriger Lebenslagen oder Gewalterfahrungen verstanden werden kann; bei anderen Themen kann ein solcher Zusammenhang nicht hergestellt werden. Umgekehrt gilt aber für alle angesprochenen Bereiche, daß Einschränkungen auf sozialer, körperlicher und psychischer Ebene bewältigt werden müssen. Hier bieten sich Anknüpfungspunkte für ressourcenorientierte frauenspezifische Angebote.

Zum zweiten kann die Bedeutung von gesundheitlichen Lagen differenziert werden nach Alter bzw. nach Phase im Lebenslauf, in dem oder der sie auftritt. Kindheit, Jugend, mittlere Lebensjahre und Alter sind Lebensphasen, in denen Gesundheit und Krankheit andere Bedingungen vorfinden und in denen sie sich unterschiedlich auswirken. Damit kann ein lebensphasenspezifischer Bedarf bestimmt werden.

Als Drittes bleibt bei aller Zentralität bestimmter Diagnosen, Einschränkungen oder Krankheiten Gesundheit der Bezugspunkt der jeweiligen Unterkapitel. Die Perspektive von Bewältigung und Entwicklung kann vermitteln, daß z. B. das Leben mit einer chronischen Krankheit nicht nur Problem und Kostenfaktor, sondern auch Leistung ist und immer die Möglichkeit besteht, Gesundheitspotentiale zu entwickeln.

Ausgewählt wurden die Bereiche des Lebens mit Behinderung, riskantem Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit, Konsum und Abhängigkeit von illegalen Drogen, HIV-Infektion und AIDS sowie mit einer stationären Behandlung in der Psychiatrie. Behinderungen - sie schließen Einschränkungen aufgrund von chronischen Krankheiten ein - und Alkoholabhängigkeit sind aufgrund der häufigen Verbreitung interessant. Ausschlaggebendes Kriterium der Auswahl war aber zum einen, daß soziale Faktoren wie z. B. Diskriminierungen und negative Reaktionen des Umfeldes auf die Frauen das Le-

ben mit der gesundheitlichen Einschränkung beeinflussen, zum anderen, daß sich in der Vorgeschichte, in dem Beginn, in dem Leben und Alltag mit der Einschränkung sowie in den Folgen besondere Ressourcen, Belastungen und Bewältigungsversuche für Frauen herausarbeiten lassen, die bei Überlegungen zur Gestaltung der Versorgung aufgegriffen werden können.

Aufgrund des gewählten speziellen Bezugspunktes bleibt das Thema der Prävention unberücksichtigt. Die Auswirkungen der gesundheitlichen Lagen auf Schwangerschaften und Kinder finden nur bei einigen Themen Erwähnung.

Die konzeptuellen Überlegungen für die Gestaltung des Kapitels 9.2 finden sich in dem Aufbau der einzelnen Unterkapitel wieder; durch die bereichsspezifischen Aspekte ergeben sich aber unterschiedliche Akzentsetzungen. Insgesamt bildet das Kapitel mit der Konkretisierung weiblicher Bedarfslagen den Übergang zu einer Diskussion frauenangemessener Versorgung in Kapitel 10.5.

Nach einleitenden Klärungen beginnen die Unterkapitel von 9.2 jeweils mit einer Darstellung der spezifischen Aspekte im Lebenslauf, das heißt z. B. mit der Bedeutung einer Behinderung oder einer HIV-Infektion in unterschiedlichen Lebensaltern oder mit der Verortung von Alkohol- und Drogenkarrieren im weiblichen Lebenslauf. Der darauf folgende Abschnitt rekonstruiert jeweils den weiblichen Lebenszusammenhang als Kontext der gesundheitlichen Betroffenheit mit den Aspekten der Lebensformen (einschließlich Kindern und Kinderwunsch), der beruflichen und finanziellen Situation, weiteren Gesundheitsaspekten (Komorbidität) und Dimensionen des privaten Lebens. Erfahrungen von Gewalt und Diskriminierung bilden als Querschnittsthema von hoher Relevanz für die Gesundheit von Frauen einen eigenen Abschnitt innerhalb jedes Unterkapitels. Daten zu sozialen Netzwerken, Bedarfen und Hilfeangeboten werden abschließend zusammengetragen. Insgesamt muß festgestellt werden, daß gerade für eine übergreifende Betrachtung von Krankheit im weiblichen Lebenslauf häufig Daten fehlen und Forschungsbedarf angemeldet werden muß.

9.1 Frauen in besonderen sozialen Lebenslagen

Frauen in besonderen sozialen Lagen werden nur unzureichend vom medizinischen Versorgungssystem - und in der Regel auch von wissenschaftlichen Erhebungen - erreicht; ihre oft gravierenden gesundheitlichen Beschwerden bleiben unerkannt. Dies wird beispielhaft für wohnungslose Frauen und für Prostituierte dargestellt.

9.1.1 Wohnungs-/obdachlose Frauen

Definition von Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot

Im Bundessozialhilfegesetz (BSHG § 2 VO zu § 72) sind Obdach- und Wohnungslose definiert als Personen ohne ausreichende Unterkunft, die in Obdachlosen- oder Behelfsunterkünften leben und die amtlich registriert sind. Der vom Deutschen Städtetag eingeführte Begriff des 'Wohnungsnotfalles' ist zur Erfassung von problematischen Wohnverhältnissen und wohnraumbezogenen Notlagen von Frauen geeigneter als die Definition im § 72 BGHS, da Frauen vor allem in verdeckter Wohnungslosigkeit leben. Im weitesten Sinn in Wohnungsnot sind alle Haushalte, „die über zu wenig Mittel und Hilfen verfügen, um ihre Wohnungsversorgung angemessen und auf Dauer sicherzustellen“ (Schuler-Wallner/Wullkopf 1991: 4). Dazu gehören auch Menschen, die unmittelbar vom Verlust der eigenen Wohnung bedroht sind, die in unter baulichen und hygienischen Aspekten unzulänglichen Wohnungen leben, die ohne Mietvertrag aufgrund von Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen wurden, die selbstzahlend in Billigpensionen sind, die trotz eskalierender Konflikte mit Anderen in einer Wohnung zusammenleben müssen, die in Frauenhäusern wohnen und die mehr als 40 % ihres Einkommens für Wohnkosten aufbringen müssen (Rosenke 1996: 77).

Distanz zum medizinischen Versorgungssystem

Einen eingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung haben insbesondere Frauen, die in Obdachlosenunterkünften oder auf der Straße leben, und zwar stärker als Frauen, die in anderen Formen von Wohnungsnot leben müssen. Es ist ein Teil des Problems, daß keine Daten zur Unterversorgung wohnungsloser Frauen durch das medizinische Versorgungssystem existieren. In einer Umfrage bei obdachlosen Frauen in München (Greifenhagen/Fichter 1998) waren trotz eines schlechten gesundheitlichen Status - 97 % äußerten körperliche Beschwerden, darunter auch schwere chronische Erkrankungen - nur 16 % der Befragten in ärztlicher Behandlung. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe - ein Zusammenschluß der in der Wohnungslosenhilfe tätigen Professionellen - stellt in ihrem Gesundheitspositionspapier 1995 (BAG Wohnungslosenhilfe 1995) fest, daß für wohnungs- und insbesondere obdachlose Frauen medizinische Untersuchungen und Behandlungen nur mit hohem persönlichen Aufwand realisierbar sind. Die Schwierigkeiten liegen auf unterschiedlichen Ebenen.

Wohnungslose Frauen beziehen überwiegend Sozialhilfe oder verfügen über keine reguläre finanzielle Absicherung. Wenn das Sozialamt nicht die Krankenversicherung

übernimmt - was nur selten der Fall ist -, wird die Kostenübernahme für die medizinische Versorgung nach § 37 BSHG geregelt: Die Frau beantragt beim Sozialamt Krankenhilfe, das Sozialamt stellt einen entsprechenden für ein Quartal geltenden Behandlungsschein aus. Der Arzt oder die Ärztin rechnet daraufhin direkt mit dem Sozialamt ab. Der vorgeschaltete Schritt zum Sozialamt überfordert insbesondere die wohnungslosen Frauen, die somatisch oder psychisch erkrankt sind.

Eine weitere Barriere sind Scham und Angst vor Stigmatisierung in einer „normalen“ Arztpraxis. Insbesondere suchen Frauen erst Zugang zu sanitären Einrichtungen (z. B. Duschen), bevor sie sich ärztlich untersuchen lassen (BAG Wohnungslosenhilfe 1995). Die bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen generell hohe Distanz zum medizinischen Versorgungssystem ist hier noch höher. Wohnungslose Frauen mit Suchtproblemen gestehen sich zudem Abhängigkeitserkrankungen häufig nicht ein und offenbaren sie auch nicht. Sie befürchten von Kontakten mit dem Versorgungssystem Kontrollen.

Ein gesondertes Problem stellt die unzureichende Versorgung von Wohnungs- und Obdachlosen mit Substanzabhängigkeiten, psychischen Erkrankungen und insbesondere mit (nach dem ICD-10 möglichen) Doppeldiagnosen von psychischer Erkrankung und Substanzabhängigkeit dar (Wessel 1996a). Sie fallen aus dem Versorgungssystem auch im psychosozialen Bereich heraus. Einrichtungen der Suchttherapie sind mit den Problemen dieser Gruppe überfordert; psychiatrische Einrichtungen haben in der Regel keine spezifisch auf die Situation zugeschnittenen Konzepte und gelten als zu hochschwellig, was die Voraussetzungen für eine Behandlung und das therapeutische Selbstverständnis angeht (vgl. Institut für kommunale Psychiatrie 1996). Zudem gibt es Schwierigkeiten, institutionelle Zuständigkeiten abzugrenzen (vgl. Heuser 1996). Als Auffangeinrichtung fungiert in der Regel die niedrighschwellige Wohnungslosenhilfe. Dies gilt für Frauen und Männer, jedoch ist für Frauen der Zugang zu diesem Angebot eingeschränkt, denn die niedrighschwelligeren Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind auf Männer zugeschnitten, da Wohnungslosigkeit vor allem als Problem von Männern wahrgenommen wird.

Generell fehlen für Wohnungslose Räume für eine Regeneration, so daß Krankheiten häufig nicht auskuriert werden können und verschleppt und chronifiziert werden.

Eckdaten zur Wohnungslosigkeit von Frauen

Generell liegen nur Schätzungen zum Ausmaß weiblicher Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot vor. Der Anteil der Frauen an den Wohnungslosen, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe betreut werden, ist in den letzten Jahren gestiegen und wird derzeit auf 30 % geschätzt.

Tabelle 9.1-1: Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe zu Wohnungslosen 1997

Wohnungslose in ...	geschätzte Zahl in 1.000	Frauenanteil in % der geschätzten Zahl
Mehrpersonenhaushalten	392	39

Einpersonenhaushalten	199	21
Insgesamt	591	30

Quelle: BAG - Wohnungslosenhilfe 1997: 1.

In der Tabelle nicht enthalten sind wohnungslose Aussiedlerinnen und Aussiedler, deren Zahl von der BAG auf 269.000 geschätzt wird. Bei einer Bandbreite der Schätzung von +/- 5 % kommt die BAG für 1997 zu einer Gesamtzahl von 817.000 bis 903.000 wohnungslosen Menschen.

Anhand der Daten des „Dokumentationssystems zur Wohnungslosigkeit Alleinstehender“ (DWA-System) wird die Situation wohnungsloser Frauen erhellt, allerdings werden hier nur diejenigen erfaßt, die sich an eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe wenden. Zu diesen Einrichtungen gehören vor allem Notunterkünfte, betreute Wohnformen und ambulante Fachberatungsstellen; Frauenhäuser werden nicht dazu gezählt. Es ist daher zu berücksichtigen, daß die Zahlen zur Wohnungslosigkeit durch den Filter des Hilfesystems gegangen sind. So ist z. B. die Wohnungsnot von Frauenhausbewohnerinnen ein Teil der Problematik, ohne daß sie hier in der Statistik auftaucht. Die Statistik der Wohnungslosenhilfe erfaßte im Jahr 1995 2.936 Frauen und 20.852 Männer (BAG Wohnungslosenhilfe 1996: 9). Die Zahl der Personen, die ohne jede Unterkunft auf der Straße leben, wird von der BAG auf 35.000 geschätzt. Davon sind 8-11 % Frauen (BAG Wohnungslosenhilfe 1997). Im Zeitverlauf von 1991 bis 1996 ist der prozentuale Anteil der im Sozialhilfektor registrierten wohnungslosen Frauen kontinuierlich von 6,4 % auf 13,4 % gestiegen (ebd.). Laut DWA 1995 stammen 30 % der wohnungslosen Frauen im Hilfesystem aus den neuen Bundesländern mit seit 1994 steigender Tendenz (Rosenke 1996: 77).

Wohnungslose Frauen sind jünger als wohnungslose Männer, häufiger verheiratet und haben häufiger Kinder. Ein Drittel der 1995 registrierten wohnungslosen Frauen war jünger als 30 Jahre gegenüber einem Sechstel der Männer. Zwei Drittel (66,4 %) waren unter 40 Jahren alt (bei den Männern 46,1 %). Die Hälfte der Frauen war ledig, bei den Männern waren es zwei Drittel (50,3 % versus 65,3 %). Der Anteil der Verheirateten war mit 22,0 % (versus 7,4 %) bei den Frauen bedeutend höher und etwa ein gleicher Anteil - ca. ein Viertel - sowohl der Frauen als auch der Männern war geschieden. Unter den Verheirateten befinden sich Frauen in Familien nach Räumungsklagen, aber vor allem vom Partner getrennt lebende Frauen. 17,9 % der Frauen waren Alleinerziehende mit einem oder mehreren Kindern (0,9 % der Männer), 62,7 % waren alleinstehend ohne Kind (94,3 %), 14,6 % lebten in Paarbeziehungen ohne Kind (3,2 %) sowie 4,8 % in solchen mit Kind (1,5 % der Männer).

Frauen und Männer unterscheiden sich bezogen auf die Gründe, die zum Wohnungsverlust geführt haben. Die größte Gruppe der Frauen (46,9 %) verlor ihre letzte Wohnung, weil eine Änderung in der Familie/Beziehung eingetreten war (bei den Männern 29,8 %) (BAG Wohnungslosenhilfe 1996: 9ff.). Das belegt, daß häusliche Konflikte, gescheiterte Partnerschaften und häusliche Gewalterfahrung eine große Bedeutung als Ursache für die Wohnungslosigkeit von Frauen haben.

Wohnungslose Frauen stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Dies betrifft die Art, wie sie mit ihrer Wohnungslosigkeit umgehen ebenso wie die unterschiedlichen Gründe, die zum Wohnungsverlust geführt haben, aber auch die unterschiedlichen gesundheitlichen Problemlagen. Steinert unterscheidet zwischen Frauen, die die Phase der Wohnungslosigkeit gezielt, möglichst rasch und unter Nutzung des Hilfesystems überwinden, Frauen, die sich eine Rückkehr in eine bürgerliche Normalität nicht mehr selbst zutrauen und sich an den Hilfeinrichtungen orientieren, und Frauen, die sich einem subkulturellen Straßenmilieu zuordnen (Steinert 1991).

Unter den wohnungslosen Frauen berichten vor allem diejenigen ohne jegliche Unterkunft über ein hohes Maß an belastenden Lebenserfahrungen, sei es, daß sie in den letzten 12 Monaten Opfer eines Verbrechens (z. B. Körperverletzung: 34 %) geworden waren, sei es, daß sie in ihrem Leben eine versuchte oder vollzogene Vergewaltigung erfahren hatten (63 %), den Tod eines Elternteils (34 %) oder die Alkoholabhängigkeit des Vaters (31 %) verarbeiten mußten (Greifenhagen/Fichter 1998).

Gesundheitliche Situation

Generell ist der Gesundheitszustand Wohnungsloser schlechter als der der allgemeinen Bevölkerung, und Wohnungslose weisen häufig mehrere Krankheiten gleichzeitig auf, wobei gesundheitliche Probleme auch schon vor dem Eintritt der Wohnungslosigkeit bestanden haben können.

Im somatischen Bereich werden bei wohnungslosen Frauen (und Männern) folgende Krankheiten häufiger beobachtet als in der Allgemeinbevölkerung: Verletzungen, hoher Blutdruck, Diabetes mellitus, Lebererkrankungen, Tuberkulose, periphere arterielle und venöse Durchblutungsstörungen und Unterschenkelgeschwüre, HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen (Kebbel 1996: 66). In der bereits erwähnten Münchner Untersuchung, in der 33 obdachlose Frauen im Jahr 1989 intensiv und systematisch zu ihrem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand befragt worden waren, berichteten die Frauen zu 97 % über körperliche Beschwerden, wobei die häufigsten Probleme Atemwegserkrankungen (53 %), Hauterkrankungen (44 %) und Verletzungen und Wunden (16 %) sowie schwere chronische Erkrankungen (15 %) waren (Greifenhagen/Fichter 1998).

In den letzten Jahren wurden psychische Erkrankungen bei Wohnungslosen stärker beachtet. Bei diesen Arbeiten besteht eine Schwierigkeit in der methodischen Erfassung psychischer Erkrankungen. Auch dort, wo sich die Erhebungen auf Diagnosen stützen, müssen die verwendeten diagnostischen Kriterien und die Personen, die die Diagnose angaben, berücksichtigt werden. Mit im einzelnen sehr unterschiedlichen Ergebnissen, was das Ausmaß psychischer Krankheiten im weitesten Sinn betrifft (als Übersicht von Studien zu unterschiedlichen Teilgruppen von Wohnungslosen vgl. Rössler et al. 1994), stimmen die jüngeren kommunalen Studien aus Köln (Nouvertné 1996, Befragungen von Mitarbeitenden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe) und München (Greifenhagen/Fichter 1998, Befragung von Obdachlosen) dahingehend überein, daß etwa zwei

Drittel eine „Störung des Substanzkonsums“ hatten bzw. abhängigkeitskrank waren. Die Prävalenz psychischer Krankheiten wird in der Erhebung in Einrichtungen der Kölner Wohnungslosenhilfe mit etwa einem knappen Viertel angegeben, bei der Befragung Münchner Obdachlosen lag bei über 90 % die Diagnose einer psychischen Krankheit vor, wobei die wichtigsten affektive Störungen, Angststörungen und schizophrene Störungen waren.

In der Münchener Studie (Greifenhagen/Fichter 1998) wird der hohe Anteil psychischer Erkrankungen insbesondere bei obdachlosen Frauen in Verbindung gebracht mit stark belastenden Lebensereignissen in der Biographie, die, wie etwa Erfahrungen sexualisierter Gewalt, teilweise frauenspezifisch sind. Die Ergebnisse müssen aber auch im Licht von Ausgrenzungsprozessen gesehen werden, zu denen unter anderem die unzureichenden Hilfsangebote, gerade für obdachlose Frauen, beitragen.

In der Kölner Untersuchung hatten 16 % der Wohnungslosen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in der Vergangenheit oder zum Untersuchungszeitpunkt Kontakte zu psychiatrischen Einrichtungen (Nouvertné 1996: 46). Bei einer Untersuchung an einer psychiatrischen Klinik in Bielefeld, bei der über den Zeitraum eines Jahres (1993/94) die aktuelle Wohnsituation der zur Akutbehandlung aufgenommenen Patientinnen und Patienten dokumentiert wurde, hatten 21,7 % der aufgenommenen Frauen keinen eigenen Mietvertrag. Bei diesen Frauen überwogen vor allem psychiatrische Erkrankungen, bei einer entsprechenden Gruppe von Männern Abhängigkeitserkrankungen (Wessel 1996b). Zu den in Kapitel 9.2.5 dargestellten Defiziten der stationären psychiatrischen Versorgung von Frauen und zu der männerorientierten Ausrichtung der Hilfen für Wohnungslose kommt hier das Fehlen einer Vernetzung zwischen Fachdiensten für psychisch Kranke, Hilfen für Wohnungslose und den Angeboten des allgemeinen Gesundheitswesens hinzu. Dies bedeutet nicht nur eine schnellere Psychiatrisierung von wohnungslosen Frauen, sondern auch nach einem stationären Aufenthalt eine größere Gefahr der Entlassung auf die Straße.

9.1.2 Prostituierte

Ausschluß von der Kranken- und Sozialversicherung

In der Bundesrepublik Deutschland ist Prostitution grundsätzlich nicht verboten, sie gilt jedoch laut höchstrichterlicher Rechtsprechung immer noch als „sittenwidrige Tätigkeit“ und wird daher nicht als Beruf anerkannt. Demzufolge besteht keine Möglichkeit, der Prostitution in einem arbeitsrechtlich abgesicherten Beschäftigungsverhältnis nachzugehen. Als Prostituierte tätige Frauen haben grundsätzlich keinen legalen Zugang zur gesetzlichen Kranken- und Sozialversicherung. Es besteht lediglich die Möglichkeit, sich im Anschluß an eine vorherige Berufstätigkeit freiwillig weiterzuversichern. Auch private Krankenversicherungen akzeptieren den Abschluß einer Krankenversicherung unter der Tätigkeitsbezeichnung Prostituierte aufgrund der Nichtanerkennung als berufliche Tätigkeit nicht. Die Einnahmen von Prostituierten sind jedoch als „Einnahmen sonstiger Art“ einkommenssteuerpflichtig.

Da Prostituierte unter wahrheitsgemäßer Angabe ihrer Tätigkeit keinen Zugang zu Krankenversicherungen haben, geben etliche eine falsche Berufsbezeichnung, wie beispielsweise Tänzerin oder Kellnerin, an oder gehen Scheinarbeitsverhältnisse ein bzw. nutzen, wenn sie verheiratet sind, als Hausfrau die Möglichkeit der Familienversicherung. Bei einer unter falschen Angaben abgeschlossenen Krankenversicherung kann die Versicherung sich jedoch weigern, anfallende Kosten zu übernehmen, wenn die Erkrankung im Zusammenhang mit der prostitutiven Tätigkeit steht. Darunter können auch die Kosten für Unfälle am oder auf dem Weg zum Arbeitsplatz fallen. Frauen, die der Prostitution nachgehen, sind also nicht nur aufgrund der bestehenden Doppelmoral und ihrer daraus resultierenden moralischen Verurteilung, sondern quasi von Staats wegen gezwungen, ihre Tätigkeit zu verheimlichen und ein Doppelleben zu führen, wenn sie sich krankenversichern und nicht völlig aus dem Netz der sozialen Sicherung herausfallen wollen. Insbesondere schlechter verdienende Prostituierte verfügen jedoch in der Regel über keine Absicherung für den Krankheitsfall. Eine schwere oder längere Erkrankung kann aber auch für besser verdienende Prostituierte einschneidende finanzielle Belastungen und einen sozialen Abstieg bis zur Inanspruchnahme von Sozialhilfe zur Folge haben.

Nur wenige Prostituierte verfügen über eine finanzielle Altersabsicherung. Langjährig in der Prostitution tätige Frauen sind daher zum großen Teil im Alter zur Bestreitung ihres Lebensunterhaltes auf Sozialhilfe angewiesen.

Eckdaten zur Prostitution

In Deutschland ist die soziale Situation von Prostituierten uneinheitlich. Die breite Auslegung von Bundesgesetzen im Gesundheits- und Sozialbereich, die Länderhoheit im Gesundheitswesen mit regional unterschiedlichen Aufgabendefinitionen, Zuständigkeiten und Arbeitsweisen sowie kommunal differierenden Verwaltungs- und Ausführungsvorschriften führen zu unterschiedlichen behördlichen Umgangsweisen mit den als Prostituierte tätigen Frauen und nicht zuletzt zu einem regional unterschiedlichen Zugang von Prostituierten zu medizinischen und sozialen Angeboten.

Wie viele Frauen in Deutschland der Prostitution nachgehen, kann nur grob geschätzt werden. Die Angaben in der wissenschaftlichen Literatur schwanken zwischen 50.000 und 200.000 Prostituierten. Einzelne Prostituiertenprojekte gehen von ca. 400.000 Prostituierten aus. Die Angaben beruhen in erster Linie auf Schätzungen und Hochrechnungen, die zudem von unterschiedlichen Grundannahmen ausgehen (Leopold et al. 1997).

Prostituierte sind keine homogene Gruppe. Sie gehen in sehr unterschiedlichen Settings ihrer Tätigkeit nach. Die Bandbreite reicht von der sogenannten Luxusprostituerten, die nur für sich selbst anschafft, über die Frau, die aus freier Entscheidung den Lebensunterhalt für sich und ihre Familie in der Prostitution verdient, bis zur in tiefer Abhängigkeit von ihrem Zuhälter verstrickten Prostituierten sowie armen und alten Frauen mit teilweise nur sehr geringen Einkünften aus der Prostitutionstätigkeit. Intravenös drogenabhängige Beschaffungsprostituente und Ausländerinnen, die in Deutschland illegal der

Prostitution nachgehen, unterliegen zusätzlichen Diskriminierungen und Stigmatisierungen. Neben Angebot und Nachfrage beeinflussen professionelle Verhaltensweisen in der Prostitution und unterschiedliche Rahmenbedingungen die soziale Situation von Prostituierten.

Die Verdienstmöglichkeiten sind regional unterschiedlich und die letztlich bei den Frauen verbleibende Summe ist darüber hinaus von verschiedenen Faktoren, wie z. B. der Höhe der jeweiligen Abgaben für Zimmer etc. abhängig. Auf dem Straßenstrich verdienen die Frauen pro Kunde zwar weniger, haben aber mitunter mehr Freier pro Tag und geringere Ausgaben als in Appartements und Bordellen. Da die Einnahmen in der Prostitution großen Schwankungen unterliegen, die festen Kosten aber gleichbleibend weiterlaufen, sind etliche Prostituierte mehr oder weniger stark verschuldet.

Gesundheitliche Situation

Prostitution wird häufig mit Geschlechtskrankheiten bzw. sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs), HIV/AIDS, Drogen- und Alkoholkonsum assoziiert. Diverse Studien belegen jedoch, daß sich professionell verhaltende Prostituierte in Deutschland weder überproportional von Geschlechtskrankheiten noch in einem höheren Maße von HIV betroffen sind als die heterosexuelle Allgemeinbevölkerung (u. a. Heinz-Trossen 1993; Leopold/Steffan 1994; Stücker et al. 1997). Dabei beinhalten professionelle Verhaltensweisen in der Prostitution u. a. Kenntnisse über Infektionsrisiken und deren Vermeidung durch konsequente Kondombenutzung bzw. das Anbieten risikoarmer Sexualpraktiken. Prostituierte unterliegen zwar aufgrund ihrer Tätigkeit einem höherem Risiko, sich mit STDs zu infizieren, das bedeutet jedoch nicht, daß Prostituierte als solche eine Risikogruppe sind und in erhöhtem Maße zur Verbreiterung von STDs beitragen.

Über die allgemeine gesundheitliche Situation der nicht von illegalen Drogen abhängigen Frauen, die der Prostitution zur Bestreitung ihres Lebensunterhalts und nicht zum Zweck der Drogenfinanzierung nachgehen, liegen bislang nur wenige empirische Daten vor. Im Rahmen einer bundesweiten Befragung von Prostituierten wurden 24 verschiedene Beschwerden abgefragt. Die Skala zur Beantwortung umfaßte vier Abstufungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht. Im folgenden werden nur diejenigen Beschwerden aufgeführt, die in den Abstufungen stark und mäßig zu mindestens 50 % genannt wurden. 68 % von 250 Befragten gaben an, mäßig bis stark unter Müdigkeit zu leiden. 63 % litten unter einer inneren Gespanntheit, 62 % unter trüben Gedanken, 54 % unter Leibschmerzen, je 53 % unter Konzentrationsschwäche und Energielosigkeit, 52 % unter Kopfschmerzen und 50 % unter kalten Füßen (Leopold 1999). Obwohl es sich bei den genannten Beschwerden nicht um schwere körperliche Erkrankungen handelt, tragen sie erheblich zu einem allgemeinen Unwohlbefinden bei. So gaben denn auch 68,6 % der befragten Prostituierten an, daß Beunruhigung auf ihren Körper übergreift, und 65,7 % machten sich Sorgen um ihre Gesundheit (ebd.).

Vor dem Hintergrund des fehlenden legalen Zugangs zur Krankenversicherung und einem unmittelbaren Verdienstaustausch im Krankheitsfall versuchen viele der Frauen, körperliche Beschwerden so lange wie möglich zu ignorieren und treiben so - auch durch äußere Umstände bedingt - Raubbau mit ihrer Gesundheit.

Institutionalisierte Gesundheitskontrolle von Prostituierten

Ein gesellschaftliches Interesse an der Gesundheit von Prostituierten ist im Kontext von sexuell übertragbaren Erkrankungen zu verzeichnen. Trotz gegenteiliger epidemiologischer Erkenntnisse gelten Prostituierte grundsätzlich als verdächtig, geschlechtskrank zu sein und Geschlechtskrankheiten weiter zu verbreiten. Sie unterliegen somit aufgrund des derzeit noch geltenden Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlKG) der Überwachung und Betreuung durch die Gesundheitsämter, die für die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, somit auch für die Kontrolle, Überwachung und Betreuung von Geschlechtskranken, zuständig sind. Sowohl das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten als auch das Bundesseuchengesetz werden durch das seit einigen Jahren diskutierte Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz) ersetzt. Der genaue Termin der Verabschiedung des Infektionsschutzgesetzes steht noch nicht fest.

Das GeschlKG regelt die Einzelheiten und schreibt vor, daß an den Gesundheitsämtern Beratungsstellen für STDs einzurichten sind. Die inhaltliche Ausgestaltung obliegt aufgrund der Länderhoheit im Gesundheitswesen den einzelnen Gesundheitsämtern. Sowohl die personelle Ausstattung als auch die Angebotsstruktur der STD-Beratungsstellen unterscheiden sich daher bundesweit zum Teil erheblich. Die Hauptzielgruppe der Beratungsstellen sind Prostituierte, wobei im Umgang mit ihnen zwischen einem kontrollierenden und einem auf Freiwilligkeit basierenden Arbeitsansatz unterschieden werden kann (Leopold et al. 1997).

Der kontrollierende Ansatz geht davon aus, daß die Verhinderung der Übertragung von STDs nur durch eine intensive Kontrolle der Prostituierten zu erreichen ist. Demzufolge unterliegen in etlichen deutschen Städten Frauen, die der Prostitution nachgehen, einer regelmäßigen Untersuchungspflicht auf Geschlechtskrankheiten. Als solche sind nach dem GeschlKG definiert: Syphilis, Gonorrhoe, Weicher Schanker (Ulcus molle) und Venerische Lymphknotenentzündungen (Lymphogranuloma inguinale) (vgl. Kapitel 3.5). Die Untersuchungen sind dem Gesundheitsamt entweder durch ein ärztliches Attest nachzuweisen oder sie können - wenn eine entsprechende Angebotsstruktur besteht - in den STD-Beratungsstellen vorgenommen werden.

Überwiegend werden in den kontrollierend arbeitenden Beratungsstellen lediglich Untersuchungen auf die im Gesetz definierten Geschlechtskrankheiten durchgeführt. In einigen Gesundheitsämtern müssen die von Amts wegen verlangten Untersuchungen vom Klientel bezahlt werden. In der Regel wird von Prostituierten alle zwei Wochen ein Gonorrhoe-Abstrich und alle zwei Monate ein Syphilis-Test verlangt. Teilweise differieren die festgelegten Abstände zwischen den Untersuchungsterminen jedoch erheblich.

So verlangen einige Gesundheitsämter beispielsweise jede Woche einen Gonorrhoe-Abstrich, andere wiederum nur jeden Monat (Heinz-Trossen 1993). Hat eine Frau ihren Termin überschritten, wird sie entweder schriftlich angemahnt oder persönlich aufgesucht und aufgefordert, ihrer Untersuchungspflicht nachzukommen. Es können auch polizeiliche Zwangsvorfürungen und Zwangsuntersuchungen eingeleitet werden.

Teilweise werden an Prostituierte auch Gesundheitszeugnisse (die sogenannten Bock-scheine) ausgegeben, die den Untersuchungstermin und vereinzelt auch das Untersuchungsergebnis beinhalten, und die auf Verlangen vorgezeigt werden müssen. Die Bescheinigungen werden in einigen Städten vor Ort von der Polizei und/oder dem Gesundheitsamt kontrolliert.

Der auf Freiwilligkeit basierende Ansatz geht davon aus, daß eine effektive Gesundheitsvorsorge nur durch die individuelle Stärkung des Gesundheitsbewußtseins zu erreichen ist. STD-Beratungsstellen mit diesem Arbeitsansatz verzichten daher auf verpflichtende Untersuchungen und bieten stattdessen auf freiwilliger Basis auch anonym wahrzunehmende medizinische Untersuchungen und teilweise auch soziale Beratung und Unterstützung durch in Beratungsstellen tätige Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter an. Die medizinische Angebotspalette umfaßt häufig nicht nur die Untersuchung auf die gesetzlich definierten Geschlechtskrankheiten, sondern bezieht auch andere STDs und teilweise Hepatitis mit ein. In einigen Beratungsstellen werden zusätzliche gynäkologische Untersuchungen angeboten. Um den Prostituierten die vorhandenen Angebote nahezubringen und sie zu motivieren, diese auch möglichst regelmäßig anzunehmen, ergänzen einige nach dem Freiwilligkeitsprinzip arbeitende Stellen ihre Arbeit durch Streetwork und Aufsuchen von Prostituierten an ihrem Arbeitsplatz. Einigen Beratungsstellen stehen stundenweise Sprachmittlerinnen und Sprachmittler zur Verfügung, um auch ausländischen Prostituierten den Zugang zu erleichtern.

Im Rahmen der Untersuchungen auf Geschlechtskrankheiten bieten die meisten Gesundheitsämter - auch die kontrollierend arbeitenden - zusätzlich einen freiwilligen HIV-Antikörpertest für Prostituierte an. In Bayern besteht dagegen für Prostituierte die Verpflichtung zur regelmäßigen Testung auf HIV-Antikörper.

Die weitaus meisten STD-Beratungsstellen dürfen diagnostizierte Erkrankungen nicht behandeln. Die Behandlung erfolgt grundsätzlich durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Teilweise dürfen die in den STD-Beratungsstellen tätigen Medizinerinnen und Mediziner Privatrezepte ausstellen. In einigen wenigen Städten läßt das jeweilige Gesundheitsdienstgesetz eine (eingeschränkte) Behandlung von Erkrankungen durch in den Beratungsstellen tätige Ärztinnen und Ärzte zu. So können beispielsweise in Hamburg und Berlin unter bestimmten Voraussetzungen die im Gesetz genannten Geschlechtskrankheiten auch in den Beratungsstellen behandelt werden.

Unabhängig vom jeweiligen Arbeitsansatz erreichen die STD-Beratungsstellen mit ihren Maßnahmen und Angeboten nie alle in ihrem Zuständigkeitsgebiet arbeitenden Prosti-

tuieren (Leopold et al. 1997). Jedoch sind freiwillig wahrzunehmende und unterstützende Angebote in Verbindung mit aufsuchender sozialer Arbeit zur Erreichung von Prostituierten erheblich besser geeignet als stark reglementierende Maßnahmen. Insbesondere Frauen, bei denen aufgrund ihrer Lebenssituation und schlechten Arbeitsbedingungen in der Prostitution eher riskante Verhaltensweisen und somit eine stärkere Gesundheitsgefährdung vermutet werden müssen, werden durch Arbeitsansätze, die weniger mit Kontrolle und mehr mit vertrauensschaffenden Maßnahmen arbeiten und ihre Zielgruppe vor Ort aufsuchen, bedeutend besser erreicht. In STD-Beratungsstellen, in denen neben medizinischem Personal auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter tätig sind, kann darüber hinaus auch ein umfassenderes Augenmerk auf die allgemeine (gesundheitliche) Situation des Klientels gelegt werden. So wurden beispielsweise in STD-Beratungsstellen mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bei 55,6 % und in Beratungsstellen ohne diese Professionellen bei 9,8 % der betreuten Prostituierten ein problematischer Umgang mit Drogen bzw. Rauschmitteln wahrgenommen (Heinz-Trossen 1993).

9.2 Frauen in besonderen gesundheitlichen Lebenslagen

9.2.1 Frauen mit Behinderung

9.2.1.1 Einleitung

Was unter Behinderung verstanden wird, ist nicht nur eine Frage wissenschaftlicher Definitionen, sondern dies hat Konsequenzen für die so bezeichneten Personen und die Gesellschaft oder Kultur, in der sie leben. Trotz unterschiedlicher Herangehensweisen und Deutungsmuster läßt sich in der wissenschaftlichen Diskussion eine disziplinenübergreifende Entwicklung des Verständnisses von Behinderung aufzeigen, das sich als eine Abkehr von einem rein medizinischen, defektorientierten Verständnis charakterisieren läßt und als eine Hinwendung zu einer Perspektive, die auch die Abhängigkeit von Gesellschaft und Umwelt thematisiert (Häußler et al. 1996).

Behinderung wird als das Ergebnis des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren, nämlich der medizinisch diagnostizierbaren Beeinträchtigung mit gesellschaftlich-sozialen und ökologischen Bedingungen, begriffen. Behinderung wird über soziale Zuschreibungsprozesse vermittelt, wenn als normal geltende gesellschaftliche Rollenerwartungen nicht erfüllt werden können. Von zentraler Bedeutung ist der international anerkannte dreistufig aufgebaute Behinderungsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1980), an dem sich auch die in Deutschland geltenden gesetzlichen Regelungen und Leistungen für Menschen mit Behinderung orientieren (BMAS 1998). Behinderung entsteht demzufolge im Zusammenspiel von einer medizinisch diagnostizierbaren Schädigung des Organismus (impairment), die Funktions- und Aktivitätseinschränkungen im Alltag nach sich ziehen kann (disability), und gesellschaftlichen Sichtweisen und Normen, die die Erfüllung einer dem Alter, dem Geschlecht, dem kulturellen und sozialen Status entsprechenden Rolle beschränken oder verhindern (handicap). Damit wird Behinderung als soziales Phänomen begrifflich faßbar, und es werden die sozialen und gesellschaftlichen Konsequenzen beschreibbar, die sich für ein Individuum aufgrund seiner besonderen Merkmale ergeben. Von einer solchen allgemeinen Begriffsbestimmung der Behinderung geht auch die begriffliche Abgrenzung in § 3 des deutschen Schwerbehindertengesetzes aus, dort wird jedoch zusätzlich auf eine bestimmte Schwere der Behinderung Bezug genommen. Nach diesem Gesetz wird der Grad der Behinderung (GdB) in Zehnerschritten von 10 bis 100 anhand gutachterlicher Kriterienkataloge festgelegt. Eine Behinderung liegt vor, wenn der Grad der Behinderung mindestens 20 beträgt. Bei einem Schwerbehinderten muß der Grad der Behinderung mindestens 50 betragen. Behinderte mit einem Grad der Behinderung zwischen 30 und 50 werden auf Antrag den Schwerbehinderten zeitlich begrenzt zum Ausgleich von Nachteilen im Arbeitsleben gleichgestellt.

Ein Verständnis von Behinderung als sozialer und gesellschaftlicher Konstruktion - gebunden an die Konstruktion von Normalität - ist kennzeichnend für die neuere sozialwissenschaftliche Diskussion (Münch 1997). Behinderungen werden als gesellschaftlich produzierte Hindernisse betrachtet, die sich in Architektur, Technik, Gesetzen, Institu-

tionen usw. manifestieren und eine sozial übliche Teilhabe am Leben erschweren oder verhindern (Sander 1994). Eine solche Betrachtungsweise impliziert die grundsätzliche Veränderbarkeit der Behinderungen in einem bestimmten gesellschaftlich-historischen Kontext. Die Behinderung entsteht im Umgang und im Handeln mit anderen und stellt sich in diesen Interaktionen immer wieder neu dar (Waldschmidt 1990: 222). Behinderung kann somit begriffen werden als Umgang mit Verschiedenheit, der zur Benachteiligung einer Person führt (Klaes/Walthes, o. J.: 4). Auf der Seite der Behinderten sind nicht nur Einschränkungen, sondern auch Fähigkeiten und Kompetenzen zu beachten.

Unter Bezug auf ein solches Verständnis von Behinderung wird im folgenden die Geschlechtstypik sozialer und gesellschaftlicher Behinderungsprozesse thematisiert. Die Bedeutung, die der Dimension Geschlecht als gesellschaftliches Strukturmerkmal für die Lebenslagen von Frauen mit Behinderung zukommt, steht im Zentrum der folgenden Ausführungen. Schließlich sind es nicht zuletzt die sozialen Rollen Mann und Frau, die die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in unterschiedlicher Weise beeinflussen bzw. beschränken - und zwar zum Nachteil der Frauen. Aus der Perspektive behinderter Frauen wird in diesem Zusammenhang oft von der doppelten Diskriminierung - als Menschen mit Behinderung und als Frauen - gesprochen.

9.2.1.2 Datenlage

Daten über Menschen mit Behinderungen sind vorwiegend in der amtlichen Behindertenstatistik zu finden. Dort sind Frauen insgesamt unterrepräsentiert. Dies erklärt sich zum einen aus der Struktur des Schwerbehindertengesetzes, das sich an der Erwerbstätigkeit und damit am männlichen Lebensmodell orientiert. Die amtliche Statistik enthält nur Angaben über Personen, denen ein Grad von Behinderung von mindestens 50 v. H. zuerkannt wurde. Erfasst wird nur die Zahl der Schwerbehinderten mit gültigem Ausweis, Art, Ursache und Grad der Behinderung sowie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Wohnort. Im Vordergrund der gesetzlichen Regelungen stehen Nachteilsausgleiche und Leistungen im Erwerbsleben. Hier liegt ein Grund, warum insbesondere Frauen, die nicht erwerbstätig sind, in der amtlichen Statistik unterrepräsentiert sind: Sie profitieren weniger von den Leistungen und haben daher ein geringeres Interesse, sich einen Schwerbehindertenausweis ausstellen zu lassen. Dies betrifft vor allem Hausfrauen und Frauen mit Kindern. Bestätigt wird dieser Zusammenhang beim Vergleich zwischen den alten und neuen Bundesländern. In den neuen Ländern sind in etwa gleich viele Frauen und Männer als schwerbehindert gemeldet, während in den alten Bundesländern der Männeranteil größer ist (StBA 1996b). Hier werden unterschiedliche Lebensmuster in Ost und West deutlich. In der DDR war das vorherrschende Lebensmodell auf die Vereinbarung von Beruf und Familie ausgerichtet. Entsprechend zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der berufsbezogenen Anerkennung als schwerbehinderter Mensch. Es wird weiter vermutet, daß Frauen in den alten Bundesländern verglichen mit Männern erst bei besonders schwerwiegenden Einschränkungen und Beeinträchtigungen einen Schwerbehindertenausweis beantragen und so erst spät das Recht auf amtliche Anerkennung in Anspruch nehmen (Niehaus 1995: 161). Diese Einschätzung wird durch die Auswertung

einschlägiger sozioepidemiologischer Studien nahegelegt, wonach Frauen keineswegs seltener von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind als Männer (Niehaus 1989). Aussagen über familiäre und berufliche Lebenszusammenhänge sind auf der Basis dieser Daten nicht möglich.

Die Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit geben Auskunft über die beruflichen Leistungen zur Rehabilitation für Männer und Frauen (BMAS 1998: 61). Die besonderen Probleme von Frauen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation wurden bereits in den 80er Jahren in einer umfassenden Studie untersucht (BMAS 1988). Dabei wurde deutlich, daß sich die Rahmenbedingungen zur beruflichen Wiedereingliederung nicht an den Lebenszusammenhängen von Frauen orientieren. Bis heute sind Frauen in den Statistiken zur beruflichen Rehabilitation stark unterrepräsentiert. Die Daten sind damit nur für einen Teil der Frauen mit Behinderung aussagekräftig.

Hinweise auf Lebenszusammenhänge und Lebensmuster von Frauen mit Behinderung in Deutschland können auf der Basis von Sonderauswertungen des sozio-ökonomischen Panels gewonnen werden. Allerdings erlaubt die Qualität der Daten nur die Einschätzung von Trends, die einer genaueren Überprüfung bedürfen. Des weiteren ist zu bedenken, daß im Panel als Unterscheidungsmerkmal der Besitz eines Schwerbehindertenausweises gilt, so daß ebenso wie in der amtlichen Schwerbehindertensstatistik Frauen unterrepräsentiert sind. Die Panelanalysen geben Hinweise auf unterschiedliche Entwicklungen der Erwerbstätigkeit in den alten und neuen Bundesländern und eine Veränderung der privaten Lebensmuster von Frauen mit Behinderung (Häußler-Sczepan 1995).

Repräsentative empirische Untersuchungen zur Lebenslage behinderter Frauen in Deutschland gibt es nicht. Speziell mit der Situation von Frauen mit Behinderung befassen sich drei regional begrenzte Untersuchungen (Schildmann 1983; Niehaus 1993; Kies et al. 1994) und eine bundesweite Studie (Eiermann et al. 1999), bei der 987 Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung im Alter von 16 bis 60 Jahren befragt wurden. Dies ist die umfassendste und aktuellste Erhebung zu dieser Thematik in Deutschland. Auch in dieser Studie wurden nur Frauen erfaßt, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen. Sie ist daher nicht repräsentativ für Frauen mit Behinderung in Deutschland. Es kann jedoch von einer sehr hohen Aussagekraft der Ergebnisse ausgegangen werden. Auch erlaubt die Anlage der Studie, die quantitative und qualitative Verfahren verschränkt, erstmals weibliche Lebenszusammenhänge und Biographien von Frauen mit Behinderungen sinnhaft in einer lebensgeschichtlichen Entwicklung zu interpretieren.

9.2.1.3 *Behinderungsarten und Behinderung im Lebenslauf*

Zum Jahresende 1995 waren 3 Mio. Frauen und 3,5 Mio. Männer als amtlich anerkannte Schwerbehinderte registriert (StBA 1996b). Die Zahl der Schwerbehinderten nimmt bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter stetig zu. 50,6 % der Schwerbehinderten sind älter als 65 Jahre und 24,8 % gehören zur Altersgruppe der 55- bis 65jährigen

Personen. Insgesamt gibt es unter den als schwerbehindert gemeldeten Personen mehr Männer (53,2 %) als Frauen.

Von zentraler Bedeutung für die individuelle Lebensgeschichte ist die Art der Behinderung und das Alter bei Eintritt der Behinderung, wobei auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation oder Alterskohorte einen prägenden Einfluß hat. Behinderungen und Krankheiten werden auf der Grundlage lebensgeschichtlicher Strategien im Alltag integriert. Bei schon in der Kindheit behinderten Frauen greifen Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung unmittelbar ineinander (Eiermann et al. 1999). Bestimmend ist weiterhin, ob eine Krankheit oder Behinderung sich progredient oder schubweise entwickelt oder plötzlich eintritt. Das Alter bei Eintritt der Behinderung und die Ursache bestimmen die Art der Verschränkung von Lebensbewältigung und Behinderung (ebd.).

Die häufigsten Behinderungsarten sind schwere körperliche Behinderungen. Mehr als zwei Drittel der schwerbehindert gemeldeten Frauen und Mädchen fallen in Kategorien der vorwiegend körperlichen Beeinträchtigungen. 10 % der weiblichen Schwerbehinderten sind sinnesbehindert. Der Anteil geistig-seelischer Behinderungen beträgt ebenfalls ca. 10 % der schwerbehindert gemeldeten Frauen und Mädchen. Der Anteil der Frauen mit der spezifisch weiblichen Behinderung des Verlustes einer oder beider Brüste - meist infolge einer Krebserkrankung - beträgt 5 %.

Tabelle 9.2-1: Frauen und Männer nach Art der schwersten Behinderung 1995

Art der schwersten Behinderung	Frauen in %	Männer in %
Wirbelsäule, Rumpf, Brustkorb	16,6	14,8
Herz-, Kreislauforgane	15,1	16,5
Extremitäten	15,7	18,5
Geistige Behinderung, Hirnorgane	10,4	11,1
Sehbehinderung	6,4	4,0
Hör-, Sprach-, Sprechbehinderung	3,6	4,1
Atemwege	3,1	5,7
Verdauungsorgane	3,5	4,8
Harn-, Geschlechtsorgane	4,4	3,4
Psychosen, Neurosen	2,9	2,3
Stoffwechsel, innere Sekretion	2,6	2,7
Querschnittslähmung	0,2	0,3
Sucht	0,1	0,3
Verlust einer oder beider Brüste	5,0	-
Sonstige	10,4	11,5

Quelle: StBA 1996b, FS 13, R 5.1: 22-25, modifiziert.

Als wichtigste Ursache der schwersten Behinderung weist die amtliche Statistik allgemeine Krankheiten (84,2 %) aus. Bei den schwerbehindert gemeldeten Frauen steht diese Behinderungsursache mit 89,3 % fast ausschließlich im Vordergrund, wogegen die Männer zum Teil noch aufgrund von Kriegsbeschädigungen behindert sind und häufiger einen Unfall als Ursache angeben (vgl. Tabelle 9.2-2). Daß Männer auch häufiger

aufgrund von häuslichen Unfällen behindert sind als Frauen, erklärt sich aus der berufsbezogenen Orientierung der Schwerbehindertentatistik. Es ist davon auszugehen, daß sich Frauen, die nicht erwerbstätig sind, nach Unfällen im Haushalt nicht schwerbehindert melden, weil sie keine finanziellen Vorteile bzw. Leistungen in diesem Zusammenhang erhalten. Angeborene Behinderungen haben nur 4,6 % der schwerbehindert gemeldeten Personen. Auch Sinnesbehinderungen oder geistige Behinderungen sind keineswegs immer angeboren. Frauen und Männer unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht. Es ist daher davon auszugehen, daß nur wenige der erwachsenen Schwerbehinderten die Erfahrung von Behinderung und von Reaktionen des Umfeldes auf die Behinderung schon als Kind gemacht haben.

Die Schwerbehindertenstatistik gibt keine Auskunft darüber, zu welchem Zeitpunkt im Leben die Behinderung aufgetreten ist. Die bundesweite Befragung von Eiermann et al. (1999) kam zu dem Ergebnis, daß die Behinderung meist erst im mittleren Lebensalter auftrat. Wenn die Behinderung nicht angeboren war oder von Geburt an bestand, betrug das durchschnittliche Alter der Frauen bei Eintritt der Behinderung 36,6 Jahre.

Tabelle 9.2-2: Ursache der schwersten Behinderung nach Geschlecht 1995

Ursache der schwersten Behinderung	Frauen (in %)	Männer (in %)
Angeborene Behinderung	4,6	4,7
Arbeitsunfall, Berufskrankheit	0,4	2,3
Verkehrsunfall	0,4	0,9
Häuslicher Unfall	0,1	0,2
Häuslicher oder nicht näher bezeichneter Unfall	0,3	0,6
Anerkannte Kriegs-, Wehrdienst-, od. Zivildienstbeschädigung	0,3	6,7
Allgemeine Krankheit (einschl. Impfschaden)	89,3	79,8
Sonstige, mehrere oder ungenügend bezeichnete Ursachen	4,6	4,8

Quelle: StBA 1996b, FS 13, R 5.1: 40, modifiziert.

Die Lebenssituation von Frauen mit Behinderung umfaßt ein sehr breites Spektrum unterschiedlicher Anforderungen, Erfahrungen und Bewältigungsressourcen.

Der Anteil der Personen mit Behinderungen wächst mit zunehmendem Alter. Mädchen und Frauen mit Behinderungen machen 5 % der Gesamtbevölkerung aus. Im Erwachsenenalter sind ca. 10 % der Gesamtbevölkerung schwerbehindert gemeldete Menschen. Dieser Anteil steigt auf schätzungsweise 30 % bei den über 80jährigen Personen (BMAS 1998: 104f.).

Das zahlenmäßige Geschlechterverhältnis der schwerbehindert gemeldeten Personen wandelt sich ebenfalls mit zunehmendem Alter. In der Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter sind mehr Männer behindert und behindert gemeldet. In der Kindheit beträgt die zahlenmäßige Relation drei Jungen zu zwei Mädchen (vgl. Speck 1993; Mühl 1994; Häußler/Bormann 1997: 52). Erklärungen dieses Unterschieds beziehen sich auf die höhere körperliche und genetische Anfälligkeit des männlichen Geschlechts

sowie auf geschlechtsspezifische Rollenanforderungen und -muster, wonach zum einen Mädchen anpassungsfähiger und zum anderen die männlichen Kinder und Jugendlichen höheren Leistungserwartungen ausgesetzt sind (Mühl 1994). Ab der Altersgruppe von 65 Jahren überwiegen die Frauen mit 56,3 % in der Schwerbehindertenstatistik, was vor allem auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen ist.

Table 9.2-3: *Schwerbehinderte nach Alter und Geschlecht 1995*

Alter: von...bis unter...Jahren	Frauen (in %)	Männer (in %)	Gesamt (in %)
- 15 Jahre	1,7	2,0	1,9
15 - 25 Jahre	1,8	2,1	1,9
25 - 45 Jahre	9,7	10,7	10,2
45 - 65 Jahre	30,5	39,6	35,4
≥ 65 Jahre	56,3	45,6	50,6

Quelle: StBA 1996b, FS 13, R 5.1: 11, modifiziert.

Kinder und Jugendliche sind generell in den Schwerbehindertenstatistiken stark unterrepräsentiert, da in diesen Altersgruppen Schädigungen häufig noch nicht erkannt oder bestimmte Phänomene noch nicht als Behinderung eingestuft werden (Häußler/Bormann 1997: 61) und eine Vielzahl von Beeinträchtigungen erst später in der Kindheit und Jugend auftritt. Überdies werden behinderte Kinder oft nicht in der allgemeinen Statistik erfaßt, da das Recht auf sozialstaatliche Leistungen bei Kindern nicht im selben Maße von der amtlichen Anerkennung als schwerbehindert abhängig ist wie bei Erwachsenen. Dies betrifft Mädchen und Jungen in gleicher Weise.

Die geschlechtsspezifische Erziehung behinderter Mädchen wird vom Ausmaß der Behinderung beeinflusst. Während Mädchen mit leichteren Körperbehinderungen eher zur Übernahme hausfraulicher Tätigkeiten erzogen werden, wird schwerer behinderten Mädchen vermittelt, daß sie keine richtige Frau werden können. Von letzteren werden eher intellektuelle Bestleistungen als Kompensation verlangt (Ewinkel/Hermes 1985). Eiermann et al. (1999) zeigen, wie sich im Zuge allgemeiner gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse auch die geschlechtsspezifische Sozialisation von Mädchen mit Körper- und Sinnesbehinderung wandelt. Behinderung wird zunehmend weniger als Stigma vermittelt, und die Mädchen werden weniger sozial ausgeschlossen. Normalität wird ihnen weniger abgesprochen als früheren Generationen. Die Teilhabe an der Welt der Nichtbehinderten müssen Mädchen und Frauen jedoch durch individuelle Anpassungsleistungen erbringen, das heißt, sie müssen im Alltag unter zum Teil großen persönlichen Anstrengungen ihr „Normal“-Sein unter Beweis stellen. Entsprechend stehen in der Jugend und im mittleren Lebensalter der Frauen mit Behinderung die für das jeweilige Alter allgemein üblichen biographischen Themen im Zentrum ihrer Lebensgestaltung: Ausbildung, Beruf, Partnerschaft, Sexualität und Mutterschaft - typische weibliche Lebensthemen und -muster, die allerdings unter der Bedingung einer Körper- oder Sinnesbehinderung als Einschränkung und/oder Stigma eine besondere Ausprä-

gung erfahren und besonderer individueller Anpassungsleistungen und Anstrengungen bedürfen (ebd.).

Wenn die notwendige Herstellung von Normalität einer besonderen und kontinuierlichen Anstrengung bedarf, wird ein Verlust der individuellen Leistungsfähigkeit zum Problem. Gerade bei älteren Frauen mit Behinderung, die aus dem Erwerbsleben herausfallen, zusätzliche altersbedingte körperliche Einschränkungen haben und häufig sozial isoliert leben, kumulieren die Belastungen (ebd.). Obwohl mehr als die Hälfte aller schwerbehindert gemeldeten Frauen mit Behinderung 65 Jahre und älter ist, gibt es hierzu keine speziellen Untersuchungen. In stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Deutschland sind nur 12 % der Bewohnerinnen und Bewohner älter als 65 Jahre, wobei der Anteil der Frauen und Männer ausgeglichen ist (Schneekloth/Müller 1997: 19). Dies erklärt sich zum einen aus der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik behinderter Menschen, zum anderen leben viele ältere Frauen mit Behinderung in Alten- und Pflegeheimen. Schließlich sind 79 % der in Alteneinrichtungen lebenden Menschen weiblichen Geschlechts (ebd.).

9.2.1.4 Weiblicher Lebenszusammenhang als Kontext: Leben mit Behinderung

Lebensformen von Frauen mit Behinderung

Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, die selbständig in Privathaushalten leben, sind nach der Untersuchung von Eiermann et al. (1999) überwiegend verheiratet (63,8 %); sie leben in einer festen Partnerschaft (75,3 %), und sie haben eigene Kinder (70 %). Den aktuellen Daten des sozio-ökonomischen Panels (1995) zufolge ist der Unterschied in der Verteilung der Familienstandsformen zwischen Frauen mit und ohne Behinderung, wenn nicht nach Alter differenziert wird, gering, während frühere Untersuchungen durchgängig zu dem Ergebnis kamen, daß behinderte Frauen weniger häufig verheiratet sind als nichtbehinderte Frauen und als behinderte Männer (Schildmann 1983; Socialdata 1984; Niehaus 1989; Niehaus 1995). Das erhöhte Scheidungsrisiko und die geringeren Verheiratsquoten wurden damit erklärt, daß die Frauen für das Nichterfüllen des weiblichen Schönheitsideals „bestraft“ werden (Schildmann 1983: 53) und daß sich alleinstehende Frauen im erwerbsfähigen Alter häufiger als schwerbehindert anerkennen lassen und daher in der amtlichen Statistik häufiger vertreten sind (Niehaus 1989: 126). Ein Vergleich des Familienstands von Frauen mit Behinderung mit den Mikrozensus-Daten zur weiblichen Bevölkerung von 1993 (Engstler 1998) zeigt innerhalb der einzelnen Altersgruppen auch heute noch einen höheren Anteil der Ledigen unter den Frauen mit Behinderung verglichen mit altersgleichen Frauen der weiblichen Bevölkerung (Eiermann et al. 1999).

Zwischen Frauen ohne Behinderung und geistig behinderten Frauen, die in Einrichtungen leben, gibt es nach wie vor gravierende Unterschiede bezogen auf Lebensform und Familienstand. Geistig behinderte Frauen haben größere Schwierigkeiten, eine Erwachsenenidentität zu finden, als geistig behinderte Männer. Heirat und Kinder sind in der Vorstellung der Frauen die wesentlichsten Attribute für das Erwachsensein - ein Lebens-

muster, das geistig behinderten Frauen in der Regel verwehrt ist (Bader 1987: 24). Frauen mit geistiger Behinderung fällt der Verzicht auf eine eigene Familie ungleich schwerer als den behinderten Männern, deren Vorstellungen vom Erwachsensein eher mit Autofahren, Ausgehen oder dem Besitz von technischen Geräten verbunden sind - Ziele, die auch im Heim realisierbar sind (ebd.). Der Verzicht auf Kinder und Familie wird von den geistig behinderten Frauen als Vorenthalten von Aspekten weiblicher Identität empfunden (Hoven 1985) und läßt sie mit als die am stärksten benachteiligte Gruppe von Frauen mit Behinderungen erscheinen, denen vitale Dimensionen des Daseins verwehrt sind (Aurien 1994; Zemp/Pircher 1996).

Berufliche und ökonomische Situation

Ausbildung und Beruf sind von zentraler Bedeutung für die gesellschaftliche Integration von Menschen mit Behinderung. Frauen mit Behinderung verfügen häufiger über einen allgemeinen Schulabschluß als Männer mit Behinderung, die eher eine Sonderschule besucht haben (Infratest 1992; Häußler et al. 1996). Allerdings ändert sich dieses Verhältnis beim beruflichen Abschluß: 75 % der Männer mit Behinderung im Vergleich zu 53 % der Frauen mit Behinderung haben eine abgeschlossene Berufsausbildung (Infratest 1992). Dieses allgemein für Frauen nachweisbare Muster der Benachteiligung von Frauen im Rahmen beruflicher Ausbildungswege trifft somit auch für Frauen mit Behinderung zu.

In der beruflichen Rehabilitation sind behinderte Frauen durchgängig unterrepräsentiert. Seit mehr als einem Jahrzehnt liegt der Anteil der Frauen an Maßnahmen, die auf die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben zielen, bei ca. 30 %. Zwar hat sich die Zahl der Teilnehmerinnen an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation in den Jahren von 1994 bis 1996 mehr als verdoppelt, doch ist der Frauenanteil bei insgesamt gestiegenen Fallzahlen nahezu gleichgeblieben (vgl. BMAS 1994: 51; BMAS 1998: 62).

Auch in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken sind Frauen und Mädchen nicht angemessen vertreten. In den Berufsbildungswerken, die der Erstausbildung dienen, beträgt der Frauenanteil ca. 34 %, und in den Berufsförderungswerken, die eine Zweitausbildung anbieten, sind Frauen nur noch mit einer Quote von 10-20 % vertreten (vgl. Hermes 1994: 29). Diese Quote hat sich seit 1984 kaum geändert (BMAS 1994: 49; BMAS 1998: 63).

Mit der mangelnden Schulbildung behinderter Frauen läßt sich die geringe Repräsentanz in Maßnahmen der beruflichen Bildung und Ausbildung nicht erklären. Ebenso wie bei nichtbehinderten Frauen wird die geschlechtsspezifische Rollenverteilung bei der Berufseinmündung manifest. Obwohl behinderte Frauen im Bereich der schulischen Ausbildung ebenso qualifiziert bzw. eher schneller und besser als behinderte Männer abschneiden (vgl. BMAS 1988: 113, 229, 259), werden sie im beruflichen Bereich eher ausgemustert. Behinderte Frauen arbeiten sehr viel häufiger als behinderte Männer nach dem Sonderschulabschluß direkt in einer Werkstatt für Behinderte, oder sie begeben sich gleich in den Bereich der unbezahlten Hausarbeit (Degener 1995: 3).

Frauen mit Behinderung verfügen seltener über eine abgeschlossene Berufsausbildung als die vergleichbare Gruppe von Männern. Diese Benachteiligung setzt sich im weiteren beruflichen Bereich fort. Auch an beruflichen Fortbildungsmaßnahmen nehmen fast ausschließlich Männer teil (vgl. BMAS 1988: 90, 104, 453). Frauen sind in Berufsförderungswerken unterrepräsentiert. Frauen, die an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen, sind meist nicht älter als 35 Jahre und eher alleinstehend als behinderte Männer in Umschulungseinrichtungen (Hermes 1994: 57). Diese Besonderheit läßt sich auf zwei Bedingungen zurückführen: Zum einen sind Umschulungen in der Regel an eine vorherige Berufstätigkeit gebunden, so daß Hausfrauen meist nicht zum Kreis der Rehabilitantinnen zählen (Hermes 1994: 58). Zum anderen sind Berufsförderungswerke meist große zentralisierte Einrichtungen mit Internaten, in denen die zwei Jahre dauernde Umschulung wohnortfern durchgeführt wird. Dies setzt die regionale und familiäre Ungebundenheit des Einzelnen voraus, ist also ausschließlich an männlichen Lebensmustern orientiert und bedeutet für die meisten betroffenen Frauen, aber auch für Männer eine enorme Überforderung, wie die relativ hohe Gesamtabbrecherquote von 25 % verdeutlicht (Tews 1986: 14).

Behinderte Frauen mit Familie, die über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, sind im bestehenden System der Rehabilitationsmaßnahmen ebensowenig vorgesehen wie nicht erwerbstätige Hausfrauen, denen bereits der Anspruch auf eine Umschulung abgesprochen wird. Selbst bei hoher Motivation wird Frauen mit Familie oft eine Rehabilitationsmaßnahme verwehrt, weil sie keine geregelte Kinderbetreuung nachweisen können (BMAS 1988: 317ff.). Oftmals haben sogar Frauen, die noch keine eigene Familie haben, keine Chance auf Bewilligung, wenn sie im Beratungsgespräch entsprechende Absichten bekunden. Männer werden gleich gar nicht danach gefragt. So schließt sich spätestens im Rahmen der Rehabilitationsberatung der Kreis: Weil Frauen Familie haben oder haben könnten, wird ihnen keine adäquate Berufsausbildung bewilligt. Sollten sie jedoch die Familienphase bereits hinter sich haben, so ist die Maßnahme nicht aussichtsreich, weil die Frauen zu alt sind (ebd.).

Eine weitere Erklärung für die geringe Teilnahme von behinderten Frauen an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ist die schlechtere finanzielle Absicherung aufgrund der meist kurzen oder zerrissenen typisch weiblichen Erwerbsbiographie mit Familienphase (Degener 1995: 12). Der weibliche Lebenszusammenhang erweist sich somit auf allen Ebenen des beruflichen Rehabilitationssystems als ein Faktor der Benachteiligung. Im Rahmen der historisch und systematisch an männlichen Erwerbsbiographien orientierten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sind Frauen nicht vorgesehen.

Aktuelle Daten zur Erwerbsbeteiligung behinderter Frauen können auf der Basis des Haushaltspanels der Europäischen Union gewonnen werden, das 1994 bei allen Mitgliedstaaten nach einheitlichen Kriterien erhoben wurde (BMAS 1998: 10f.). Danach hat die Bundesrepublik im europäischen Vergleich eine der höchsten Beschäftigungsquoten für Frauen und Männer mit Behinderung. Bei schwer

beeinträchtigten Frauen zwischen 25 und 49 Jahren hat Deutschland mit 51,8 % sogar die höchste Quote im europäischen Vergleich.

Die folgende Tabelle 9.2-4 zeigt die Ergebnisse für Deutschland:

Tabelle 9.2-4: Beschäftigungsquoten von Behinderten nach Grad der Beeinträchtigung, Alter und Geschlecht 1994

Alter	Schwer beeinträchtigte		Etwas beeinträchtigte		Nicht beeinträchtigte	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
in %						
25 - 49 Jahre	51,8	66,5	63,9	89,0	74,1	93,2
50 - 64 Jahre	23,4	25,6	28,6	48,8	41,7	71,4

Quelle: Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten 1998: 10, Internationales Haushaltspanel, Erhebungsjahr 1994.

Die Beschäftigungsquoten behinderter Frauen und Männer spiegeln die allgemeine geschlechtspezifische Benachteiligung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt wider. Nach wie vor sind behinderte Frauen häufiger erwerbslos als behinderte Männer und in sehr viel größerem Ausmaß als nicht beeinträchtigte Frauen. Allerdings reduzieren sich die Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit der Stärke der Beeinträchtigung und dem Alter: Bei schwer beeinträchtigten Frauen und Männern zwischen 50 und 64 Jahren ist die Beschäftigungsquote mit ca. einem Viertel dieser Personen annähernd gleich gering. Das heißt, mit zunehmendem Alter und stärkerer Beeinträchtigung nivelliert sich die stärkere Diskriminierung der Frauen zu einer annähernd gleichen - immer stärker werdenden - Benachteiligung von Menschen mit Behinderung beiderlei Geschlechts. Alter und Schwere der Beeinträchtigung sind somit Faktoren, die die geschlechtsspezifische Benachteiligung überlagern und zurückdrängen.

Hinweise auf unterschiedliche Entwicklungen in den alten und neuen Bundesländern können auf der Basis von Sonderauswertungen des sozio-ökonomischen Panels (1995) gewonnen werden. Frauen ohne Behinderung gaben in Ost und West mit jeweils einem knappen Drittel annähernd gleich häufig an, nicht erwerbstätig zu sein. Frauen mit Behinderung unterscheiden sich jedoch darin, daß 77 % der Frauen in den neuen Bundesländern im Vergleich zu ca. 55 % von Frauen mit Behinderung in den alten Ländern nicht erwerbstätig sind. Männer mit Behinderung sind dagegen mit 43,6 % Nicht-Erwerbstätigen im Westen im Vergleich zu 32,7 % im Osten in den alten Ländern stärker benachteiligt. Daß Frauen mit Behinderung in den neuen Bundesländern die höchste Rate der Nicht-Erwerbstätigen aufweisen, hatten bereits Panelanalysen auf der Basis von Daten aus dem Jahre 1992 ergeben (Häußler-Sczepan 1995). Die damals ermittelte Quote von 74 % nicht erwerbstätigen Frauen mit Behinderung in den neuen Ländern im Vergleich zu 49 % in den alten Bundesländern hat sich nach den hier vorliegenden Ergebnissen erhöht. Der anhaltende Trend läßt sich daher als eine zunehmen-

de Verdrängung von Frauen mit Behinderung aus dem Arbeitsmarkt kennzeichnen, der sich besonders krass im Osten bemerkbar macht. Dies bestätigt auch die Studie von Kies et al. (1994), nach der die Mehrzahl der befragten Frauen mit Behinderung in Ost-Berlin bis 1990 berufstätig war, zum Zeitpunkt des Interviews im Jahre 1994 dagegen nur noch 34 % (ebd.: 6).

Frauen mit Behinderungen verfügen über sehr viel weniger Geld als der Durchschnitt der Bevölkerung, und sie geraten häufiger in den Armutsbereich, zumal Behinderungen zusätzliche Kosten verursachen. Der Behindertenreport für die neuen Bundesländer kommt zu dem Ergebnis, daß Frauen mit Behinderung - ebenso wie Frauen allgemein - in höherem Maße Niedrigeinkommen beziehen (Winkler 1995: 65). Ein Vergleich der alten und neuen Bundesländer zeigt, daß das allgemeine monatliche Nettoeinkommen der Haushalte (berechnet als Äquivalenzeinkommen, d. h. gewichtet nach der Anzahl und dem Alter der im Haushalt lebenden Personen), in denen Frauen mit Behinderung leben, 1997 in den alten Bundesländern durchschnittlich 2.240 DM betrug und in den neuen Ländern 1.852 DM (Eiermann et al. 1999). Damit verfügen die Haushalte im Schnitt über weniger als halb so viel Geld wie der durchschnittliche Haushalt in Deutschland (vgl. Engstler 1998: 148f.). Das persönliche Nettoeinkommen von Frauen mit Behinderung lag 1997 bei ca. 1.785 DM im Westen und bei 1.570 DM im Osten der Republik (Eiermann et al. 1999).

Dimensionen des privaten Lebens

Bedenkt man, daß für Frauen mit Behinderung Kinder wichtig sind, erscheint der Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Schwangerschaft und Verhütung bei diesen Frauen problematisch. Auch wenn keine Vererbung der Behinderung oder Krankheit möglich ist, wird eher davon abgeraten, Kinder zu bekommen. Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, die selbständig in Privathaushalten leben, sind fast 10mal so häufig sterilisiert wie andere Frauen in Deutschland (Eiermann et al. 1999). Mehr als ein Drittel (35,9 %) dieser Frauen, die eine Verhütungsmethode anwenden, sind sterilisiert, knapp ein Drittel (31,6 %) benutzt die Pille, 15,2 % benutzen Kondome und 11,5 % verwenden eine Spirale. Damit unterscheiden sich Frauen mit Behinderung stark von anderen Frauen in Deutschland, die vor allem die Pille (65 %) verwenden und nur zu 4 % sterilisiert sind (vgl. Kapitel 6.2.3). Allerdings hatten die meisten Frauen, die sterilisiert waren, Kinder. Noch krasser ist das Verhältnis bei Frauen mit geistiger Behinderung, die in Heimen leben. Diese sind zu fast zwei Drittel (62,5 %) sterilisiert; 23,2 % nehmen die Pille (Zemp/Pircher 1996). Fast ein Drittel dieser Frauen wurde bereits in der Jugend (häufig auf Betreiben der Eltern) zwangssterilisiert, das heißt, der Eingriff wurde ohne Einwilligung und Kenntnis der Mädchen vorgenommen.

9.2.1.5 Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen behinderter Frauen, insbesondere die sexuelle Ausbeutung und/oder Vergewaltigung behinderter Mädchen und Frauen wurden im deutschsprachigen Raum bis Mitte der 90er Jahre nicht thematisiert (Degener 1993: 26). Amerikanische und

britische Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, daß behinderte Frauen besonders häufig Opfer sexualisierter Gewalt werden (Kennedy 1989; Stimpson/Best 1991), bedingt u. a. durch die Abhängigkeit von Familienangehörigen oder Personal in Einrichtungen (Reif 1993: 60; Schatz 1994: 180). Auf dieses Tabuthema verweisen auch Selbstverteidigungskurse für behinderte Frauen sowie die Resonanz darauf (Gesierich 1992; Mayer 1993; Arnade 1993; Schopmans 1993).

Geistig behinderte Menschen sind in besonderer Weise gefährdet, da sie die schlechtesten Möglichkeiten haben, Sexualität zu leben und zu erleben (Walter 1991: 13; Senn 1993). Eltern und Betreuer strukturieren überwiegend den Tagesablauf, so daß überhaupt jedes mögliche Sexualverhalten abhängig ist von der Toleranz und moralischen Einstellung der betreuenden Personen. „Dadurch wird die Sexualität behinderter Menschen zu einer behinderten oder gar verhinderten, auf alle Fälle zu einer fremd definierten Sexualität“ (ebd.: 14). Dies betrifft in besonderem Maße geistig behinderte Mädchen und Frauen, die noch stärker gefährdet sind, sexuell mißbraucht zu werden als Knaben und Männer (Strasser-Hui 1992: 5).

Die erste umfassende Studie zum Thema sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung wurde 1995 in österreichischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung durchgeführt (Zemp/Pircher 1996). Insgesamt wurde eine Zufallsstichprobe von 130 in solchen Einrichtungen lebenden Frauen zwischen 17 und 69 Jahren befragt. Es handelte sich überwiegend um Frauen mit geistiger Behinderung (57,5 %); 23,5 % der Frauen waren körperbehindert, 12,5 % hatten mehrfache Behinderungen und 6,6 % waren lernbehindert (ebd.: 58). Frauen mit Sinnesbehinderung und selbständig in Privathaushalten lebende Frauen wurden in dieser Untersuchung nicht erfaßt. Mehr als jede zweite befragte Frau hatte einmal oder mehrmals in ihrem Leben sexualisierte Gewalt erfahren. Die sexuellen Übergriffe kamen vor allem aus dem direkten sozialen Umfeld. 75,4 % der fast ausschließlich männlichen Täter waren den befragten Frauen bekannt: angefangen vom Vater über den Pflege- oder Stiefvater, Heimbewohner bis hin zum „anderen –bekannt“ (ebd.: 78).

Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, die selbständig in Privathaushalten leben, geben zu 10 % an, schon einmal gegen ihren Willen zum Geschlechtsverkehr oder einer anderen sexuellen Handlung gezwungen worden zu sein (Eiermann et al. 1999). Bei den Tätern handelte es sich überwiegend um eine Person aus dem nahen sozialen Umfeld (80,4 %), d. h. um Familienangehörige oder gute Bekannte. Nur bei einem Fünftel (19,6 %) der Frauen waren der oder die Täter fremde Personen. Weitere 10,6 % der befragten Frauen hatten verneint, jemals mit Gewalt und gegen ihren Willen zu Geschlechtsverkehr gezwungen worden zu sein, aber angegeben, daß sie schon einmal gezwungen wurden, sich nackt auszuziehen oder sexuellen Handlungen zuzuschauen, daß sie auf unangenehme Weise an den Geschlechtsteilen berührt wurden oder ihnen Geschlechtsteile vorgezeigt wurden. Diese Studie kann aber keine Angaben machen, wie häufig Frauen *als Behinderte* Gewalt erfahren haben, da unter Umständen die Gewalterfahrungen vor dem Eintritt der Behinderung lagen.

Die Prävalenzzahlen von sexueller Gewalterfahrung bei Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, die selbständig in Privathaushalten leben, liegen - auch in Anbetracht der Probleme der Vergleichbarkeit von Daten - in etwa in dem Bereich der Ergebnisse allgemeiner Umfragen, während Frauen mit geistigen Behinderungen und/oder solche, die in Einrichtungen leben, deutlich häufiger betroffen sind (vgl. Kapitel 5.3 mit Vergleichszahlen).

9.2.1.6 Soziale Netzwerke, Bedarfe und Hilfen

Soziale Netzwerke

Das soziale Netzwerk und die Unterstützungsressourcen von selbständig lebenden behinderten Frauen wurden von Niehaus (1993) untersucht. Sie kam zu dem Ergebnis, daß durchschnittlich fünf Bekannte und ca. vier Verwandte den sozialen Bezugskreis behinderter Frauen ausmachen (ebd.: 121). Dabei sind die Bekannten eher für die psychologische Alltagsunterstützung zuständig und die Verwandten eher für die behinderungsspezifische Unterstützung. Institutioneller und professioneller Unterstützung kam nur marginale Bedeutung zu. Dies bestätigen auch einschlägige Studien zum Hilfe- und Pflegebedarf und zur häuslichen Pflegesituation allgemein, wonach Pflege im Haushalt vorwiegend „Familienpflege“ ist (vgl. Hedtke-Becker 1990: 16; Häußler et al. 1996: 305). Es sind vor allem weibliche Familienangehörige, die behinderte Frauen bei der persönlichen Versorgung, der Haushaltsführung und der Mobilität unterstützen (Niehaus 1993: 122; vgl. Infratest 1992: 46; Häußler et al. 1996: 307). Bei den pflegenden Männern handelt es sich meist um den Ehepartner (vgl. Hedtke-Becker 1990: 39). Unterschiede zeigen sich dahingehend, daß behinderte Frauen im Vergleich zu anderen auf Hilfe angewiesenen Personengruppen durchschnittlich mit der Unterstützung relativ weniger Verwandter rechnen können (Niehaus 1993: 122). Besonders benachteiligt sind alleinstehende und nicht erwerbstätige Frauen sowie Frauen mit einem schlechten Gesundheitszustand. Für diesen Personenkreis wurde ein noch dünneres Helferinnennetz ermittelt (ebd.). Es zeigte sich somit eine Kumulation von Problemlagen dahingehend, daß diejenigen, die am meisten Hilfe benötigen, über die geringsten Ressourcen verfügen.

Im Gegensatz zur Familienpflege wird die - immer noch relativ seltene - professionelle Assistenz in privaten Haushalten in der Regel von Männern geleistet. Oft gilt es auch in Institutionen als „normal“, daß Frauen im Intimbereich von Männern versorgt werden (Stötzer 1994: 77). Entgegen der gängigen Vorstellung, daß Frauen aufgrund ihrer weiblichen Eigenschaften und Fähigkeiten besser zur Pflege geeignet seien, gilt im professionellen Bereich das kostengünstigere Modell der männlichen Zivildienstleistenden. Ausschlaggebend sind dabei die Kosten und nicht die Bedürfnisse der auf Assistenz angewiesenen Frauen. In einer bundesweiten Befragung von 987 erwachsenen Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen waren fast alle Befragten (94 %) der Meinung, daß behinderte Frauen grundsätzlich die Freiheit haben sollten, zu wählen, ob sie von einem Mann oder einer Frau gepflegt werden wollen (Eiermann et al. 1999).

Das Modell der persönlichen Assistenz wird als das für eine selbstbestimmte Lebensführung beste propagiert. Behinderte Frauen wollen nicht mehr durch traditionelle Organisationen mit Pflege nach festgelegten und zeitlich eng befristeten Dienstplänen versorgt werden, sondern alle Entscheidungskompetenzen, Rechte und Pflichten, die mit der Organisation von persönlicher Assistenz zusammenhängen, möglichst selbst übernehmen (Radtke 1994: 50). Auf diese Weise kann eine selbstbestimmte Lebensführung mit individueller Gestaltungsfreiheit ermöglicht werden, die auch die Verwirklichung spontaner Entschlüsse und Aktivitäten einschließt.

Versorgung, Bedarfe und Hilfen

Der Studie von Eiermann et al. (1999) zufolge klagten 18,3 % der Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung über demütigende Erfahrungen im Rahmen allgemeiner medizinischer, pflegerischer oder technischer Untersuchungen, Behandlungen und Maßnahmen. In den Interviews wurde die Kritik seitens der Befragten formuliert, daß sie in ihrer Laienkompetenz als Expertinnen für ihren Körper und ihre Behinderung von ärztlichen Spezialistinnen und Spezialisten übergangen und ihre subjektive Wahrnehmung und Äußerung von Beschwerden nicht ernst genommen wurden.

Was Frauen mit Behinderung brauchen, um ihr Leben aktiv und selbstbestimmt zu gestalten und den Alltag zu bewältigen, hängt von ihrem Alter, der Kohorten- und Schichtzugehörigkeit etc. und der Art der Behinderung ab (Eiermann et al. 1999). Bei Frauen mit Sinnesbehinderungen ist der Zugang zur Welt beeinträchtigt. Sie brauchen besondere Hilfen, um am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, um mit anderen kommunizieren zu können, um verstanden zu werden. Bei Frauen mit körperlichen Bewegungsbeeinträchtigungen ist die Barrierefreiheit der materiellen Umwelt wichtig, bei Frauen mit chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes oder Nierenerkrankungen fehlt eine Aufklärung im sozialen Umfeld über die besonderen krankheitsspezifischen Bedürfnisse. Krankheitsbedingtes Verhalten wird oftmals in schuldhafter Form den kranken Frauen selbst zugeschrieben (ebd.). Die Situation von Frauen, die selbständig in Privathaushalten leben, erfordert andere Unterstützung als die von geistig und schwerst mehrfach behinderten Frauen, die in Heimen leben (Wacker et al. 1998). Den Frauen mit nicht-sichtbaren oder leichteren Behinderungen fällt es oft schwer, die Bedürfnisse nach notwendiger Sonderbehandlung zu formulieren und umzusetzen, wenn ihnen von der Umwelt entgegengebracht wird: „Du bist doch gar nicht behindert“. Frauen mit sichtbaren Behinderungen sprechen dagegen von übertriebenen Reaktionen der Umwelt wie Anstarren, Wegschauen etc. (Eiermann et al. 1999).

In der Studie von Eiermann et al. (1999) wurden als Konsequenz aus der Befragung gesellschaftliche Bereiche benannt, in denen ein Veränderungsbedarf besteht. Eine hohe Bedeutung kommt angesichts der schwierigen finanziellen Situation und der schlechten Integration in den Arbeitsmarkt dem beruflichen Bereich zu. Eine doppelte Diskriminierung - als Frau und als Behinderte - gilt auch in dem gesamten Bereich psychosozialer und medizinischer Hilfen. Alle Beratungs- und Hilfeangebote für Frauen sind auch für

Frauen mit Behinderungen zugänglich zu machen (Barrierefreiheit, Gebärdensprache etc.), insbesondere auch die Unterstützungsangebote für Überlebende sexualisierter Gewalt. Bei Beratungsarbeit ist ein Peer-counselling-Ansatz zu bevorzugen, das heißt, Frauen mit Behinderung beraten Frauen mit Behinderung. Isoliert lebende und ältere Frauen mit Behinderung brauchen gesonderte Angebote. Generell ist die besondere Lebenssituation - je nach Art und Schwere der Behinderung, je nach sozialen Aspekten wie Berufstätigkeit, Mutterschaft, Lebensalter etc. - zu berücksichtigen, und die Ressourcen und Kompetenzen der Frauen sind als Ausgangspunkt zu nehmen.

Die soziale und geschlechtsspezifische Dimension von Behinderung sollte ein fester Bestandteil der Ausbildung von Professionellen (Beraterinnen, Ärztinnen und Ärzten, medizinischem Personal, Lehrerinnen und Lehrern) sein und Wissen über die besondere Situation und die Bewältigungsanforderungen von Frauen mit Behinderung vermitteln. Spezielle Curricula für Gynäkologinnen und Gynäkologen zu Verhütung, Sterilisation, humangenetischer Beratung, Schwangerschaft und Mutterschaft von Frauen mit Behinderungen sind erforderlich. Eine frauengerechte Versorgung sollte auch den Aspekt von Ausschluß und Benachteiligung, der an die Einschränkung geknüpft ist, einbeziehen.

9.2.1.7 Zusammenfassung

Die ca. 3 Mio. Frauen, die 1995 als amtlich anerkannte Schwerbehinderte registriert wurden, sind eine heterogene Gruppe: Etwa zwei Drittel haben vorwiegend körperliche Beeinträchtigungen, ca. 10 % sind sinnesbehindert und geistig-seelische Behinderungen machen ebenfalls einen Anteil von ca. 10 % aus. Wichtigste Ursache (bei 89,3 % der als schwerbehindert gemeldeten Frauen) sind Krankheiten; häufig treten Behinderungen erst im mittleren oder höheren Alter ein.

Die Ergebnisse der Studie von Eiermann et al. (1999) verdeutlichen die Unterschiedlichkeit der Lebenssituation von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, die selbständig in Privathaushalten leben, mit der der Frauen mit geistiger Behinderung und der schwerst und schwerstmehrfach Behinderten, die in Einrichtungen leben.

Die Ergebnisse dieser ersten umfassenden Studie zeigen auch, daß die allgemeinen Veränderungen der weiblichen Sozialisation vor den Mädchen mit Körper- und Sinnesbehinderungen nicht halt gemacht haben: Sie haben Zugang zu Ausbildungsmöglichkeiten und erheben Ansprüche auf Teilhabe und Integration, verlangen aber von sich selbst, daß sie durch individuelle Anstrengung ihre eigene „Normalität“ und Leistungsfähigkeit unter Beweis stellen. Aufgrund der besonderen Situation erfahren sie allerdings Nachteile im Ausbildungs- und Berufsbereich, die nicht durch individuelle Leistung kompensierbar sind. Im mittleren Lebensalter sind diese Frauen überwiegend verheiratet und haben eigene Kinder. Die Behinderung tritt bei vielen erst in der Familienphase ein. Der Anteil der Frauen mit einer Sterilisation ist zehnmal so hoch wie in der altersgleichen Bevölkerung; die Frauen lassen sich aber meist erst sterilisieren, wenn sie bereits Kinder haben.

Geistig behinderten und schwerst und schwerstmehrfach behinderten Frauen, die in Einrichtungen leben, werden Mutterschaft und Familie - für sie selbst sehr wichtige Dimensionen des Frauenlebens - verwehrt. Sie sind auch sehr viel häufiger als Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung von sexualisierter Gewalt betroffen. Ein Drittel dieser Frauen wurde in der Jugend, überwiegend auf Betreiben der Eltern, sterilisiert.

Frauen mit Behinderung allgemein haben seltener als Männer mit Behinderung eine abgeschlossene Berufsausbildung, sie sind häufiger erwerbslos und sind bei der beruflichen Rehabilitation unterrepräsentiert. Die Verdrängung von Frauen mit Behinderung aus dem Arbeitsmarkt läßt sich besonders deutlich in den neuen Bundesländern beobachten. Frauen mit Behinderung verfügen über weniger Geld als der Durchschnitt der Bevölkerung - eine Folge auch der schlechten beruflichen Situation.

Für Frauen mit Behinderung treffen die Benachteiligungen zu, die Frauen allgemein erleiden (z. B. im beruflichen Bereich), hinzu kommen aber weitere behinderungsspezifische Diskriminierungen und Nachteile. Auch im Versorgungsbereich gilt die „doppelte Diskriminierung“: Frauen mit Behinderung sind teilweise von Angeboten für Frauen allgemein ausgeschlossen und sie müssen nicht nur die Besonderheit der Lebenssituation als Frau, sondern auch als Behinderte bewältigen.

9.2.2 Frauen mit riskantem Alkoholkonsum und alkoholranke Frauen

9.2.2.1 Einleitung

Für den vorliegenden Bericht, in dem Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit in getrennten Abschnitten dargestellt werden, ergibt sich das Problem der unscharfen Abgrenzung zwischen riskantem Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit. Ein Bezug auf die subjektive Selbstdefinition als „alkoholabhängig“ ist insofern wenig sinnvoll, als es für ein charakteristisches Merkmal von Alkoholabhängigkeit gehalten wird, daß die ärztliche Diagnostik und die Selbstdefinition auseinanderklaffen („fehlende Krankheitseinsicht“). Probleme, wie sie für alkoholranke Frauen beschrieben werden, finden sich bereits bei riskantem Konsum, so daß unter der Perspektive der Lebenssituation von Frauen in gesundheitlich belasteten Lebenslagen von einem Kontinuum zwischen riskantem Konsum und Krankheit ausgegangen wird und Frauen, die riskant Alkohol konsumieren, in die Darstellung einbezogen werden.

Alkoholabhängigkeit wurde 1968 als Krankheit in die Reichsversicherungsordnung (RVO) aufgenommen. Die heute üblichen Abhängigkeitskriterien richten sich nach den Formulierungen des DSM-IV (Sass et al. 1996).

Die Diagnose Abhängigkeit setzt voraus, daß sich im letzten Jahr mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren:

- Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
 - b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis
- Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz,
 - b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu vermeiden.
- Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
- Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen, oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.

- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde. (DSM-IV 1996).

Wir unterscheiden zwischen risikoarmen und starkem bzw. riskantem Alkoholkonsum (vgl. Bühringer et al. 1999: 182). Weitgehend besteht Übereinstimmung darüber, welche Konsummenge als risikoarm eingestuft wird. Bei Frauen geht man von 20 Gramm reinen Alkohol (das entspricht ca. 0,4 l Weißwein, vgl. StBA 1998a: 95). Bei Männern werden 30 Gramm (Bühringer et al. 2000b: 153, vgl. BMA 1995: 95) oder 40 Gramm reinen Alkohol angesetzt (vgl. Bühringer et al. 2000a: 131). Frauen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren gehen ein verhältnismäßig geringes Risiko ein, wenn sie weniger als 20 Gramm reinen Alkohol pro Tag konsumieren. Hintergrund dieser unterschiedlichen Einstufung ist das im Durchschnitt niedrigere Körpergewicht, der geringere Gehalt von Wasser im Körper und der langsamere Abbau bzw. die größere Bioverfügbarkeit von Alkohol bei Frauen verglichen mit Männern.

Starker bzw. riskanter Konsum, d. h. Konsum von mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag (ohne eine weitere Unterscheidung in riskanten, gefährlichen Konsum und Hochkonsum), ist mit einem hohen Gesundheitsrisiko assoziiert. Starker bzw. riskanter Konsum wird meist gleichgesetzt mit Mißbrauch, der fließend übergehen kann in Abhängigkeit. Ein riskanter Konsumstil bedeutet aber nicht automatisch, daß es zu einer Substanzabhängigkeit kommt. Dauern solche Konsummuster jedoch lange an und gehen sie einher mit Verhaltensänderungen (siehe die oben dargestellten Definitionsmerkmale), dann steigt das Abhängigkeitsrisiko ganz erheblich an. Die Ergebnisse vor allem von qualitativen Studien geben Einblick in die Dynamik solcher Entwicklungen.

Die gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums, die mit der Konsumhöhe zunehmen, verändern sich mit dem Alter. Sie sind besonders groß bei den jungen Frauen unter 20 Jahre und den älteren Frauen über 60 Jahre. Für beide Altersgruppen geht man von negativen Effekten schon bei einem täglichen Alkoholkonsum von weniger als 20 Gramm pro Tag aus. Das liegt daran, daß sich mit dem Alter der Metabolismus der psychotropen Substanzen allgemein verändert.

Die körperliche Reaktion auf Alkohol variiert mit dem menstruellen Zyklus. Die Effekte sind am stärksten ausgeprägt in der prämenstruellen Phase. Frauen reagieren insgesamt gesehen sowohl - bei durchschnittlicher Konstitution - physiologisch als auch subjektiv anders als Männer auf Alkohol.

Unilineare Modelle, wie sie zunächst von Jellinek (1960) für Alkoholismus konzipiert worden sind, werden den komplexen Erscheinungsformen der Alkoholkrankheit nicht gerecht. Vielmehr ist von multifaktoriellen Modellen auszugehen, wobei die Entwicklung der Krankheit zu jedem beliebigen Zeitpunkt unterbrochen werden kann.

Die Modelle gehen von Abhängigkeitsepisoden oder -phasen aus, die bei entsprechender Behandlung ganz ausheilen können. Gelingt eine Heilung nicht, kann es zur Chronifizierung kommen. Für Frauenalkoholismus ist nicht die Chronifizierung auf hohem Niveau über eine (sehr) lange Zeit typisch, sondern eine Abfolge von Phasen mit unterschiedlicher Konsumintensität, darunter auch Phasen mit sehr niedrigem Alkoholkonsum bzw. Abstinenz.

Typisch sind Kombinationen mit dem Konsum von psychotropen Medikamenten, insbesondere mit Schmerzmitteln einerseits und Beruhigungs- und Schlafmitteln andererseits. Die Diagnostik erlaubt zudem Zusatzdiagnosen zur Diagnose Alkoholabhängigkeit. Sehr häufig sind Zusatzdiagnosen der Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten oder von illegalen Drogen. Solche Kombinationen mit dem Konsum oder der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen komplizieren das Krankheitsbild und erschweren die Entgiftung. Dazu kommen andere psychische Störungen, vor allem Ängste und Depressionen, als Zusatzdiagnosen. Man spricht in diesen Fällen von Komorbidität (vgl. Kapitel 9.2.2.4).

Die Diagnostik zum Mißbrauch und zur Abhängigkeit von psychotropen Substanzen orientiert sich grundsätzlich an der individuellen Pathologie. Gesellschaftliche Zusammenhänge werden nicht berücksichtigt. Es wird auch nicht kritisch diskutiert, inwieweit Diagnostik und Bewertung von Diagnosekriterien einer Verzerrung unterliegen in dem Sinne, daß bei Frauen eher psychische Störungen und bei Männern eher andere Formen abweichenden z. B. delinquenten Verhaltens als Ursache oder Kontext von Alkoholabhängigkeit angenommen werden.

9.2.2.2 Datenlage

Epidemiologische Studien erfassen den Substanzkonsum in Bevölkerungsstichproben. Der Nationale Gesundheitssurvey, die Studien des Instituts für Therapieforchung (IFT 1990, 1992, 1995) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 1992) erfassen unter anderem auch riskanten Alkoholkonsum.

Die repräsentativen Studien sind von ihrem Ansatz her besser geeignet, Substanzkonsum als Substanzmißbrauch und Substanzabhängigkeit zu erfassen. Das liegt an Problemen, die mit der Datenerfassung verbunden sind, wie z. B. unerwünschte Selektionseffekte (Gruppengröße, Gewichtung, geringe Teilnahmebereitschaft von Gefährdeten und Abhängigen an Umfragen oder Leugnung sozial unerwünschten Verhaltens wie hoher Alkoholkonsum), aber auch Schätzfehler von seiten der Befragten (in der Regel: Unterschätzung des Alkoholkonsums, Rundungen). In einem internationalen Vergleich wird diskutiert, inwieweit diese Effekte und damit auch Über- und Unterschätzungen bei Frauen und Männern unterschiedlich ausfallen (Bloomfield et al. 1999). Eine Zusammenstellung der wichtigsten Studien mitsamt Hinweisen auf Erhebungsprobleme findet sich in Bühringer et al. 2000b (Anhang V).

Als Datenbasis über Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol sind Datensammlungen von Hilfeeinrichtungen sowie kleinere, regional begrenzte quantitative und qualitative Studien von Bedeutung. Die wichtigsten Datenpools sind in diesem Bereich:

- EBIS-Daten: Einrichtungsbezogenes Informationssystem zur Erfassung institutioneller und personenbezogener Daten aus dem ambulanten Bereich (Durchführung: IFT). An der Datensammlung beteiligen sich etwa die Hälfte aller ambulanten Einrichtungen der Alkohol- und Drogenhilfe. Bei den personenbezogenen Daten können Mehrfachnennungen vorkommen. Das System läßt eine Bereinigung der Daten nach Einzelfällen nicht zu (zitiert als EBIS 97).
- BADO-Daten: Monitoring-System der ambulanten Einrichtungen für Substanzabhängige in Hamburg (vgl. Schmid/Vogt 1998a, Schmidt et al. 1999). Das System erlaubt die Korrektur der Daten bei Mehrfachregistrierung (zitiert als BADO 97).
- SEDOS-Daten: Einrichtungsbezogenes Informationssystem zur Erfassung institutioneller und personenbezogener Daten aus dem stationären Bereich (Durchführung: IFT). An der Datensammlung beteiligen sich ca. 200 stationäre Einrichtungen für Substanzabhängige (zitiert als SEDOS 97).

Diese spezifischen Studien gehen von identifizierten Personengruppen aus. Die Daten dieser Studien konnten keiner Sekundäranalyse unterzogen werden. Soweit sie hier verwendet werden, handelt es sich um Daten aus den entsprechenden Untersuchungen, die an anderer Stelle veröffentlicht sind. In die EBIS- und BADO- Statistiken werden nur diejenigen Personen aufgenommen, die in eine Alkohol- oder Drogenberatungsstelle gehen. Mit gutem Grund ist davon auszugehen, daß die Klientinnen entweder selbst Probleme mit psychotropen Substanzen haben oder daß sie als Angehörige von Abhängigen Rat suchen. Die Statistiken geben, soweit sie konsequent nach dem Geschlecht ausgewertet sind (wie z. B. BADO), detailliert Auskunft über die Lebenslage alkohol- und drogenabhängiger Frauen. SEDOS berücksichtigt die Daten von substanzabhängigen Personen, die stationär behandelt worden sind. Es handelt sich also um eine besondere Stichprobe, denn nicht alle, die eine Beratungsstelle aufsuchen, nehmen stationäre Behandlung in Anspruch.

Um die Lebenssituation von Frauen mit riskantem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit zu beschreiben, reichen die Angaben der Datenquellen nicht aus, da sie vor allem unter einem Risiko - und Versorgungsplanungsaspekt erhoben wurden. Zur Ergänzung kann auf kleine regionale quantitative und qualitative Studien zurückgegriffen werden, die aber eine eingeschränkte Aussagekraft haben (Franke et al. 1998; Kufner et al. 1986; Vogt 1994; Winkler 1997; Wrusch 1995).

9.2.2.3 Alkohol-Karrieren und Alkoholabhängigkeit im Lebenslauf

Mädchen trinken insgesamt im Jugendalter weniger und vorsichtiger als Jungen. Unter den Mädchen gibt es aber eine Teilgruppe, die im Jugendalter sehr riskante Trinkmuster hat. Allerdings lassen die Ergebnisse epidemiologischer Studien zum jugendlichen Verhalten keine Prognosen über die Entwicklung von Substanzmißbrauch oder Substanzabhängigkeit im Erwachsenenalter zu. Solche Entwicklungen entscheiden sich nicht allein über Trinkmuster, die stark von der jeweiligen Lebenssituation geprägt und daher plastisch sind. Langzeitstudien aus den USA machen deutlich, daß viele Jugendliche, die über eine gewisse Zeit hin psychotrope Substanzen mißbrauchen, z. B. mit dem Wechsel ihrer Bezugsgruppe auch ihre Konsummuster ändern.

Tabelle 9.2-5: *Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit eines Alkoholrausches in den letzten 12 Monaten (12-16jährige, nur gelegentliche und regelmäßige Alkoholkonsumierende) 1993*

	Zahl der Rausche im letzten Jahr		
	keine	ein- bis dreimal	mehr als dreimal
	in %		
Mädchen	57	38	4
Jungen	49	42	9

Quelle: Kolip 1997: 180.

Gravierender für die weitere Entwicklung sind andere Risiken als die Anzahl der in der Jugend erlebten Rausche. Dazu zählen Belastungen durch die Herkunftsfamilie, insbesondere Substanzabhängigkeit eines Elternteils oder eines nahen Verwandten im Haushalt. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang sowohl genetische als auch sozialwissenschaftliche Erklärungsmodelle. Amerikanischen Studien zufolge sind Mädchen gegenüber den Einflüssen, die von den abhängigen Eltern ausgehen, resistenter als Jungen, aber vulnerabler als diese, wenn es um Vernachlässigung, Gewalterfahrungen und vor allem um sexuellen Mißbrauch geht (Windle/Searles 1990). Sexueller Mißbrauch hat eine große Bedeutung dafür, ob sich aus Alkoholkonsum eine Alkoholabhängigkeit entwickelt (siehe Kapitel 9.2.2.5).

Im Erwachsenenalter (18- bis 59 Jahre) sind es 8% der Frauen, die starke bzw. riskante Konsummuster (mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag) aufweisen (verglichen mit 21% der Männer bei einer Grenzen von 30 Gramm bzw. 13% bei einer Grenze von 40 Gramm Reinalkohol pro Tag; Kraus/Bauernfeind 1998: 39; vgl. auch Kapitel 9.2.2.4).

Wenn Frauen sich in eine stationäre Behandlung begeben, liegt eine manifeste Abhängigkeit vor. Die Daten, die im stationären Bereich erhoben wurden, erlauben daher Aussagen über die Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme von Behandlung. Alkoholabhängige Frauen haben im Durchschnitt eine Krankheitskarriere von 10 Jahren. Genauere Untersuchungen zeigen jedoch, daß manche Frauen sehr lange Karrieren aufweisen (20 Jahre und mehr), andere kurze von 2-5 Jahren (SEDOS 97; vgl. Vogt 1994). Es gibt eine vergleichsweise kleine Gruppe von Frauen, die in jungen Jahren mit dem exzessiven Konsum beginnt, jedoch sehr lange nicht auffällt, weil sie z. B. mit Partnerinnen oder Partnern und Freundinnen oder Freunden umgeben sind, die allesamt viel trinken und von denen etliche selbst Alkoholprobleme haben. Gerade in solchen Gruppen dauert es lange, bis die sozialen oder gesundheitlichen Folgen des Alkoholabusus unübersehbar sind.

Die Mehrzahl der Frauen beginnt aber wesentlich später im Leben, insbesondere zwischen 30 und 40 Jahren, mit Alkoholexzessen, verliert relativ schnell die Kontrolle über ihren Konsum sowie über ihr Verhalten im angetrunkenen Zustand, und fällt vergleichsweise schnell auf. Interventionen setzen ein, die sie dazu veranlassen, Hilfe zu suchen. Das spricht dafür, daß viele dieser Frauen am Anfang ihrer Alkoholkarriere in ein vergleichsweise enges soziales Netzwerk eingebunden sind. Über die Qualität des Netzwerkes ist damit jedoch nichts gesagt.

Die Daten aus dem ambulanten Bereich geben ebenfalls Aufschluß über Alkoholabhängigkeit im Lebenslauf.

Tabelle 9.2-6: Frauen und Männer mit Alkoholproblemen, die eine ambulante Einrichtung aufsuchten, nach Alter, 1997

Altersgruppen	Frauen (in %)	Männer (in %)
bis 29 Jahre	7	5
30 bis 39 Jahre	27	32
40 bis 49 Jahre	35	37
50 bis 59 Jahre	24	21
≥ 60 Jahre	7	5

Quelle: BADO 97.

7% der Frauen, die ambulant Rat und Hilfe suchten, waren noch nicht 30 Jahre alt. Über die Vorgeschichte der Alkoholprobleme bei diesen Frauen ist wenig bekannt. Ebenso wenig ist bekannt darüber, wie lange Frauen brauchen, bis sie in Einrichtungen Hilfe suchen. Daten aus dem ambulanten Bereich (hier: BADO und EBIS) belegen, daß die meisten Frauen, die im Zusammenhang mit Alkoholproblemen spezialisierte Hilfeeinrichtungen aufsuchen, in die Altersgruppen von 30 bis 60 Jahren fallen. Der Gipfel liegt zwischen 40 und 45 Jahren. In der Mehrheit sind es gerade nicht die jungen Frauen, die Probleme mit Alkohol haben, sondern Frauen in der Lebensmitte. In

Hamburg sind sie im Durchschnitt 41 Jahre alt, wenn sie Hilfe in den Beratungsstellen suchen.

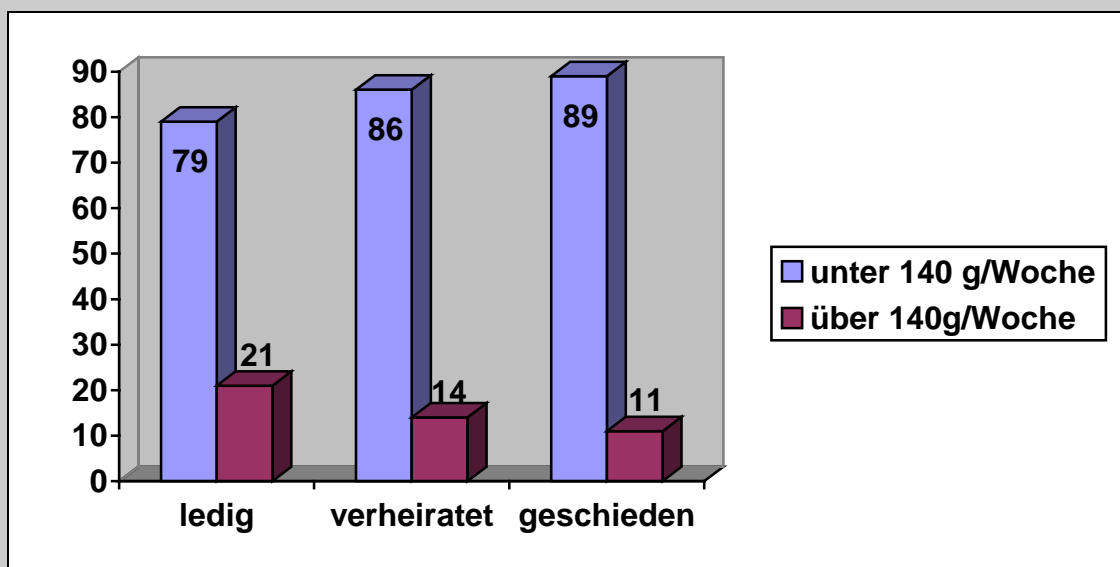
9.2.2.4 Weiblicher Lebenszusammenhang als Kontext: Leben mit riskantem Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit

Alkoholprobleme lassen sich kaum isoliert betrachten. Sie sind typischerweise verbunden mit Problemen in anderen Bereichen, etwa mit Streitereien in der Familie, mit dem Partner oder der Partnerin oder mit Freundinnen und Freunden, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Ärger mit der Polizei (z. B. wegen Alkohol am Steuer). Bei vielen dieser Problemlagen ist nicht entscheidbar, ob sie Ursache oder Folge des Alkoholkonsums sind. Für die Betrachtung reicht es allerdings auch, sie als Merkmal der Lebenssituation von Frauen mit riskantem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit aufzugreifen, als Belastungen, die bewältigt werden müssen, und die zugleich ein Fehlen von Ressourcen anzeigen.

Familienstand

Daten aus Befragungen von Bevölkerungsstichproben belegen, daß der Anteil der Frauen mit riskanten Konsummustern bei den Ledigen höher ist als bei den Verheirateten und den Geschiedenen.

Abbildung 9.2-1: Frauen: Familienstand und Alkoholkonsum Erhebungsjahr 1990 (Angaben in %)



Quelle: BzGA 92; eigene Berechnungen.

Die Interpretation der Daten ist aufgrund der kleinen Fallzahlen schwierig. Genauere Angaben zum Familienstand sind möglich für diejenigen Frauen, die in ambulanten Einrichtungen Hilfe gesucht haben und die in den Informationssystemen von BADO

und EBIS erfaßt wurden. Die Angaben in den beiden Informationssystemen unterscheiden sich allerdings voneinander.

Tabelle 9.2-7: Frauen und Männer mit Alkoholproblemen, die in ambulanten oder stationären Einrichtungen Hilfe suchten, nach Familienstand 1997

Datenquellen	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
Anteile in %				
Frauen				
BADO 97	30	30	34	6
EBIS 97	20	50	24	7
Männer				
BADO 97	38	35	25	2
EBIS 97	35	45	19	2

Quelle: BADO 97; EBIS 97.

In Großstädten wie Hamburg (BADO) waren in der Gruppe der Frauen mit Alkoholproblemen 30% verheiratet. Werden wie bei EBIS darüber hinaus Frauen in Kleinstädten und auf dem Land berücksichtigt, beträgt der Anteil der Verheirateten 50%. In den Populationen beider Erhebungen - bei einer Konzentration auf die Großstadt deutlicher, unter Einbezug des ländlichen Raums etwas abgeschwächt - sind damit deutlich weniger Frauen verheiratet als in altersgleichen Gruppen der weiblichen Bevölkerung zwischen 30 bis 59 Jahren, von denen zwischen 68% und 78% verheiratet sind (StBA 1998: 174; vgl. Kapitel 2.2.1). Auch der Anteil der verheirateten Männer liegt unter dem entsprechenden Durchschnittswert der männlichen deutschen Bevölkerung. Wiederum fällt das Ergebnis deutlicher aus, wenn man sich nur auf die Großstadt bezieht.

Der Anteil der Frauen, die nie geheiratet haben, und der Anteil derer, die geschieden sind, liegt höher als in der vergleichbaren Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren, in der ca. 13% der Frauen ledig und ca. 9% geschieden sind (eigene Berechnungen nach: StBA 1998: 174; vgl. Kapitel 2.2.1). Anhand der Daten läßt sich nicht beurteilen, ob Alkoholprobleme Ursache dafür sind, daß Frauen und Männer seltener heiraten bzw. häufiger geschieden werden, oder ob umgekehrt das Leben als Alleinstehende bzw. eine Scheidung Ursache von Alkoholproblemen sind. Qualitative Studien weisen darauf hin, daß das Leben als Alleinstehende für familienorientierte Frauen oder für Frauen, die gegen ihren Wunsch geschieden werden, problematisch sein kann und die Belastungen zum Auslöser für riskanten Alkoholkonsum werden können. Umgekehrt gibt es Hinweise, daß Alkoholprobleme zu Trennungen von Partnern, Freunden und Ehemännern führen können, weil die jeweiligen Partner sich zurückziehen (Vogt 1994). Die Daten zum Familienstand zeigen insgesamt, daß Frauen mit Alkoholproblemen überdurchschnittlich häufig von der "weiblichen Normalbiographie" abweichen, zu der Heirat und Kinder dazu gehören. Das gilt besonders für diejenigen von ihnen, die in Großstädten leben.

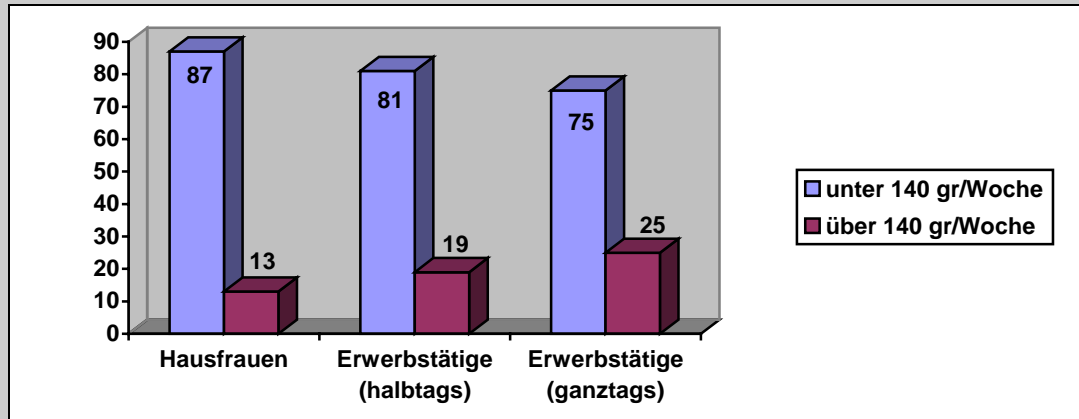
Daten aus dem stationären Bereich mahnen zur Vorsicht, die Qualität der Partnerschaft oder das Alleinsein als einzige Erklärung für exzessiven Alkoholkonsum und die Krankheitskarriere anzusehen. Von den Frauen in stationärer Behandlung - eine Untergruppe der Frauen mit Alkoholproblemen - sind knapp die Hälfte, die in einer Partnerschaft leben, mit dieser zufrieden, ein Viertel findet sich zurecht und ein gutes Viertel ist unzufrieden bzw. verzweifelt. Von denen ohne Partner sind wiederum ein knappes Viertel mit der Situation zufrieden, knapp die Hälfte hat sich arrangiert und ein gutes Viertel leidet darunter (Winkler 1997).

Die Daten über Mutterschaft und Kinder im Haushalt zeigen einen Stadt-Land-Unterschied. Nach BADO haben 50% der alkoholabhängigen Frauen in Hamburg Kinder, nach EBIS 80%. Die Gründe, warum gerade in einer Großstadt Frauen mit Alkoholproblemen seltener Kinder haben als Frauen in der Gesamtbevölkerung, sind noch nicht erforscht. Die Hamburger Daten (BADO) geben Auskunft darüber, ob die Kinder zum Zeitpunkt der Erhebung im Haushalt der Mutter lebten. Das trifft auf gut 40% der Fälle zu. Unbekannt ist allerdings das Alter der Kinder, d. h. der Grund, warum die Kinder nicht mehr im Haushalt der Mutter leben, kann sehr unterschiedlich sein. Insgesamt konzentriert sich die Diskussion wesentlich auf die Auswirkungen der Alkoholprobleme der Mutter auf die Kinder. Umgekehrt wurde die Bedeutung von Kindern bzw. von der Trennung von Kindern (Sorgerechtsentzug oder Auszug der Kinder aus dem Haushalt) für die Krankheitsentwicklung bei Frauen bislang kaum untersucht. Ein exzessiver Alkoholkonsum kann, ebenso wie die Entwicklung psychosomatischer oder psychischer Symptome, unter bestimmten Bedingungen eine Antwort auf diese Belastungen sein.

Ausbildung, berufliche und finanzielle Situation

Ob Frauen riskant trinken oder nicht, hängt nicht von ihrer Schulbildung ab. Es besteht aber ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß und der Häufigkeit des Alkoholkonsums und der Art der Arbeit sowie dem Umfang der Erwerbsarbeit und dem eigenen Einkommen. Wie aus Abbildung 9.2-2 hervorgeht, liegt der Anteil der Hausfrauen mit riskantem Alkoholkonsum deutlich unter dem der Frauen, die halbtags erwerbstätig sind und weit unter dem der Vollerwerbstätigen.

Abbildung 9.2-2: Art der Arbeit und Alkoholkonsum bei Frauen Erhebungsjahr 1990 (Angaben in %),



Quelle: BzgA 92; eigene Berechnungen.

Daten über das subjektive Belastungserleben sowie über die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bei erwerbstätigen Frauen (vgl. Kapitel 4.1) sprechen dagegen, den höheren Anteil an riskant konsumierenden Frauen auf zugrundeliegende höhere (Doppel-)Belastungen erwerbstätiger Frauen, die im Alkohol Entlastung und Entspannung suchen, zurückzuführen. Stichhaltiger ist eine Erklärung über die Einbindung in betriebliche Konsumgelegenheiten und -rituale.

Mit dem Anstieg des Einkommens der Frauen nimmt die Neigung zum riskanten Konsum zu, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 9.2-8: Eigenes monatliches Einkommen und Alkoholkonsum bei Frauen Erhebungsjahr 1990

Einkommen	unter 140 gr/Woche (in %)	über 140 gr/Woche (in %)
bis unter 1000 DM	96	4
bis unter 2000 DM	84	16
bis unter 3000 DM	83	17
über 3000 DM	69	31

Quelle: BzgA 92; eigene Berechnungen.

Alles in allem ergibt sich ein komplexes Bild der Frauen mit riskanten Konsummustern. Frauen, die risikoarm konsumieren, sind eher verheiratet, arbeiten als Hausfrauen und verfügen über ein geringes eigenes monatliches Einkommen. Frauen, die riskant konsumieren, sind häufiger ledig, voll-erwerbstätig und haben ein vergleichsweise hohes eigenes monatliches Einkommen. Belastungsprofile, die in Zusammenhang zu bringen sind mit dem Alkoholkonsum, lassen sich aus den Daten nicht ablesen. Der Übergang von einem riskanten Konsumstil zu Alkoholexzessen ist komplizierter, als oft unterstellt wird.

Die Daten der ambulanten Beratungsstellen bestätigen für diejenigen Frauen, die wegen Alkoholproblemen ambulante Hilfe gesucht haben, daß die Schul- und Berufsausbildung nur eine geringe Rolle in der Entwicklung der Probleme spielt. Die ratsuchenden Frauen absolvieren die Schule und die Berufsausbildung ebenso erfolgreich wie andere Frauen ihrer Altersgruppen. Sie haben fast alle eine abgeschlossene Schulbildung und zu zwischen 74% und 84% eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Daten geben aber keine Auskunft darüber, welche Berufe die Frauen gewählt haben und wie erfolgreich sie während der Ausbildung und im Berufsleben waren.

Der Anteil derjenigen Frauen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine Voll- oder Teilzeitarbeit haben, liegt zwischen 40% und 60%. Von Arbeitslosenunterstützung oder Sozialhilfe leben zwischen 35% und 40%. Ca. 10% der Frauen sind berentet (Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen daß bei der EBIS-Erfassung Hausfrauen nicht als gesonderte Kategorie ausgewiesen sind). Insgesamt liegt der Anteil der aktuell im Erwerbsleben stehenden Frauen im Vergleich mit altersgleichen Frauen in der Allgemeinbevölkerung etwas niedriger und der Anteil derer, die von Transferleistungen leben, etwas höher (vgl. Kapitel 2.2). Das deutet auf die drohende oder bereits eingetretene Verarmung von alkoholabhängigen Frauen hin. In Hamburg (BADO) sind aber nur 1% der alkoholabhängigen Frauen, die ambulant Hilfe suchen, obdachlos.

Genauere Auskunft über die psychosozialen Problemlagen dieser Frauen in einem späteren Stadium der Alkoholproblematik geben quantitative und qualitative Studien aus dem stationären Bereich. Die Stichproben weichen in der Altersverteilung, in der aktuellen Lebenssituation mit und ohne Kinder und in der Schul- und Berufsbildung nicht von den oben beschriebenen Gruppen ab (vgl. SEDOS 97). Dennoch handelt es sich um eine besondere Gruppe, denn längst nicht alle Frauen, die Beratungsstellen aufsuchen, nehmen auch die Angebote des stationären Hilfebereichs in Anspruch.

Selbsteinschätzung

Detaillierte Untersuchungen aus dem Bereich der stationären Behandlungen belegen, daß alkoholabhängigen Frauen ein geringes Selbstwertgefühl haben. Je geringer das Selbstwertgefühl, um so eher fühlen sie sich sozial inkompetent. Die empfundene Inkompetenz beruht nicht darauf, daß sie sich selbst als abhängig erleben, im Gegenteil, sie beschreiben sich als eigenständig, als fordernd (Küfner et al. 1986; Winkler 1997). Wenig entwickelt sind vielmehr ihre Fähigkeiten, mit Konfliktsituationen umzugehen (vgl. Franke et al. 1998 zu internalen Ressourcen).

Gesundheitsprobleme, Mehrfachabhängigkeit und Mortalität

Je exzessiver und länger Alkohol konsumiert wird, um so größer sind die gesundheitlichen Folgeprobleme und um so eher werden Ärzte oder Ärztinnen wegen psychosozialer und körperlicher Störungen konsultiert. An erster Stelle stehen

Behandlungen durch den Hausarzt wegen unspezifischer gesundheitlicher Störungen. Im Rahmen dieser Behandlungen kann es durchaus zu iatrogen, d. h. durch die Behandlung selbst induzierter Mehrfachabhängigkeit von psychotropen Substanzen kommen, etwa bei der Verordnung von Beruhigungsmitteln zur Behandlung von Nervosität oder von Neurosen. Mit zunehmender Schwere der Alkoholabhängigkeit häufen sich Entgiftungen (in ca. 80% aller Fälle), stationäre Therapien (in ca. 30% - 40% aller Fälle) und ambulante Therapien (in ca. 10% aller Fälle; vgl. SEDOS 97).

Diagnosen für andere psychische Störungen (Komorbidität), insbesondere Angststörungen sowie Panikattacken und Depressionen, sind in Deutschland vergleichsweise selten, werden aber bei Frauen mindestens doppelt so häufig gestellt wie bei Männern. Das entspricht den Diagnoseraten in der Normalbevölkerung. Leider liegen keine differenzierten Studien vor, die zwischen vorübergehenden, substanzinduzierten Depressionen als Begleiterscheinung von Abstinenz und substanzunabhängigen Depressionen unterscheiden. Gerade letztere überdauern die Abhängigkeitskrankheit, entwickeln sich unabhängig von dieser und sind selbst Risikofaktoren für Alkoholismus (Schuckit 1994).

Alkoholabhängige Frauen fallen im Vergleich mit Männern häufiger als mehrfachabhängig auf und sie werden häufiger als diese zusätzlich als psychisch gestört diagnostiziert. 30% der alkoholabhängigen Frauen in stationärer Behandlung berichten über Suizidversuche; 15% haben einen Suizidversuch unternommen, 15% zwei und mehr (SEDOS 97). Allerdings unterliegt die Diagnosestellung selbst einem geschlechtsspezifischen Bias, da bestimmte bei Männern auffällige Verhaltensweisen, z. B. Gewalttätigkeit, in der Regel nicht als psychische Störung verstanden und entsprechend diagnostiziert werden. Die höhere Rate an diagnostizierter Komorbidität und Mehrfachabhängigkeit bei Frauen führt zu einem erhöhten Bedarf an intensiver Behandlung, dem die Versorgungspraxis nicht ausreichend Rechnung trägt.

Exzessiver Alkoholkonsum und Alkoholismus kovariert nicht nur mit psychischen Störungen, sondern mit einer Reihe von körperlichen Schäden, wobei die wichtigsten Erkrankungen in diesem Zusammenhang Leberfunktionsstörungen sind. In der klinischen Praxis dominieren die Diagnosen "alkoholische Fettleber" (reversibel), nicht näher bezeichneter "alkoholischer Leberschaden" (Verlauf unbekannt) und die "alkoholische Leberzirrhose" (nicht reversibel). Hoher Alkoholkonsum und Alkoholismus werden auch in Zusammenhang gebracht mit Magen-Darm-Erkrankungen (Gastritis), Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebserkrankungen verschiedener Art. Man geht heute davon aus, daß das Risiko dieser Erkrankungen mit dem Alkoholkonsum der Frauen und Männer ansteigt, wobei aber der kausale Zusammenhang noch nicht geklärt ist (Lelbach 1995; s. auch Kapitel 3.2.3)

Mortalität

Die Todesursachenstatistik weist eine kontinuierliche Zunahme der Zahl von Frauen aus, die an alkoholbedingten Krankheiten gestorben sind, von 3.841 auf 4.379 in der

Zeit von 1991 bis 1997 aus. Dieser Anstieg um 14% liegt leicht über dem der Männer mit 13%. Die Geschlechterproportion der alkoholbedingten Todesursachen von 1:3 (Frauen : Männer) hat sich dadurch nicht verändert. Die wichtigsten Todesursachen, die alkoholbedingte Leberzirrhose und die Alkoholabhängigkeit, sind in der Bedeutung für die Mortalität der Frauen über die Jahre hinweg mit ca. 15% (alkoholbedingte Leberzirrhose) bzw. 7% (Alkoholabhängigkeit) konstant geblieben.

Tabelle 9.2-9: Alkoholbedingte Sterbefälle von Frauen und Männern, 1991-1997

Alkoholbedingte Sterbefälle	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Frauen	3.841	3.965	4.109	4.257	4.271	4.305	4.379
Männer	11.770	11.966	12.566	13.082	13.124	13.261	13.259
Davon nur Frauen:							
Leberzirrhose (%)	15	15	15	15	15	15	16
Abhängigkeit (%)	7	7	7	7	7	7	7

Quelle: StBA 1999 - mündliche Mitteilung.

9.2.2.5 Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen prägen das Leben von alkoholabhängigen Frauen. Gewalt kann die Entwicklung von Alkoholabhängigkeit sowohl auslösen als auch beschleunigen und verstärken.

Erhebungen bei Frauen, die wegen Alkoholabhängigkeit behandelt werden, zeigen ein hohes Maß an Gewalterfahrungen; umgekehrt wird bei Frauen, die wegen Gewalterfahrungen Hilfe suchen, ein hoher Anteil von Alkoholproblemen beobachtet. Zu den Gewalterfahrungen, die häufig berichtet werden, gehören Vernachlässigungen, Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch in der Kindheit, in der Jugend und im Erwachsenenalter. Eine Umfrage in einer studentischen Population zeigte, daß in der Kindheit mißbrauchte Frauen (und Männer) signifikant häufiger einen regelmäßigen Alkoholkonsum angaben als diejenigen, die nicht mißbraucht worden waren (Bange 1992: 171). Pedersen/Skrondal (1996) konnten in einer Langzeitstudie Zusammenhänge aufzeigen zwischen dem Alter, in dem Mädchen sexuell mißbraucht worden sind, ihren Trinkmustern in der Jugendzeit, und den Problemen, die sie damit haben. Besonders betroffen sind die Mädchen, die als Kinder (bis 13 Jahre) sexuell mißbraucht wurden. Sie tendieren dazu, in der Jugendzeit überdurchschnittlich viel zu trinken und sie haben als junge Frauen (mit ca. 19 Jahren) die meisten alkoholbedingten Probleme. Der Alkoholkonsum ist dabei meist nur ein Aspekt eines Syndroms, das für die Verarbeitung traumatisierender Erfahrungen beschrieben wurde (s. Kapitel 5.4) und das unter anderem auch Autoaggressionen, Depressionen oder Depersonalisierungen umfassen kann. Unter diesen Bedingungen kann der exzessive Konsum als Problem der Grenzziehung und Kontrolle über das Verhalten, aber auch als Hilfe zur Verdrängung eine Funktion haben.

Besonders belastend ist es, wenn die Mädchen auf der Suche nach Hilfe an Freunde geraten, die sie wiederum sexuell ausbeuten. Die Verbindung von Sexualität und Alkohol, nicht selten in der Kombination mit Gewalt, ist durchaus typisch für Alkoholkarrieren von Mädchen und Frauen (Vogt 1994).

Neben den jungen Frauen, die nach Gewalterfahrungen in der Kindheit früh Alkoholprobleme bekommen, gibt es eine Gruppe von Frauen, die vergleichsweise spät im Leben mit Gewalt konfrontiert wird und die auch erst relativ spät im Leben - meist im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen - Alkoholprobleme entwickeln. Personen aus ihrem engsten Umfeld, meist Ehemänner, Väter, Mütter und auch Kinder, reagieren auf die Alkoholexzesse gewalttätig, schlagen die Frauen und verletzen sie gelegentlich so stark, daß sie ärztliche Hilfe benötigen. Die Gewalterfahrungen selbst sind wiederum Anlaß für die Frauen, weiter zu trinken (Vogt 1994).

Frauen, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil oder beide Eltern oder andere nahe Verwandte selbst substanzabhängig waren oder sind, erfahren nicht nur die mit dem Substanzkonsum verbundenen Verhaltensänderungen der Abhängigen, sondern auch das aggressive Potential, das damit freigesetzt wird. Oft übernehmen Kinder ein solches Verhalten und sind als Erwachsene ähnlich destruktiv und gewalttätig wie ihre alkoholabhängigen Eltern/teile (Neupert-Eyrich 1996). Erwachsene alkoholabhängige Frauen können selbst in unterschiedlicher Weise gewalttätig sein. Ihre Aggressionen richten sich z. B. gegen die jeweiligen Partner. Allerdings kommt nur ein Teil der Frauen, die alkoholabhängig werden, aus einschlägig vorbelasteten Familien und Gewalterfahrungen mit traumatischen Folgen kommen auch in Familien vor, in denen die Eltern nicht selbst substanzabhängig sind.

9.2.2.6 *Soziale Unterstützung, Hilfen und Behandlung*

Über ihre Familienmitglieder hinaus haben alkoholabhängige Frauen wenig Freunde und Freundinnen, und über ihre beruflichen Beanspruchungen hinaus wenig eigenständige Hobbies oder Interessen (Vogt 1994; Wrusch 1995). Sie verfügen über wenig Außenkontakte, haben wenig Personen, an die sie sich in schwierigen Lebenslagen wenden können (externalen Ressourcen). Alkohol oder andere psychotrope Substanzen haben kurzfristig positive Wirkungen, verschärfen aber langfristig die Problemlage mit immer weitergehenden Einschränkungen der internalen und externalen Ressourcen.

Je früher Frauen mit Alkoholproblemen Hilfe suchen, um so besser sind ihre Chancen, die Krankheit zu unterbrechen oder ganz zu überwinden. Wienberg (1994) schätzt, daß nur ein Viertel aller Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum spezifische Hilfsangebote nachfragen. Drei Viertel kommen entweder wegen einer Reihe von Gesundheitsproblemen zu niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen oder ihre Alkoholprobleme werden eher zufällig im Rahmen eines Klinikaufenthalts entdeckt (John et al. 1996). Voraussetzung für eine Behandlung in der Praxis von Niedergelassenen oder in einer Klinik ist die Diagnostizierung der Alkoholprobleme. Das Risiko, daß diese Probleme nicht diagnostiziert werden, ist bei Frauen höher als bei Männern, weil ihre Al-

koholprobleme oft weniger manifest sind und weil Ärzte und Ärztinnen noch weniger darauf vorbereitet sind, diese bei ihnen zu diagnostizieren und entsprechend bei der weiteren Behandlung zu berücksichtigen. Werden die Probleme nicht richtig erkannt, kann es zu durch die Behandlung induzierten Doppelabhängigkeiten von Alkohol und psychotropen Medikamenten kommen.

Das spezifische Hilfsangebot läßt sich aufgliedern in den Selbsthilfebereich, den ambulanten und den stationären Bereich, die alle mehr oder weniger eng miteinander verzahnt sind. Anlauf- und Beratungsstellen für Frauen und Männer mit Alkohol- und Medikamentenproblemen einerseits und Drogenproblemen andererseits dominieren den ambulanten Bereich. Frauen wie Männer finden dort Überlebenshilfe, Krisenhilfe, auch ambulante Therapie sowie Hilfen bei der Vermittlung in eine stationäre Therapie. Zum stationären Bereich gehören die psychiatrischen Krankenhäuser mit ihren Abteilungen zur Entgiftung und für Suchtkranke, Fachkrankenhäuser zur Entwöhnungsbehandlung, therapeutische Wohngemeinschaften und verschiedene Nachsorgeeinrichtungen (ausführlich u.a. Hüllinghorst 1997; Schmid/Vogt 1998b; Vogt et al. 1998). Sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen arbeiten überwiegend mit den regional aktiven Selbsthilfegruppen zusammen.

Im Spektrum der Angebote bevorzugen Frauen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfevereine. Im deutschsprachigen Raum zieht die auf Alkoholprobleme spezialisierte Selbsthilfe mit ca. 40% weit mehr Frauen an als das in anderen Ländern üblich ist (z. B. in Finnland nur 20%). Ganz offensichtlich bietet sie den Frauen einen Rahmen, in dem diese ihre Alkoholprobleme bearbeiten und sehr oft auch bewältigen lernen.

Das Dokumentationssystem SEDOS (97) nennt eine Zahl von ca. 25.000 Personen, die 1996 in Fachkliniken behandelt wurden. Davon sind knapp 20% Frauen und mehr als 80% Männer.

Frauen mit eigenen Alkoholproblemen stellen ein Viertel der Klientel in den Anlauf- und Beratungsstellen. In Fachkliniken für Alkoholranke liegt ihr Anteil allerdings nur bei 17% (SEDOS 97; Simon et al. 1997). Studien über typische Wanderungen von Klientinnen zwischen den Hilfeinrichtungen fehlen, ebenso solche, die sich mit dem Hilfebedarf der Klientel und ihrer Zufriedenheit mit den Angeboten auseinandersetzen.

Die Erfolgsraten der Selbsthilfe und der professionellen Hilfe variieren stark je nach untersuchter Teilstichprobe. Die Daten von SEDOS 97 weisen einen Anteil von 75% der Frauen in therapeutischen Einrichtungen aus, die die Behandlung regulär beenden, 25% beenden sie unplanmäßig. Davon brechen ungefähr die Hälfte die Behandlung auf eigenen Wunsch ab und die andere Hälfte wird auf die eine oder andere Art "disziplinarisch entlassen". Meist geht der unplanmäßigen Beendigung der Behandlung ein Rückfall voraus. Rückfälle stellen kritische Ereignisse im Behandlungsverlauf dar, die von beiden Seiten, sowohl von den rückfälligen Frauen wie auch vom therapeutischen Team, nicht aufgefangen werden können. Pauschal und langfristig gesehen geht man davon

aus, daß zwei Drittel der Behandelten (Frauen wie Männer) von dieser profitieren. Bei einem Drittel ändert sich wenig; die Lebenserwartung reduziert sich, je länger die Alkoholkarriere andauert (Küfner et al. 1986).

9.2.2.7 Zusammenfassung

Im Jugendalter trinken Mädchen insgesamt weniger und vorsichtiger als Jungen, wobei eine Teilgruppe durchaus riskante Konsummuster zeigt. Aus riskantem und exzessivem Konsum in der Jugend läßt sich aber keine definitive Prognose einer späteren Abhängigkeit vorhersagen. Bei den erwachsenen Frauen trinken 8% mehr als 20 Gramm Alkohol täglich und fallen damit in die Kategorie des riskanten Konsums. Der Übergang zu einer Abhängigkeit ist schwieriger als bei Männern zu bestimmen, da Frauen kontrollierter und weniger auffällig trinken und sich Phasen mit unterschiedlichen Konsumintensitäten, darunter auch Phasen mit geringem Konsum oder Abstinenz, abwechseln können.

Eine vergleichsweise kleine Gruppe beginnt in jungen Jahren, die Mehrzahl der abhängigen Frauen aber später, insbesondere im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, mit Alkoholexzessen. Es ist nicht bekannt, wie lange es dauert, bis Frauen in Einrichtungen Hilfe suchen, d. h. ihren Konsum als problematisch einstufen. Daten aus den stationären Einrichtungen zeigen, daß Frauen teils nach sehr langer Alkoholkarriere teils nach zwei bis fünf Jahren bereits stationäre Behandlung nachsuchen.

Gewalterfahrungen - vor allem Mißhandlungen und Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit - finden sich häufig in der Vorgeschichte von Alkoholabhängigkeit bei Frauen. Es wird diskutiert, inwieweit der exzessive Alkoholkonsum im Zusammenhang steht mit der Verarbeitung traumatisierender Gewalterfahrungen, mit einer Funktion der Verdrängung und verbunden mit Problemen der Grenzziehung und Kontrolle, mit Depressionen und Autoaggressionen. Frauen mit Gewalterfahrungen sind in besonderem Maß gefährdet für einen Übergang eines riskanten Konsums in eine Abhängigkeit. Für alkoholabhängige Frauen wiederholen sich oft die Gewalterfahrungen der Kindheit und Jugend, denn sie erleben häufig aktuell Gewalt, etwa durch „strafende“ männliche Familienangehörige.

Die Lebenssituation von Frauen mit Alkoholproblemen ist durch eine Häufung von Schwierigkeiten auch in anderen Bereichen (z. B. am Arbeitsplatz, in sozialen Beziehungen) charakterisiert. Sie sind - vor allem in den Großstädten - seltener verheiratet und häufiger geschieden als Frauen im Durchschnitt der Bevölkerung. 50% bis 80% der Frauen, die wegen Alkoholproblemen ambulant Hilfe suchen, haben Kinder. Für die schwierige familiäre Situation wird ein Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum in zwei Richtungen diskutiert: Alkoholprobleme belasten die familiären Beziehungen; belastete familiäre Beziehungen lassen Frauen zum Alkohol greifen. Außerhalb der Familie sind alkoholabhängige Frauen häufig sozial isoliert.

Frauen mit einem riskanten Alkoholkonsum verfügen über eine ähnliche Schul- und Berufsausbildung wie Frauen, die nicht riskant konsumieren, und sie sind häufiger voll erwerbstätig. Während Ergebnisse von Bevölkerungsbefragungen darauf hinweisen, daß riskante Konsumentinnen ein vergleichsweise hohes eigenes monatliches Einkommen haben, zeigen die Daten der ambulanten Beratungsstellen, daß Frauen, die wegen Alkoholproblemen Rat suchen, häufiger als altersgleiche Frauen der Allgemeinbevölkerung von Transferleistungen (v.a. von Sozialhilfe) leben. Die Entwicklung von Alkoholproblemen kann einhergehen mit einer drohenden oder manifesten Verarmung.

Typisch für die Alkoholabhängigkeit von Frauen ist der parallele Konsum von psychotropen Medikamenten, insbesondere von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln, oder von illegalen Drogen (Mehrfachabhängigkeit). Bei Frauen wird häufiger als bei Männern - aber insgesamt gesehen vergleichsweise selten - eine Komorbidität diagnostiziert, insbesondere in Form von Angststörungen und Depressionen. 30% der alkoholabhängigen Frauen in stationärer Behandlung berichten über Suizidversuche. Als Folge eines hohen und dauerhaften Alkoholkonsums stellen sich zudem eine Reihe von körperlichen Schäden ein, vor allem Leberfunktionsstörungen. Die alkoholbedingte Leberzirrhose ist die wichtigste Todesursache im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit bei Frauen.

Für Frauen wie für Männer steht eine Vielzahl von Einrichtungen zur Verfügung, die von Frauen als unterschiedlich bedeutsam eingeschätzt werden. Beträgt der Frauenanteil bei auf Alkoholprobleme spezialisierten Selbsthilfegruppen 40%, machen Frauen nur 20% der Klientel in Fachkliniken aus.

Insgesamt bestehen gravierende Forschungslücken im Bereich der Ursachen, der Entwicklung und der Therapie von Alkoholabhängigkeit bei Frauen.

9.2.3 *Frauen, die illegale Drogen konsumieren*

9.2.3.1 *Einleitung*

Im Mittelpunkt des Kapitels stehen Frauen, die illegale Drogen konsumieren. Anders als beim Alkoholkonsum wird auf alle Formen des Konsums illegaler Drogen unabhängig von Intensität und Drogenart eingegangen und nicht zwischen Konsum und Abhängigkeit unterteilt, da der Konsum generell als gefährlich gilt. Innerhalb der Kategorie „illegale Drogen“ ist aber zu differenzieren, gerade auch deshalb, weil die Lebenssituation von Konsumierenden je nach Konsumausprägung sehr unterschiedlich affiziert ist. Für die „Einstiegsphase“ wird noch die Bandbreite der unterschiedlichen illegalen Drogen betrachtet; anschliessend wird die Situation von opiatabhängigen Frauen ausführlicher dargestellt.

Die Kategorie „illegale Drogen“ umfaßt eine Reihe von Substanzen, die in Wirkungsweise, Abhängigkeitspotential und überwiegendem Konsumkontext sehr unterschiedlich sind. Es handelt sich dabei vor allem um:

- **Haschisch und Marihuana**

Beides wird aus der Hanfpflanze gewonnen und wird vorwiegend geraucht (pur oder mit Tabak gemischt). Seltener werden die Präparate gegessen oder im Tee getrunken. Die Wirkung besteht meist in einer Intensivierung der Sinneswahrnehmung und variiert darüber hinaus, abhängig von der Grundstimmung der Konsumentin, von Wohlbefinden bis gesteigerter Angst.

- **Halluzinogene**

In diese Gruppe fallen z. B. synthetische Produkte wie LSD oder pflanzliche Wirkstoffe wie Mescaline. Der Wirkstoff wird meist in Flüssigkeit gelöst auf Trägersubstanzen (z. B. Löschpapier, Zucker) geschluckt. Die Wirkung besteht - nach Substanz unterschiedlich - in einer Veränderung der Wahrnehmung und des Erlebens, Halluzinationen und einer intensivierten positiven oder negativen Stimmung (Euphorie oder Angstgefühle).

- **Opiate (Heroin, Opium, Morphium)**

Diese Drogen werden aus Schlafmohn gewonnen. Heroin ist am verbreitetsten und wird entweder in die Vene injiziert, inhaliert oder geschnupft. Die Wirkung ist beruhigend, angst- und schmerzmindernd und negative Empfindungen überdeckend, mit einem blitzartigen Hochgefühl (flash), gefolgt von „wohligere Dösigkeit“ mit dem „(unrealistischen) Gefühl des Einklangs mit der Welt und des Verblässens aller Probleme“ (DHS 1996: 19).

- **Kokain/Crack**

Kokain wird aus dem Koka-Strauch gewonnen und wird geschmieft, injiziert oder geraucht. Kokain wirkt auf das zentrale Nervensystem erregend und enthemmend und erzeugt Überaktivität, Euphorie, Kontaktbedürfnis und Allmachtsgefühle. Nach dem „Hoch“ folgt ein „Tief“ mit Müdigkeit und Depression. Crack ist eine rauchbare Form des Kokains.

- Designerdrogen

Designerdrogen werden synthetisch hergestellt und geschluckt, injiziert oder geschmieft (Kovar et al. 2000). Ecstasy zählt zum Beispiel zu den Designerdrogen. Je nach chemischer Zusammensetzung wirken die Drogen dämpfend bis euphorisierend oder halluzinogen. Ein besonderes Risiko liegt in der ungewissen Zusammensetzung des Stoffs; dadurch ist die Wirkung schwer vorab einzuschätzen.

Das Abhängigkeitspotential der illegalen Drogen ist sehr unterschiedlich. Bei Haschisch und Marihuana ist eine körperliche Abhängigkeit selten nachweisbar (DHS 1996: 18) und ein niedrig dosierter, kontrollierter Konsum ist auch über längere Zeit möglich. Mit der Konsummenge und der Konsumdauer steigen jedoch die gesundheitlichen Risiken, wobei sich negative Effekte vor allem im kognitiven Bereich bemerkbar machen (Kleiber/Kovar 1998). Bei Halluzinogenen, bei Kokain, Crack sowie bei den Designerdrogen beobachtet man Toleranzbildung sowie eine sich rasch entwickelnde psychische Abhängigkeit. Wiederum nehmen mit der Konsummenge und der Konsumdauer die gesundheitlichen Risiken je nach Substanz geradezu dramatisch zu. Das psychische und physische Abhängigkeitspotential und die Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustandes ist bei den Opiaten am stärksten. Vor diesem Hintergrund hat sich eine Einteilung in „weiche“ (Marihuana/Haschisch) und „harte“ Drogen (Opiate, Kokain) eingebürgert. Die „Härte“ spielt auf die Toxizität und das Abhängigkeitspotential der Substanz an und steht in einem symbolischen Bezug zur Zumutung, die der Konsum für den Körper und die Person bedeutet, und zur „Abhärtung“ als Voraussetzung, die Substanzen zu vertragen. Die Aufputschmittel, Halluzinogene und Designerdrogen sind hier allerdings schwer einzuordnen, da das Abhängigkeitspotential unterschiedlich und nicht in jedem Fall als sehr stark eingestuft wird, die Wirkung aber hochtoxisch sein kann. Im folgenden sind mit „harten“ Drogen im wesentlichen Opiate gemeint und insbesondere Heroin als das verbreitetste Opiat. Typisch für Deutschland ist bei harten Drogen der intravenöse Konsum, der mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Auf die gesundheitlichen Probleme, die mit einem Opiatkonsum verbunden sind, auf Drogennot- und -todesfälle und die Mortalität wird später ausführlich eingegangen.

Da es in diesem Kapitel nicht die illegalen Drogen als solche, sondern die (soziale) Situation der Drogenkonsumentinnen im Mittelpunkt steht, richtet sich die Aufmerksamkeit auf die mit dem Konsum harter Drogen verbundenen Lebensweisen als soziale Folgen des Konsums, Sie sind gekennzeichnet durch Armut, Gewalterfahrungen und Ge-

walftätigkeiten, Autoaggression und ganz allgemein einem Mangel an Ressourcen (Noller 1989). Dies wird im folgenden für Frauen ausführlicher dargestellt.

Geht es um illegale Drogen, wird jeder Konsum als Mißbrauch und als riskant eingestuft. Das liegt sowohl an den Substanzen (s.o.) als auch an den Umständen, die durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) mitdefiniert sind. Das Risikopotential der Substanzen selbst ist sehr unterschiedlich, die Wirkungsweise wird aber generell als gefährlich eingestuft, und zwar für beide Geschlechter gleichermaßen. Voraussetzung jedes Konsums von illegalen Drogen ist eine kriminelle Handlung: Man muß sich in den Besitz der Drogen bringen, um sie zu konsumieren, und der Besitz ist ein Straftatbestand (vgl. BtMG §29).

Für die Diagnose einer Abhängigkeit gelten die generellen Kriterien des DSM-IV (vgl. Kapitel 9.2.2.1). Darüber hinaus unterscheiden sich die Substanzen vor allem im Hinblick auf die Toleranzentwicklung sowie die Entzugssymptome, beides zentrale Bestimmungsstücke der physischen und psychischen Abhängigkeit. Abhängigkeitskarrieren, also die Entwicklung von gesundheitlich riskanten Konsumweisen in Kombination mit einem dazugehörigen Lebensstil, zeigen bei illegalen Drogen ähnliche Charakteristika wie bei riskantem Alkoholkonsum. Allerdings weisen die Einstiegs- und Verlaufsformen der Abhängigkeitskarrieren typische Muster auf, die man in dieser Ausprägung bei Alkoholabhängigkeit nicht findet; der Einstieg ist gewöhnlich abrupt und der Verlauf rasanter (vgl. Kapitel 9.2.3.3).

9.2.3.2 Datenlage

Für den Konsum illegaler Drogen gilt, ähnlich wie bei riskantem Alkoholkonsum, daß die repräsentativen Bevölkerungsbefragungen zwar dieses Konsumverhalten erheben, die Aussagekraft der Ergebnisse aber eingeschränkt ist, da Gefährdete und Abhängige sich solchen Befragungen entziehen bzw. nicht erreicht werden. Zudem ist davon auszugehen, daß ein illegales Verhalten selten offen berichtet wird. Repräsentative Erhebungen sind die Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1990, 1995) und des Instituts für Therapieforschung (IFT 1990, 1992, 1994). Als Wiederholungsbefragungen können diese Erhebungen aber Trends abbilden. Alles in allem genommen kommt der Konsum illegaler Drogen vergleichsweise selten vor, und bei Frauen in den Bevölkerungsstichproben noch seltener als bei Männern. Die Informationssysteme EBIS, BADO und SEDOS enthalten Daten aus dem ambulanten bzw. stationären Bereich und können so Auskunft geben über Drogenkonsumentinnen und Drogenabhängige, die Kontakt mit Beratungsstellen und stationären Einrichtungen hatten. Das Bundeskriminalamt (BKA: Rauschgiftjahresberichte des BKA) erstellt eine auf der polizeilichen Kriminalstatistik aufbauende Sonderstatistik mit dem Schwerpunkt Drogendelikte. Erfasst und detailliert beschrieben werden nur diejenigen drogenkonsumierenden und drogenabhängigen Frauen und Männer, die polizeiauffällig wurden.

Für die Lebenssituation von drogenabhängigen Frauen liegen mehrere regionale, quantitative und qualitative Studien vor (u.a. Dobler-Mikola 1992, 1996; Franke 1997;

Franke et al. 1998; Hedrich 1989; Kufner et al. 1994; Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992). Es handelt sich hierbei durchweg um Frauen, die selbst abhängig sind, seit Jahren mit dem Hilfesystem in Kontakt stehen bzw. in einschlägigen Einrichtungen betreut werden. Dazu kommen einige wenige Studien über Frauen, die aus der Drogenkarriere ausgestiegen sind (Zurhold 1993). Studien über drogenkonsumierende oder drogenabhängige Frauen, die unauffällig leben und in funktionierende Netzwerk eingebunden sind, liegen nicht vor. Forschungsdefizite existieren insbesondere bezogen auf spezifische Aspekte der Lebenslage (z. B. nicht-auffälliger Drogenkonsum, drogenabhängige Mütter) und in der Therapieforschung (Vogt 1998b).

Bis heute besteht ein erhebliches West-Ost-Gefälle, wenn es um illegale Drogen geht. In den neuen Bundesländern sind illegale Drogen, insbesondere Heroin und Kokain, weniger verbreitet als in den alten Bundesländern. In den letzten 10 Jahren haben sich aber auch dort kleine lokale Szenen herausgebildet (Kirschner 1996) mit einer entsprechenden Drogensubkultur. Da sich die Konsumtrends in beiden Teilen Deutschlands jedoch weiterhin deutlich voneinander unterscheiden (Kraus/Bauernfeind 1998), konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf Erfahrungen mit typischen westdeutschen Drogenkarrieren und Drogenszenen.

9.2.3.3 *Illegale Drogen im Lebenslauf und Drogenkarrieren*

Der erstmalige Konsum illegaler Drogen fällt meist in das Jugendalter. Die jugendtypischen Einstiegsmotive werden heute unter der Perspektive untersucht, welche „subjektive Funktion“ der Erstkonsum illegaler Drogen – wie riskanten Verhaltens überhaupt – für Jugendliche haben kann, d. h. wie er sich in Bezug setzen läßt zu Mustern der Entwicklungsbewältigung. Allerdings ist hier danach zu differenzieren, ob es sich um die Motive für den Probierkonsum von Marihuanaprodukten, um einen Gelegenheitskonsum von „Party-Drogen“ oder um einen Einstieg in Opiatkonsum handelt. Der erstmalige Konsum illegaler Drogen ist überwiegend der Konsum von Haschisch oder Marihuana. Für den Opiatkonsum müssen weitere Motive über Motive zum Marihuanakonsum hinzukommen, da viele Jugendliche, die weiche Drogen nehmen, den Opiatkonsum ablehnen.

Der erstmalige Konsum insbesondere weicher Drogen ist in diesem Sinn motiviert durch die Abgrenzung von Erwachsenen und Althergebrachtem bei gleichzeitigem Anspruch darauf, sich Erwachsenenprivilegien symbolisch anzueignen, Wünsche nach dem Anderen, dem Neuen, Unbekannten, auf Abenteuer im "Hier und Jetzt", nach Regelverstoß und der Schaffung von Gegenwelten. Junge Frauen nennen in Umfragen als wichtigste Gründe für den Konsum Neugier, Geselligkeit und den Wunsch, etwas Aufregendes zu erleben. Eine erhebliche Rolle beim Experimentieren mit illegalen Drogen spielt auch der Gruppendruck in Gruppen mit dominierenden Konsummustern (z. B. auch in der Rave- und Partyszene). Die Umstände des ersten Konsums von Opiaten unterscheiden sich bei jungen Männern und jungen Frauen: Junge Frauen lassen sich von ihrem Freund häufiger dazu überreden, illegale Drogen zu probieren. Vor allem der Einstieg in

den Opiatkonsum steht in Verbindung mit massiven Problembelastungen, die bewältigt werden müssen.

Vergleichsweise wenige junge Frauen lassen sich überhaupt darauf ein, mit illegalen Drogen zu experimentieren. Die Lebenszeitprävalenz ist bei den 20- bis 29jährigen am höchsten. Ausprobiert wird an erster Stelle Cannabis und in der (westdeutschen) Disco-Szene Ecstasy, also in beiden Fällen eine weiche illegale Droge. In der subjektiven Einschätzung der Gefährlichkeit von Drogen nimmt Cannabis den letzten Platz ein. Junge Frauen und Männer halten diese Droge für weit weniger gefährlich als alle anderen psychotropen Substanzen einschließlich Alkohol (Tossmann/Heckmann 1997).

Tabelle 9.2.3-1: Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Frauen (die Angaben beziehen sich nur auf Konsumentinnen der verschiedenen Drogen)

Konsumentinnen von	Altersgruppen				
	Bis 19 Jahre	20-29 Jahre	30-39 Jahre in %	40-49 Jahre	50-59 Jahre
Haschisch/Marihuana Aufputzmittel/	13	16	12	8	1
Halluzinogene	9	4	4	5	
Kokain/Crack	3	3	2	1	
Opiate		1	2	1	

Quelle: IFT 95; eigene Berechnungen

In den alten Bundesländern geben nur 10% der befragten Frauen (im Vergleich zu 16% der Männer) an, schon einmal Cannabis probiert zu haben. In den neuen Bundesländern liegen die Angaben der Frauen mit 4% und der Männer mit 5% näher beieinander. Gefragt nach dem Konsum in den letzten 12 Monaten schrumpft der Anteil der konsumierenden Frauen in den alten Bundesländern auf 3% (Männer: 6%) und in den neuen Bundesländern auf 2% (Männer: 3%), und bei der Frage nach dem Konsum in den letzten 30 Tagen sind es in den alten Bundesländern nur 2% (Männer: 4%) und in den neuen Bundesländern 1% (Männer: 3%) (Kraus/Bauernfeind 1998). Die Angaben über den Konsum von anderen illegalen Drogen als Cannabis liegen weit niedriger. Cannabis ist nicht die Einstiegsdroge, sondern eine Substanz, die überwiegend von einer vergleichsweise gut angepaßten und gesellschaftlich gut integrierten Gruppe von jungen Frauen und Männern über eine gewisse Lebensspanne hin konsumiert wird, und von dieser Gruppe auch die in einer späteren Lebensphase wieder aufgegeben wird. Für die meisten der Konsumentinnen endet eine Drogenkarriere bei einem Probierkonsum. Insbesondere bei massiven Problembelastungen können sich andere Karrieren entwickeln.

Nur ein sehr kleiner Teil der im Jugendalter illegale Drogen Konsumierenden geht über zu harten illegalen Drogen, insbesondere Männer. Insgesamt gesehen liegen die Angaben der Frauen (Lebenszeitprävalenz) über ihren Konsum von illegalen Drogen im Durchschnitt um 50% niedriger als die der Männer, wie das auch die Daten zum Cannabiskonsum in den alten Bundesländern ausweisen. Nach den Prävalenzangaben haben bezogen auf verschiedene Substanzgruppen mindestens doppelt so viele Männer wie Frauen im letzten Jahr und in den letzten 30 Tagen illegale Drogen genommen.

Zeitreihen über erstauffällige Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen insgesamt zeigen, daß der Anteil der Mädchen und Frauen kontinuierlich seit den 80er Jahren zurückgeht. Lag er 1980 noch bei 30%, so liegt er heute bei 15% (BKA 1997). Absolut steigen die Zahlen an. Das heißt, daß tatsächlich mehr Mädchen und junge Frauen mit illegalen Drogen experimentieren (und dabei polizeiauffällig werden), daß aber ihr Anteil an denjenigen, die überhaupt illegale Drogen nehmen, deutlich zurückgeht.

Die Begriffe "Drogenprobleme" und "Drogenkarriere" werden im folgenden verwendet, um die Entwicklung einer Abhängigkeit von harten illegalen Drogen, insbesondere von Opiaten und Opioiden, auch in Kombination mit anderen psychotropen Substanzen wie z. B. Kokain und verwandten Stoffen oder Benzodiazepinen, zu charakterisieren. Drogenabhängige sehen in ihrem eigenen Selbstverständnis den Einstieg in den (intravenösen) Heroinkonsum als Beginn ihrer Drogenkarriere. Im Durchschnitt sind Frauen bei diesem Einstieg 18 bis 20 Jahre alt (Männer: 19 bis 21 Jahre) (BADO 97; SEDOS 97; vgl. auch Dobler-Mikola 1996). Tatsächlich gibt es eine vergleichsweise große Gruppe von jungen Frauen, die schon mit 14 bis 16 Jahren (intravenös) Heroin konsumiert bzw. Mischungen von Heroin und Kokain (BADO 97, 98).

Tabelle 9.2.3-2: Alter bei Beginn der Drogenkarriere bei Frauen und Männern

	Altersgruppen				
	sis 14 Jahre	15-19 Jahre	20-24 Jahre	25-29 Jahre	über 30 Jahre
	in %				
Frauen					
BADO 97	12	44	27	10	8
SEDOS 97	6	47	28	13	6
Männer					
BADO 97	11	42	29	11	8
SEDOS 97	3	40	35	15	7

Quelle: BADO 97, illegale Drogen insgesamt; SEDOS 97, nur Heroin.

Im Durchschnitt dauert die Karriere neun Jahre. Im günstigsten Fall gelingt den Frauen dann der Ausstieg. Die meisten steigen jedoch um in Projekte mit ärztlich verordnetem Methadon (Substitutionsprojekte).

Welche Bedingungen spielen eine Rolle dafür, ob Mädchen und junge Frauen vom Probierkonsum übergehen zu einem (regelmäßigen) Konsum harter illegaler Drogen? Diejenigen, für die der Konsum der illegalen Drogen zur Gewohnheit wird oder die von den weichen Drogen zu den harten übergehen, berichten von psychischen und physischen Problemen. Riskant wird der Konsum vor allem für diejenigen, die durch die Herkunftsfamilie belastet sind, weil die Eltern selbst substanzabhängig sind oder waren, weil sie als Kinder abgelehnt, vernachlässigt und nicht vor sexueller Ausbeutung geschützt worden sind. Befragt man Frauen in Institutionen der Drogenhilfe, dann geben 30% bis 50% an, daß sie vor dem Beginn der Drogenkarriere als Kinder oder Jugendliche sexuell mißbraucht worden sind (Zusammenfassung bei Ernst et al. 1995; vgl. Hedrich 1989,

Schmidt 2000). Die Risikokonstellationen sind also dieselben wie für Alkoholikerinnen, jedoch schätzt man das Ausmaß insbesondere der sexuellen Traumatisierung höher ein als bei diesen.

Nach Dobler-Mikola (1992) beschreiben sich Frauen in der Lebensphase, in der die in die Drogenkarriere einstiegen, als eher verloren oder traurig. Von der Zuwendung zur Drogenszene bzw. zu einem drogenabhängigen Partner versprechen sie sich Geborgenheit und Nähe in menschlichen Bindungen zur Kompensation von subjektiven Gefühlen der Verlassenheit und Verlorenheit, von Gewalterfahrungen und Traumatisierungen in der Herkunftsfamilie (dies gilt auch dann, wenn dieses Versprechen kaum eingelöst wird und in der Szene Zweckbeziehungen dominieren). Für die Aufrechterhaltung des Konsums ist die Bedeutung der Bindung an die Szene nicht zu unterschätzen. Sie bietet Zugehörigkeit zu einer umschriebenen Subkultur und eine Identität als Drogenabhängige (Vogt 1998a). Die Bindung an die Drogenszene zusammen mit der Abhängigkeit von illegalen Substanzen macht einen Ausstieg schwierig.

Der Endpunkt einer Drogenkarriere ist nicht unbedingt mit dem Beginn einer Therapie gleichzusetzen. Zum einen gibt es spontane Ausstiege ohne feste institutionelle Kontakte, deren Ausmaß aber unbekannt ist, da Daten überwiegend nur aus Hilfeeinrichtungen vorliegen. Zum anderen gibt es Rückfälle nach Therapien. Ähnlich wie beim Alkohol gibt es bei Frauen mehr als bei Männern diskontinuierliche Verläufe, bei denen Konsumintensität und Drogenpräferenz wechseln.

9.2.3.4 Weiblicher Lebenszusammenhang als Kontext: Leben mit Opiatkonsum

Die folgenden Daten stammen überwiegend aus den Informationssystemen der ambulanten und stationären Hilfen, das heißt, Aussagen können nur über diejenigen Frauen gemacht werden, die solche Hilfen schon einmal in Anspruch genommen haben. Dabei handelt es sich vor allem um Opiat- und insbesondere Heroinkonsumentinnen; Mehrfachabhängigkeiten sind häufig (vgl. Kapitel 9.2.3.6).

Lebensformen

Die überwiegende Mehrheit, nämlich ca. 70% der Drogenkonsumentinnen (80% der Drogenkonsumenten) in ambulanten Hilfeeinrichtungen - also deutlich mehr als in der Allgemeinbevölkerung - sind ledig (vgl. BADO 97; EBIS 97), knapp 20% der Frauen (10% der Männer) sind verheiratet und gut 10% der Frauen sind geschieden. Ein gutes Drittel der Frauen (60% der Männer) lebt zum Zeitpunkt der Erhebung allein und hat keine Partnerschaft.

Häufig sind die Partner der Frauen ebenfalls drogenabhängig. Unabhängig von Hintergründen und Qualität der Beziehung, wird oft eine starke emotionale Bindung an die Partner beobachtet, die auch Trennungen, z. B. wegen der Verbüßung einer Haftstrafe, überdauern (z. B. Hedrich 1989). Lind-Krämer/Timper-Nittel (1992) weisen auf die große Bedeutung der Partner (und deren Konsumverhalten) für einen gelungenen oder

gescheiterten Ausstieg von Frauen aus der Drogenszene hin. Nur wenige Frauen unterhalten Freundschaften oder Partnerschaften mit Frauen.

Der Anteil der Frauen, die Kinder haben, liegt zwischen 28% (BADO 97) und 44% (EBIS 97). Der Kinderwunsch ist bei Aussteigerinnen und Frauen in Substitutionsprojekten am größten, bei Frauen in der Drogenszene am geringsten. Drogenabhängige Mütter haben eine gute Chance, ihr Kind/ihre Kinder bei sich zu behalten, wenn sie keine oder nur sehr sporadische Kontakte zur (offenen) Drogenszene und, falls nötig, engen Kontakt zu Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe unterhalten. Zwischen 45% (Zenker/Greiser 1999) und 60% (Vogt 1997) der Kinder leben bei den Müttern (und Vätern). In drei Viertel aller Fälle handelt es sich um alleinerziehende Mütter (eventuell in festen Partnerschaften).

Ausbildung, berufliche und finanzielle Situation

Von den Opiat konsumierenden Frauen haben 11% keinen qualifizierten Schulabschluß und 49% einen Hauptschulabschluß (EBIS 97). Die Anteile niedriger Bildungsabschlüsse liegen damit deutlich höher als in der vergleichbaren Allgemeinbevölkerung (vgl. Kapitel 2.3.1). Zudem hat nur ein Drittel der Frauen eine an die Schule anschließende Ausbildung abgeschlossen. Fast zwei Drittel haben entweder noch keine Berufsausbildung begonnen oder diese abgebrochen. Wie qualitative Studien zeigen, besteht ein Zusammenhang zwischen der vergeblichen Suche nach einem Ausbildungsplatz bzw. einem Scheitern bei der Berufsausbildung und der Drogenaffinität, sei es, daß Enttäuschungen im beruflichen oder Ausbildungsbereich mit Drogenkonsum kompensiert werden, sei es, daß Konsum oder Abhängigkeit von Drogen als Barrieren wirken.

Angaben über den Anteil der drogenabhängigen Frauen, die erwerbstätig sind, streuen zwischen 15% (BADO 97; SEDOS 97) und 30% (EBIS 97). Ca. 20% bezeichnen sich als Hausfrau (Küfner et al. 1994), von denen ca. 10% von Familienangehörigen finanziell unterstützt werden. Der größte Teil der Frauen lebt von Transferleistungen, vor allem von Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung. Zusätzlich zu diesen Geldquellen verdienen sich ca. 25% bis 80% der Frauen zumindest zeitweise Geld mit Sexarbeit (Gersch et al. 1988; Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992; Vogt 1997); ein Teil davon als Prostituierte auf dem Straßenstrich (Leopold/Steffan 1996). Andere Drogenabhängige lehnen diese Art der Geldbeschaffung ab und beschaffen sich Geld für Drogen auf andere Weise z. B. über Diebstahl, Hehlerei oder Raub.

Wohnsituation

Die Wohnsituation drogenabhängiger Frauen ist sehr unterschiedlich. Der Anteil der Frauen, die eine eigene Wohnung oder ein eigenes Zimmer gemietet haben, oder die bei Angehörigen wohnen, liegt etwa bei 75% (SEDOS 97; BADO 97). 25% haben keine feste Wohnung. Sie leben entweder in Institutionen oder nutzen die Notunterkünfte (vgl. Kapitel 9.1.1).

Gesundheitsprobleme, Komorbidität und Mortalität

Drogenabhängige Frauen leiden in ganz unterschiedlichem Ausmaß unter zusätzlichen akuten und chronischen Erkrankungen. Die Belastungen mit akuten Erkrankungen ist vergleichsweise niedrig, wenn man von häufig auftretenden Abszessen absieht. Die Belastungen mit schweren chronischen Erkrankungen sind jedoch hoch. An erster Stelle steht die Infektion mit Hepatitis-C. In Gruppen von Frauen, die Methadon erhalten, liegt die Infektionsrate bei 60% (Arnold/Simmedinger 1998). Im Vergleich dazu liegen die Raten mit HIV-Infektionen mit (geschätzten) 14% aller drogenabhängigen Frauen niedrig (ebd.; Zenker/Greiser 1999). Bei drogenabhängigen Frauen, die Methadon erhalten, liegt sie bei ca. 24%. Diese Differenz ist eine Folge des Auswahlverfahrens, nach dem Frauen (und Männer) zur Methadon-Substitution zugelassen werden (vgl. NUB-Richtlinien). In der Befragung von Hedrich (1989) waren von den HIV-getesteten heroinabhängigen Frauen, die sich prostituierten, 48,3% HIV-infiziert, von denen, die sich nicht prostituierten 13,8%. Das Risiko erhöht sich, wenn Frauen in der Drogenszene einen niedrigen Status haben, weil sie dann als letzte das Spritzbesteck bekommen bzw. auf das Ausleihen eines Bestecks angewiesen sind (a.a.O.: 223). Zeitreihenvergleiche belegen, daß die Fallzahlen der HIV-Infektionen in den letzten zehn Jahren deutlich gesunken sind.

Zenker/Greiser (1999) stellen fest, daß die sehr schweren Erkrankungen in jüngeren und höheren Altersgruppen seltener auftreten: Bei den 20-29jährigen Frauen sind 10% aller Diagnosen als sehr schwer klassifiziert, bei den 30-49jährigen 17% und bei Frauen 50 Jahre 13%. Besondere gesundheitliche Gefährdungen und eine Häufung von schweren akuten und chronischen Erkrankungen stellt man bei obdachlosen Frauen fest, die eine besondere Risikogruppe darstellen.

Nach Vertheim et al. (1998) liegen die Komorbiditätsdiagnosen für Depressionen und Angststörungen bei den Frauen doppelt so hoch wie bei den Männern. Dissoziative Störungen und Eßstörungen, die beide Folge von sexuellem Mißbrauch in der Kindheit sein können, findet man fast nur bei Frauen. Die vorliegenden Studien (Krauß/Vertheim/Degwitz 1999) unterscheiden nicht zwischen Depressionen und Ängsten, die als Folge der Entgiftung oder der Entwöhnung auftreten und die sich im Zuge der Behandlung abschwächen und oft ganz ausklingen, und entsprechenden Störungen, die andere Ursachen wie z. B. Gewalterfahrungen und Traumatisierungen haben.

Der Anteil der Frauen mit Suizidversuchen liegt bei 40%. 20% haben einen Suizidversuch unternommen, 20% mehrere (SEDOS 97). Diese Angaben sind mit Vorsicht zu behandeln, da es schwierig ist, Drogennotfälle von Suizidversuchen zu unterscheiden (siehe Kapitel 3.2.7).

Drogennot- und -todesfälle bei Opiatkonsumentinnen

Unter Drogennotfall versteht man einen klinisch relevanten, lebensbedrohlichen Zustand nach der Einnahme von illegalen Drogen wie Heroin oder Kokain, der eine entspre-

chende Behandlung erfordert. Der Anteil der Frauen an den Drogennotfällen streut zwischen 25% und 40% (Franke 1997; Heckmann et al. 1993). Eine insgesamt eher kleine Gruppe von Frauen mit sehr riskanten Konsum- und Lebensstilen produziert verhältnismäßig viele Drogennotfälle. Frauen, die als Drogennotfälle registriert werden, sind mit einem Altersdurchschnitt von 25 Jahren jünger als Männer in derselben Situation (Altersdurchschnitt 27 Jahre). Für Frauen wie für Männer steigt mit der Zahl der Drogennotfälle das Risiko des Drogentodes. Drogentodesfälle werden bei Frauen deutlich seltener registriert als bei Männern.

Tabelle 9.2.3-1: Drogentodesfälle seit 1975 Frauen und Männer

	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Frauen absolut	33	121	89	264	329	332	298	264	254	238
relativ (%)	17	24	27	18	15	16	17	16	16	14
Männer	162	373	235	1.227	1.770	1.750	1.419	1.346	1.293	1.447

Quelle: BKA 97

Gemessen an dem geschätzten Anteil der Frauen an den Abhängigen von harten Drogen mit ca. 25% sterben sehr viel weniger Frauen als Männer an den unmittelbaren Folgen ihrer Abhängigkeit. Als Todesursache steht an erster Stelle die Überdosierung von Heroin allein oder in Kombination mit anderen Drogen. Der erhebliche Rückgang der Frauen an den Drogentoten wird auf den risikoärmeren Konsum und auf das heute zur Verfügung stehende breite Hilfsangebot zurückgeführt. Frauen nehmen die kombinierten Angebote der Medizin und der Sozialarbeit bevorzugt in Anspruch.

9.2.3.5 Gewalterfahrungen

Wie bei Alkoholkarrieren auch (vgl. Kapitel 9.2.2.5) spielen Gewalterfahrungen eine ursächliche und verstärkende Rolle in der Drogenkarriere; Drogenkonsumentinnen sind zudem Gewalterfahrungen in ihrem aktuellen Umfeld ausgesetzt.

Auf die Bedeutung von Mißhandlungen und sexueller Ausbeutung in der Lebensgeschichte von später opiatabhängigen Frauen (insbesondere von Frauen mit einem frühen Einstieg in den harten Konsum) wurde bereits hingewiesen. In der Drogenszene selbst werden Frauen vergleichsweise häufig Opfer von Gewalttaten, d. h. sie werden beraubt oder auch vergewaltigt. Als Prostituierte sind sie insofern gegenüber Freiern schutzloser als andere Prostituierte, als sie häufig eine Anzeige scheuen (vgl. Kapitel 5.3.1). Die Verzahnung von Gewalterfahrungen und Drogenkonsum verfestigt die Drogenkarriere, vermindert Ressourcen und erschwert einen Ausstieg,

9.2.3.6 Drogenstraftäterinnen

Drogenkonsumierende und drogenabhängige Frauen geraten in Deutschland seltener in das Fadenkreuz der Polizei und Justiz als drogenkonsumierende Männer. Drogenabhängige Frauen beteiligen sich an Beschaffungskriminalität. Sie stehen aber seltener vor Gericht als drogenabhängige Männer, und wenn, dann seltener als Männer wegen Eigentums- und Gewaltdelikten (Hedrich 1989: 210).

Der Anteil der Frauen an den wegen Rauschgiftkriminalität Verdächtigten betrug 1996 12% - mit abnehmender Tendenz im Vergleich zu 1990. Die Daten des BKA beziehen sich dabei auf alle Formen illegaler Drogen, also nicht nur auf Opiatkonsumentinnen.

Tabelle 9.2.3-1: Tatverdächtige seit 1990 Frauen und Männer

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Frauen							
Absolut	12.219	13.316	13.514	12.874	13.232	14.804	17.451
in %	15	15	15	14	12	12	12
Männer	67.930	75.442	79.524	82.316	93.127	109.091	129.092

Quelle: BKA 97.

Da der Cannabiskonsum wesentlich verbreiteter ist als der Opiatkonsum, stehen an erster Stelle dieser Statistik Tatverdächtige, denen Delikte im Zusammenhang mit Cannabis zur Last gelegt werden. Erst an zweiter Stelle folgen diejenigen, die im Zusammenhang mit Heroin eine Straftat begangen haben. Dafür findet man in dieser Gruppe die meisten Wiederholungstäter(innen). Das häufigste Delikt ist bei ihnen der Besitz einer illegalen Droge, und ihr Risiko, wegen dieses Delikts in ein Strafverfahren verwickelt zu sein, ist am größten in der Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahren.

Rechnet man aus allen Tatverdächtigen diejenigen heraus, gegen die wegen der sogenannten Beschaffungskriminalität ein Verfahren läuft, dann steigt der Anteil der Frauen auf 25%. Frauen sind besonders aktiv, wenn es um den Diebstahl von Rezepten sowie um Rezeptfälschungen geht. Drogenabhängige Frauen unterscheiden sich in den Deliktarten nicht von anderen Frauen, denen kriminelle Delikte vorgeworfen werden.

Der Anteil der Frauen, die eine Haftstrafe verbüßen, liegt mit 17% etwas höher als ihr Anteil an den Tatverdächtigen. Allerdings geht es bei zwei Drittel von ihnen nur um ein geringfügiges Strafmaß von unter 6 Monaten. Lediglich 8% sitzen mindestens ein Jahr ein. Bei den Männern sind das immerhin fast 25% (Zenker/Greiser 1999).

Drogenabhängige Frauen werden seltener von der Polizei aufgegriffen, gegen sie werden weniger Strafverfahren eröffnet, sie werden seltener verurteilt und müssen noch seltener ihre Strafe im Gefängnis absitzen. Insgesamt ist die Kriminalitätsbelastung drogenabhängiger Frauen in Deutschland weit niedriger als diejenige der Männer. Dies erleichtert die Rehabilitation, wenn sie sich einmal entschlossen haben, aus dem Drogenmilieu auszusteigen.

9.2.3.7 Soziale Unterstützung, Hilfen und Behandlung

Soziale Unterstützung erfahren Drogenkonsumentinnen vor allem in der Drogenszene. Je dünner das soziale Netz der Konsumentinnen ist und je weniger Beziehungen sie zu Personen aufrechterhalten, die keine Suchtprobleme haben, um so mehr sind sie auf Beziehungen innerhalb ihrer Subkultur angewiesen. Diese werden gegenüber Außenstehenden oft als "Gemeinschaft der Drogenabhängigen", die Nähe und Geborgenheit vermittelt, idealisiert. Szenenbeschreibungen bestätigen aber nicht, daß tatsächlich tragfä-

hige und dauerhafte Solidarbeziehungen in der Szene existieren. Die Bindung an die Subkultur erschwert den Ausstieg.

Für einen Ausstieg aus der Drogenszene stehen Hilfen in Form von Angeboten der ambulanten und stationären Beratung und Therapie zur Verfügung; die Angebote fassen in der Regel Hilfen für Frauen mit Alkoholproblemen und mit Drogenabhängigkeit zusammen (vgl. die ausführlichere Darstellung in Kapitel 9.2.2.6). Frauen gelingt es häufiger und besser als Männern, süchtige Episoden aus eigener Kraft zu überwinden (Happel et al. 1993). Frauen verfügen alles in allem genommen über dichtere und stabilere soziale Netzwerke als Männer, und das gilt auch für einen Teil derjenigen, die drogenabhängig werden. Entschließen sie sich dazu, das Netzwerk für sich zu nutzen, gelingt es ihnen, ihr Leben neu zu organisieren, ihm einen anderen Sinn zu geben und mit der Drogenkarriere zu brechen.

Mädchen und Frauen, die wegen ihrer eigenen Drogenprobleme in Beratungseinrichtungen betreut werden, machen einen Anteil von ca. 20% (EBIS 97) bis 25% (BADO 97) der Hilfesuchenden aus.

In stationären Einrichtungen wurden 1997 ca. 12.500 Personen behandelt; der Frauenanteil betrug - mit einer sinkenden Tendenz - 15% (SEDOS 97), d. h. 1997 waren ca. 1.700 bis 2.000 Frauen in einer stationären Therapie (Holz/Leune 1998). Frauen (und Männer), die in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen betreut werden, sind im Durchschnitt knapp 30 Jahre alt (BADO 97: 29 Jahre; SEDOS 97: 28 Jahre). Die überwiegende Mehrzahl von Frauen in regulärer stationärer Therapie hat bereits Therapieerfahrung; sie ist an eine ambulante Hilfeinrichtung angebunden, war in Einrichtungen zur Entgiftung und fast die Hälfte hat schon einmal eine stationäre Therapie begonnen (SEDOS 97).

Beratungsstellen werden auch von jungen Frauen (unter 21 Jahre alt) aufgesucht. Man findet sie jedoch nicht in den Behandlungseinrichtungen, da sie dort wegen ihres jungen Alters nicht aufgenommen werden. Abgesehen von jugendpsychiatrischen Kliniken stehen dieser Klientel alternative Einrichtungen der Jugendhilfe kaum zur Verfügung. Der Zugang zum breiten Angebot der stationären Drogenhilfe öffnet sich ihnen tatsächlich erst, wenn sie 21 Jahre alt sind. Bis zu diesem Alter spielt sich ihre Drogenkarriere vornehmlich auf der Straße ab.

Tabelle 9.2.3-1: Frauen und Männer mit Drogenproblemen in ambulanten Einrichtungen nach Alter

Altersgruppen	insg.	davon in %				
	%	Bis 21 Jahre	22-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	Über 50 Jahre
Frauen	100	14	38	41	6	1
Männer	100	5	37	46	11	1

Quelle: BADO 97.

Im Drogenbereich geht wie im Alkoholbereich der Anteil der Frauen an der Klientel der Anlauf- und Beratungsstellen zurück. Mit der Einführung und Legalisierung der Substitutionsprojekte hat sich das Hilfesuchverhalten der drogenabhängigen Frauen erheblich verändert. Der Anteil der Frauen, die ein Substitut für das illegale Heroin - meist Methadon - erhalten, variiert in den verschiedenen Studien zwischen 30% und 40% (Arnold et al. 1995; Lang/Zenker 1994; Zenker/Greiser 1999). Grob geschätzt sind das wenigstens 10.000 Frauen. Dazu kommen noch ca. 10.000 Frauen, die als Substitut Codein erhalten (Gerlach/Schneider 1994). Insgesamt ist also von ca. 20.000 Frauen auszugehen, die medikamentös mit einem Substitut behandelt werden. Von allen Hilfeangeboten nehmen Frauen demnach am ehesten die Substitution in Anspruch. Man findet sie im selben Umfang bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wie in Kliniken oder Fachambulanzen, in denen Ärztinnen und Ärzte ein Substitut verordnen. Frauen schätzen vor allem das Setting in Methadonambulanzen. In der Diskussion über frauenfreundliche Behandlungsangebote für opiatabhängige Frauen werden diese Ergebnisse bislang nicht angemessen berücksichtigt.

Ein besonderes Angebot im Vorfeld der stationären Therapie stellt das Modellprogramm "Therapie sofort" dar, das in Nordrhein-Westfalen erprobt worden ist (Spöhring et al. 1996). Es geht um Interventionsangebote, die die Zielgruppe der Drogengebraucherinnen und -gebraucher und Abhängigen möglichst frühzeitig in ihrer Karriere erreichen will. Frauen und Männer sprechen unterschiedlich auf dieses Angebot an. Der Anteil der Frauen, die am Modellprogramm teilnehmen, liegt mit 23% etwa so hoch wie ihr Anteil in den ambulanten Beratungsstellen. Attraktiv ist für sie besonders die Vermittlung in eine Einrichtung zur Entgiftung in möglichst kurzer Zeit. Zwei Drittel der Frauen, die dieses Angebot annehmen, beenden es regulär (im Vergleich zu 53% der Männer). Bei Weitervermittlungen in stationäre Therapien sind die Erfolgsraten eher dürftig. Nur 13% der Frauen schöpfen die Therapie voll aus (im Vergleich zu 32% der Männer). Das heißt, daß etwa nur eine von zehn Frauen, die im Rahmen dieses Projekts in stationäre Therapie vermittelt wurden, diese regulär beendet.

Wie sehen im Vergleich dazu die Erfolgsraten der regulären stationären Therapien aus? Nach SEDOS (97) liegt der Anteil der Frauen, die die Therapie planmäßig beenden bei 42% und damit deutlich höher als bei den Frauen des Programms „Therapie sofort“. Das liegt vermutlich daran, daß Frauen, die reguläre stationäre Therapien nachsuchen, davor sehr häufig intensive ambulante Beratung in Anspruch genommen haben, in deren Verlauf sich bei ihnen die Motivation zur Abstinenz verstärkt hat. Das hilft ihnen die Therapie durchzustehen.

Knapp zwei Drittel der Frauen (und auch der Männer) (SEDOS 97) brechen die stationäre Therapie jedoch vorzeitig ab. Als wichtigste interpersonale Faktoren, die zu einem Therapieabbruch der Frauen führen, erweisen sich Belastungen durch die Trennung von Familie und Freunden sowie eine positive Besetzung und Zufriedenheit mit der Partnerschaft. Dazu kommen subjektive Einstellungen zur Therapie selbst und zum Stellenwert von Drogen und Rauscherlebnissen. Frauen, die keine starke Motivation in die Therapie

mitbringen und für die Rauscherlebnisse sehr wichtig sind, brechen die Therapie vergleichsweise häufig ab (Küfner et al. 1994).

Auf die unbefriedigende Datenlage bezogen auf die vergleichende Evaluation der Erfolge in unterschiedlichen therapeutischen Settings (ambulant versus stationär, geschlechtertrennende versus gemischte Einrichtungen) wurde bereits hingewiesen (Vogt 1998b; vgl. Kapitel 9.2.3.2).

9.2.3.8 Zusammenfassung

Unter den Begriff illegale Drogen fallen in ihrer Wirkungsweise und Einnahmeform, ihrem Abhängigkeitspotential und üblichen Konsumkontext unterschiedliche Substanzen. Sie haben gemeinsam, daß der Besitz verboten ist und daher jeder Konsum, auch der Probierkonsum, als riskant und als Mißbrauch eingestuft wird, auch wenn nicht jeder Konsum zu Abhängigkeit führt.

Im Jugendalter hat der überwiegende Teil der Konsumerfahrungen einen Probier- und Experimentiercharakter, motiviert z. B. durch jugendspezifische Neugier oder Wünsche nach Abgrenzung durch Regelverstöße und nach einer Schaffung von Gegenwelten. Er wird später wieder aufgegeben. Am Probierkonsum sind Frauen und Männer in ähnlichem Ausmaß beteiligt. Am häufigsten wird Cannabis konsumiert, das von den Konsumierenden als am ungefährlichsten eingestuft wird. Die Lebenszeitprävalenz der Cannabiserfahrung beträgt bei Frauen 10%.

Weniger Frauen als Männer gehen vom Probierkonsum zur Einnahme härterer Drogen über. Zwar steigen die absoluten Zahlen der erst auffälligen Konsumentinnen illegaler Drogen, aber der relative Anteil der Frauen ging seit den 80er Jahren von 30% auf 15% zurück. Junge Frauen, die in der Kindheit mißhandelt oder mißbraucht wurden oder deren Eltern selbst substanzabhängig waren, haben ein besonders hohes Risiko für einen Übergang zu härteren illegalen Drogen. Eine besonders belastete Untergruppe der drogenabhängigen Frauen sind jene, die sehr jung mit der Einnahme von Opiaten (Heroin) beginnen und sich der offenen Drogenszene der Großstädte anschließen.

Frauen, die wegen Drogenproblemen in ambulanten Einrichtungen Hilfe suchen, sind häufiger als Frauen der Allgemeinbevölkerung ledig. Je nach Auskunftsquelle sind zwischen 28% (BADO) und 44% (EBIS) der Frauen Mütter. Häufig ist der Partner ebenfalls drogenabhängig. Diese Gruppe von Drogenkonsumentinnen hat im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt eine niedrigere Schulbildung und häufiger keine oder eine abgebrochene Berufsausbildung. Der größte Teil der Frauen lebt von Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung und nur zwischen 15% (BADO) und 30% (EBIS) sind erwerbstätig.

Mit der Drogenabhängigkeit sind Gesundheitsprobleme vor allem chronischer Art verbunden, wobei an erster Stelle die Hepatitis-C-Infektion steht. Komorbiditätsdiagnosen beziehen sich am häufigsten - doppelt so oft wie bei drogenabhängigen Männern - auf

Depressionen, Angststörungen sowie auf Eßstörungen und dissoziative Störungen. 40% der drogenabhängigen Frauen haben einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. Auch liegt ihr Anteil an den Drogennotfällen über ihrem Anteil an den Opiatkonsumierenden. Dennoch werden Drogentodesfälle bei Frauen deutlich seltener registriert als bei Männern.

Nicht nur die Vorgeschichte, sondern auch die aktuelle Situation von drogenabhängigen Frauen ist häufig von Gewalterfahrungen, insbesondere bei der Beschaffungsprostitution, geprägt. Drogenkonsumierende und drogenabhängige Frauen sind zwar ebenfalls in illegale Aktionen verstrickt, sie werden aber seltener als Männer aufgegriffen, weniger Strafverfahren werden gegen sie eröffnet und seltener werden sie zu Gefängnisstrafen verurteilt.

Drogenabhängige Frauen verfügen über dichtere und stabilere Netzwerke als drogenabhängige Männer und überwinden eher als Männer süchtige Episoden aus eigener Kraft. Der Anteil an Frauen in Substitutionsprogrammen liegt bei 30% bis 40%, in Beratungsstellen bei 20% und in stationären Therapieeinrichtungen bei 15%. Geschlechterdifferenzierende und therapievergleichende Studien zu Erfolgsraten fehlen.

9.2.4 HIV-infizierte und AIDS-krankte Frauen

9.2.4.1 Einleitung

Seit Beginn der HIV/AIDS-Epidemie im Jahre 1981/82 sind Männer in größerem Ausmaß betroffen. Der Anteil der Frauen nimmt jedoch zu, und daher werden frauenspezifische Probleme, die bisher eine geringe Rolle spielten, relevant. Die Zunahme hat Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Patientinnen vor allem im Bereich der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe und der HIV-spezifischen Erkrankungen (Hamouda et al. 1997: 24).

HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung unterscheiden sich von anderen chronischen Krankheiten durch einige Besonderheiten. Die von ihnen Betroffenen sind in der Regel jung, aber ihre weitere Lebenserwartung wird als niedrig angesetzt. Die Krankheit verläuft in Phasen: Bei einer festgestellten Infektion kann eine längere symptomfreie Phase folgen. Ergebnisse psychometrischer Untersuchungen weisen darauf hin, daß Frauen in den verschiedenen Krankheitsphasen qualitativ anders und teilweise quantitativ stärker als Männer leiden. Vor allem haben sie stärkere Gefühle der Einsamkeit (Jäger 1989: 1; Franke/Jäger 1989: 135 f). HIV-infizierte und AIDS-krankte Frauen unterliegen einer dreifachen Benachteiligung und Stigmatisierung: in der Gesellschaft, in der Wissenschaft und in der Versorgungspraxis. Sie sind in einer „Randposition einer Randgruppe“ (Muthesius/Schaeffer 1996: 3).

9.2.4.2 Datenlage und epidemiologische Daten

In der Bundesrepublik wird seit 1982 beim Robert-Koch-Institut (RKI) ein zentrales Fallregister geführt, in dem die freiwilligen und anonymen Berichte der AIDS-Kranke behandelnden Ärztinnen und Ärzte zusammengeführt werden. Es wird geschätzt, daß über 85 % der bisher aufgetretenen AIDS-Fälle in dem Register enthalten sind (Hamouda et al. 1997: 35). Nach der im Oktober 1987 in Kraft getretenen „Verordnung über die Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungsteste (Laborberichtsverordnung)“ haben die Labors positive HIV-Bestätigungsteste in Form anonymer Berichte an das RKI zu melden. Da sich HIV-positive Personen wiederholt anonym und/oder von mehreren Laboratorien testen lassen, sind in den Daten nicht erkennbare Mehrfachmeldungen enthalten. Diese epidemiologischen Datenpools werden ergänzt durch weitere Informationsquellen (z. B. ANOMO-Studie, Anonymes unverknüpftes Testen bei Neugeborenen – AUT; ebd.: 56ff.).

Zur psychosozialen Situation HIV-infizierter und AIDS-kranker Frauen liegen im Zusammenhang mit dem Bundesmodellprogramm „Frauen und AIDS“, das von November 1988 bis Dezember 1993 an sechs Universitätsfrauenkliniken im wesentlichen mit medizinischen Fragestellungen durchgeführt wurde, mehrere Untersuchungen vor (Schäfer/Bellingkrodt o. J.). Dabei handelt es sich um die sozialwissenschaftliche Evaluation des Programmes und um im Rahmen des Programmes entwickelte Forschungsvorhaben (Leopold/Steffan 1994: 30).

In der multizentrischen Studie „Frauen und AIDS“ wurden 676 HIV-infizierte Frauen erfaßt. Die Untersuchungsgruppe enthält ausschließlich Frauen, die wegen gynäkologischer Probleme oder wegen einer Schwangerschaft Ambulanzen der Frauenkliniken, also medizinische Versorgungszentren, aufgesucht haben. Der Anteil der durch heterosexuellen Verkehr Infizierten liegt bei 44,4%, die i.v. Drogenabhängigen machen 52,1% und die durch Blutprodukte Infizierten 3,5% der Gesamtgruppe aus (Leopold/Steffan 1994:47-48). Ergänzungen zu Sozialdaten dieser Studie ergeben sich aus einer 1993 bundesweit durchgeführten Erhebung, bei der über Beratungsstellen, Gesundheitsämter und medizinische Einrichtungen Fragebögen verteilt wurden, die von 134 HIV-infizierten Frauen schriftliche beantwortet wurden (Herrmann 1995). Bei dieser Studie beträgt der Anteil der über heterosexuelle Kontakte Infizierten 52,2%, der der i.v. Drogenabhängigen 39,6%.

Außerdem liegen mehrere kleinere Studien mit vor allem qualitativem und biographischem methodischen Ansatz zur Versorgung HIV-infizierter bzw. AIDS-kranker Frauen vor (z. B. Heide 1993; Muthesius/Schaeffer 1996; Deutsche AIDS-Hilfe 1995).

Die Beurteilung der Repräsentativität der empirisch erhobenen Daten ist schwierig, da zur Grundgesamtheit der HIV-infizierten und AIDS-kranken Frauen außer dem Alter keine soziodemographischen Angaben vorliegen. In den empirischen Erhebungen wurden Frauen aus einer selektierten Klientel (z. B. Frauen, die sich an klinische Ambulanzen wandten) befragt, verallgemeinernde Aussagen sind daher nur eingeschränkt möglich.

9.2.4.3 HIV-infizierte und AIDS-kranke Frauen

Ende 1998 lebten nach aktuellen Schätzungen des RKI in Deutschland 37.000 HIV-infizierte Menschen (Sozialpolitische Umschau vom 1. März 1999, Ausgabe 7, Nr. 84: 53). Die Zahl der jährlichen HIV Neuinfektionen wird auf 2.000 geschätzt (StBA 1998a: 265). Seit 1989 ist der Anteil der Frauen an den positiven Bestätigungstesten von 15,5 % auf 20,9 % (1996) gestiegen (Hamouda et al. 1997: 106). 1998 lag der Anteil von Frauen an den neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei 22 % (Sozialpolitische Umschau vom 1. März 1999, Ausgabe 7, Nr. 84).

Das HI-Virus kann durch ungeschützten homo- und heterosexuellen Geschlechtsverkehr, durch Übertragung von erregertauglichem Blut bzw. mit Blut hergestellten Arzneimitteln und mit Blut kontaminierten Spritzbestecke bei i. v. Drogenabhängigen und während der Schwangerschaft oder Entbindung einer infizierten Frau auf das Kind übertragen werden (StBA 1998a: 264). Kenntnisse über die Übertragungswege des HI-Virus bei den positiven HIV-Bestätigungstesten liegen nur sehr unzureichend vor, da bei 66,4 % der beim RKI eingegangenen Laborberichtsbogen entsprechende Angaben fehlen. Informationen zu den Übertragungswegen lassen sich jedoch den AIDS-Statistiken entnehmen. Der weitaus überwiegende Teil (75 %) der männlichen AIDS-Patienten sind bzw. waren homo- oder bisexuell, i. v. Drogenkonsum wird bei 10,9 % angegeben. Bei

Berücksichtigung aller registrierten weiblichen AIDS-Fälle seit 1982 stellen die i. v. Drogenabhängigen die größte Infektionsgruppe dar.

Tabelle 9.2-2: Verteilung der AIDS-Fälle seit 1982 bei weiblichen und männlichen Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko in Deutschland (31.12.96)

Infektionsrisiko	weiblich (in %)	männlich (in %)
Homo- oder bisexuelle Männer	-	75,0
i. v. Drogenabhängige	47,8	10,9
Hämophile/Transfusion/Transplantat ¹	8,4	4,6
Heterosexuelle Kontakte	29,6	2,8
Erkrankte aus Pattern-II- Ländern ²	7,4	1,1
Keine Angabe/unbekannt.	6,8	5,5
Insgesamt	100,0	100,0

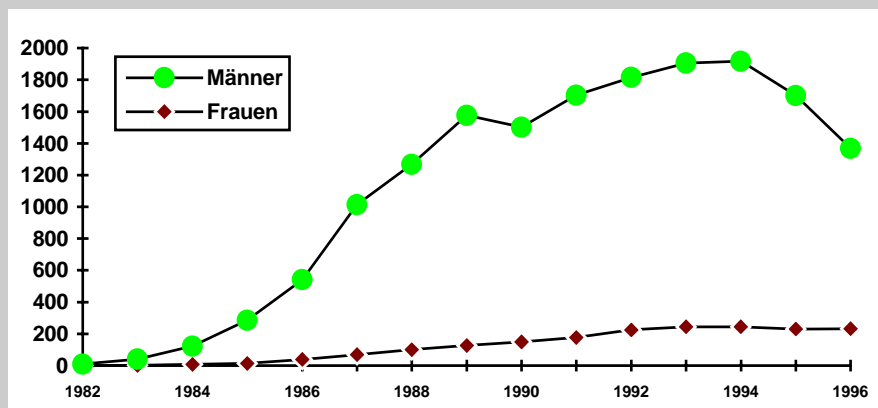
- 1) Empfängerinnen u. Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten sowie Empfängerinnen und Empfänger von Transplantaten.
- 2) Erkrankte aus Pattern-II-Ländern nach WHO (Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird, z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika).

Quelle: Hamouda et al.1997: 84 f.

Im Zeitraum von 1988 bis 1996 hat die Übertragung durch i. v. Drogenkonsum bei Frauen mit einem Rückgang von 59,6 % auf 30,3 % der Ansteckungen an Bedeutung verloren, während die Übertragung durch heterosexuelle Kontakte von 18,2 % auf 37,1 % gestiegen ist (Hamouda et al. 1997: 85). In absoluten Zahlen haben sich 1996 zum ersten Mal seit Beginn der Epidemie mehr Frauen über heterosexuelle Kontakte als über Drogenabhängigkeit neu infiziert (ebd.).

Von den im Zeitraum von 1982 bis zum Dezember 1996 gemeldeten 15.682 AIDS-Fällen betrafen 1.692 Frauen (10,8 %) und 13.990 (89,2 %) Männer (BMG 1997: 72; vgl. StBA 1998a: 265). Etwa 65 % der Erkrankten sind bereits verstorben. Die Zahl der Ende 1996 lebenden AIDS-Kranken wird auf 4.500 bis 5.000 geschätzt (ebd.). Die Zahl der neu Erkrankten und der an AIDS Verstorbenen hat 1998 mit jeweils etwa 800 den niedrigsten Stand seit 10 Jahren erreicht (Sozialpolitische Umschau vom 1. März 1999, Ausgabe 7, Nr. 84: 53). Während bei den Männern seit 1994 eine Abnahme der AIDS-Fälle zu verzeichnen ist, wird bei den Frauen eine steigende Tendenz auch der absoluten Zahlen sichtbar. Ihr Anteil an den Erkrankten hat sich von 1988 mit 8 % bis 1996 auf 16,6 % verdoppelt (Hamouda et al. 1997: 23). Dies wird vor allem auf den erhöhten Anteil von durch heterosexuelle Übertragung bedingten AIDS-Fällen, von denen etwa die Hälfte Frauen betreffen, zurückgeführt (ebd.).

Abbildung 9.2-3: Zahl der AIDS-Fälle bei Frauen und Männern, korrigiert für den Meldeverzug nach Jahr der Diagnose



Quelle: Hamouda et al. 1997: 23.

Die Überlebenszeiten nach einer AIDS-Diagnose sind seit den 80er Jahren durch die Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten gestiegen. Sie betragen bei den 1996 Verstorbenen durchschnittlich 20,1 Monate. Ein weiteres Ansteigen der Überlebenszeiten wird prognostiziert (StBA 1998a: 267).

9.2.4.4 HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen im Lebenslauf

Schätzungen gehen von einer Zahl von 300 bis 500 HIV-infizierten Kindern unter 12 Jahren im Bundesgebiet aus. Jährlich werden 80 bis 100 Kinder von HIV-infizierten Müttern geboren (ebd.). Von Müttern auf Kinder übertragene AIDS-Fälle sind mit 1 % der Gesamtzahl der AIDS-Fälle selten und haben im Zeitverlauf nicht zugenommen (Hamouda et al. 1997: 22). Auch im Jugendalter sind die Infektions- und Erkrankungszahlen niedrig.

Die Altersstruktur der infizierten und erkrankten Erwachsenen differiert geschlechtsspezifisch. Bezogen auf die bis zum Dezember 1996 gemeldeten Befunde waren 73,5 % der HIV infizierten Frauen und 60,9 % der infizierten Männer zwischen 20 und 39 Jahren alt. 40 Jahre oder älter waren 9,8 % der Frauen und 24,1 % der Männer. Eine ähnli-

che relative Altersverteilung besteht bei den bis 1996 registrierten AIDS-Fällen. 74 % der erkrankten Frauen, jedoch nur 54,5 % der Männer waren zwischen 20 und 39 Jahren alt. 40 Jahre und älter waren 22,2 % der Frauen und 44,4 % der Männer (BMG 1997: 79). Das durchschnittliche Alter der Frauen bei Diagnosestellung war 1996 35,3 Jahre, das der Männer 39,4 Jahre (StBA 1998a: 266). Frauen erhalten somit den positiven HIV-Befund oder die AIDS-Diagnose in einem jüngeren Alter und damit in einem anderen Lebensabschnitt als Männer. Dies hat weitreichende Konsequenzen für ihre psychosoziale Situation.

9.2.4.5 *Weiblicher Lebenszusammenhang als Kontext: Leben mit HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung*

HIV-infizierte und AIDS-kranke Frauen befinden sich in sehr unterschiedlichen psychosozialen Lebenssituationen, je nachdem, ob es sich um akut i. v. Drogenabhängige, ehemalige oder substituierte i. v. Drogenabhängige, Frauen ohne Drogenkontakte oder über Blutprodukte infizierte Frauen handelt. Besonders dramatisch ist die Situation von HIV-infizierten akut drogenabhängigen Frauen, bei denen chronische psychische, physische und soziale Probleme durch die Drogenabhängigkeit sich mit infektions- oder erkrankungsbedingten Belastungen verbinden.

Lebensformen und Kinderwunsch

In dem Kollektiv der multizentrischen Studie (zur Verzerrung durch die spezifische Stichprobe s. o.) befand sich die Mehrzahl der HIV-infizierten Frauen in stabilen Lebensstrukturen, nur ein kleiner Teil war im sozialen Abseits. 63 % der Frauen hatten eine stabile Partnerschaft, 28 % lebten alleine, und 9 % hatten wechselnde Partnerschaften. Auch die Wohnsituation war für die meisten Frauen geregelt: 76 % lebten in einer eigenen Wohnung mit oder ohne Partner, 2 % waren Mitglied einer Wohngemeinschaft, 4 % wohnten in einer Therapieeinrichtung. Nur 7 % waren obdachlos oder lebten in einem Obdachlosenheim (Schäfer/Bellingkrodt o. J.: 28 f). Bei den von Herrmann befragten Frauen ergibt sich ein anderes Bild, da die Daten differenziert nach ehemaligen i. v. Drogenabhängigen, Substituierten und Frauen ohne Drogenkontakte dargestellt werden. Ehemalige i. v. Drogenabhängige und Substituierte gaben mit 64,3 % bzw. 57,5 % in größerem Umfang bestehende Partnerschaften an als die Frauen ohne Drogenkontakte (44,1 %) (Herrmann 1995: 46). In allen drei Subgruppen war der Anteil der Alleinlebenden mit jeweils über 40 % höher als in der multizentrischen Studie.

Frauen erhalten die HIV- oder AIDS-Diagnose überwiegend in einem Alter, in dem sie sich entscheiden, ob sie ein Kind wollen. Angesichts der Infektion ist die Auseinandersetzung mit einem Kinderwunsch schwierig, sie impliziert Unsicherheiten über den Verlauf einer Schwangerschaft und Geburt und Ängste, das Kind anzustecken. Die Auseinandersetzung kann sich vor allem dann dramatisch gestalten, wenn Frauen - ohne zu einer Risikogruppe zu gehören - einen positiven HIV-Befund erst im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft erfahren (Franke/Jäger 1989: 125). Bei HIV-infizierten Müttern bedroht die Krankheit nicht nur die eigene, sondern möglicherweise auch die Exi-

stanz der Kinder. Die Sorge um deren Zukunft und die Angst, Versorgungstätigkeiten nicht mehr leisten zu können, stellen zusätzliche Belastungen dar (Rosendahl 1993: 661).

Angesichts der Bedrohung eines frühen Todes kann der Wunsch nach einem Kind die Sehnsucht nach einer Form des Weiterlebens ausdrücken. Bei ehemaligen i. v. Drogenabhängigen kann ein Kind zum Hoffnungsträger auf einen neuen Lebensabschnitt und auf ein ganz normales Leben werden. Problematisch kann sich ein Kinderwunsch auch bei Frauen gestalten, die zwar selbst negativ sind, jedoch einen HIV-positiven Partner haben (HIV-Diskonkordanz). Siedentopf/Kentenich berichten, daß sich in der Kinderwunschsprechstunde des DRK-Klinikums Westend Berlin immer mehr HIV-diskonkordante Paare vorstellen (Siedentopf/Kentenich 1998).

Die Ambivalenz eines Kinderwunsches und die sich daraus ergebenden emotionalen Belastungen werden in den Ergebnissen der Untersuchung von Herrmann (1995: 49) deutlich. Explizit danach befragt, wünscht sich ein Drittel der 134 HIV-infizierten Frauen unabhängig vom Alter und der gegenwärtigen Lebenssituation ein Kind. Einige geben jedoch gleichzeitig an, im Falle einer Schwangerschaft einen Abbruch durchführen zu lassen, und einige der Frauen mit Kinderwunsch haben bereits einen Abbruch hinter sich. HIV-infizierte Frauen können nach den rechtlichen Bestimmungen aus medizinischen Gründen und ohne zeitliche Begrenzung einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Der Anteil der Frauen, die aufgrund der HIV-Infektion einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, lag in der Befragung von Herrmann bei 20 % und damit etwas über der Prävalenz der Abbrüche in der Berliner Perinatalerhebung (17,7 %) (Herrmann 1995: 49). In dem Kollektiv der multizentrischen Studie „Frauen und AIDS“ gaben 36,7 % der erfaßten 676 infizierten Frauen bereits einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche an (Schäfer/Bellingkrodt o. J.: 25).

Während Ende der 80er Jahre noch von einem Übertragungsrisiko von 40-50 % ausgegangen wurde (Leopold/Steffan 1994), wird die Mutter-Kind-Übertragungsraten heute, bedingt durch präventive Maßnahmen in der Schwangerschaft und während der Geburt, auf unter 5 % geschätzt (StBA 1998a: 267). Die Übertragungsraten differieren nach dem Stadium der Erkrankung: Symptomlose Mütter haben niedrigere Raten als solche in fortgeschrittenem Krankheitszustand (Rosendahl 1993: 662).

Es ist nicht bekannt, wieviele der HIV-infizierten und AIDS-kranken Frauen in Deutschland Mütter sind. Die Daten aus den vorliegenden Studien lassen jedoch nicht unerhebliche Anteile vermuten. Sowohl in der Stichprobe der multizentrischen Studie als auch in der Befragung von Herrmann haben 40 % der infizierten Frauen ein Kind oder Kinder (Schäfer/Bellingkrodt o. J.: 26; Herrmann 1995: 48), die jedoch nur teilweise von den Müttern selbst betreut werden können. Schäfer/Bellingkrodt berichten, daß bei 45,6 % der Mütter die Kinder meist im Zusammenhang mit einem Sorgerechtsentzug wegen Drogenabhängigkeit in Pflegefamilien oder bei Verwandten untergebracht sind (ebd.).

Ausbildung, berufliche und finanzielle Situation

Im Hinblick auf den Schulabschluß und die Berufsausbildung zeigen sich die Unterschiede in den Betroffenengruppen der multizentrischen Studie. Während von den über i. v. Drogenkonsum Infizierten zwei Drittel keinen oder einen Hauptschulabschluß hatten, betrug der entsprechende Anteil bei den durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr Infizierten ein Drittel. Die heterosexuell Angesteckten hatten in bedeutend größerem Umfang einen Gymnasialabschluß als die i. v. Drogenabhängigen (Schäfer/Bellingkrodt o. J.: 31ff.), ein Ergebnis, das in der Untersuchung von Herrmann bestätigt wird (Herrmann 1995: 42). 54,7 % der in den Zentren betreuten Frauen hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung, 39,2 % hatten keine Berufsausbildung, und 6,1 % befanden sich in beruflicher Ausbildung. Erwerbstätig waren 40,3 % der Frauen, nicht erwerbstätig 59,7 % (Schäfer/Bellingkrodt o. J.: 31 ff.; ohne Unterscheidungen nach Betroffenen-
gruppen).

Von den Nicht-Erwerbstätigen bezogen 6,7 % Arbeitslosenhilfe, 34 % Sozialhilfe, 6,2 % gingen der Prostitution nach, der Rest bezog seinen Lebensunterhalt aus anderen Mitteln (ebd. 33). Die Zahlen zur regelmäßigen Erwerbstätigkeit liegen bei Herrmann (1995: 42) mit 35,9 % für die Gesamtpopulation niedriger, sie differieren jedoch stark nach den Transmissionsgruppen. Frauen ohne Drogenkontakte waren zu 48,3 % erwerbstätig; ehemalige i. v. Drogenabhängige zu 35,7 % und Substituierte zu 17,5 % (ebd.).

Mit finanziellen Problemen sind HIV-Infizierte und AIDS-Kranke in besonderem Maße konfrontiert. Da sie oft am Anfang ihres Berufslebens stehen, über keine finanziellen Ressourcen oder eigene Rentenansprüche verfügen, werden viele von ihnen mit Ausbruch der Krankheit zu Sozialhilfeempfängerinnen. Bei i. v. Drogenabhängigen kann sich die Situation durch bereits vorhandene Schulden und bestehende problematische materielle Verhältnisse verschärfen. 36,5 % des in der multizentrischen Studie erfaßten Kollektives sind Sozialhilfeempfängerinnen, in der Befragung von Herrmann liegt der Anteil mit einem Drittel ähnlich hoch. Nur 10 % der Frauen der letztgenannten Studie hatten monatliche Einkünfte von mehr als 2.500 DM, bei 60 % lagen diese unter 1.500 DM (Herrmann 1995: 42).

Dimensionen des privaten Lebens

Die bisherige Lebensplanung, biographische Entwürfe, Partnerschaften und vorhandene soziale Netze sind angesichts der Krankheit existentiell gefährdet. Darüber hinaus leiden viele der infizierten bzw. kranken Frauen unter dem vorhersehbaren Verlust der körperlichen Schönheit, der sexuellen Attraktivität und der jugendlichen Leistungsfähigkeit, über die Frauen in dieser Lebensphase eher als in späterem Alter ihre Identität definieren (Parsa/Lange 1993; Muthesius/Schaeffer 1996).

9.2.4.6 *Diskriminierungserfahrung*

Bei keiner anderen Erkrankung ist die Gefahr sozialer Ausgrenzung, Isolierung und gesellschaftlicher Diskriminierung so groß, denn HIV und AIDS werden assoziiert mit devianter Sexualität, Drogenabhängigkeit und frühem Tod. In der Öffentlichkeit wird noch immer unterschieden zwischen „schuldigen“ und „unschuldigen“ Opfern - eine Differenzierung, die Kranke zu verantwortlichen Täterinnen und Tätern macht (Heide 1993: 7). Scham- und Schuldgefühle der Frauen führen zu Rückzug und sozialer Isolation. Eine gesellschaftliche Schuldzuweisung wird vor allem bei ehemaligen und akuten i. v. Drogenabhängigen vorgenommen. Frauen aus dieser Gruppe unterliegen einer doppelten Diskriminierung, die zu schwierigen Entscheidungen bezogen auf Geheimhaltung oder Mitteilung an Dritte führt. Eine Mitteilung birgt das Risiko der Stigmatisierung und Ausgrenzung; soziale Unterstützung ist aber nur um den Preis der Mitteilung zu erhalten.

9.2.4.7 *Soziale Netze und Hilfsangebote*

Im Hinblick auf bestehende soziale Netze, die für jede Krankheitsbewältigung eine wichtige Ressource darstellen, unterscheiden sich die i. v. Drogenabhängigen einmal mehr von den über heterosexuelle Kontakte infizierten Frauen. Letztere haben eher stabile biographische Erfahrungen mit ihrem sozialen Umfeld, wohingegen erstere aufgrund ihrer Sucht und der Notwendigkeit der Drogenbeschaffung oft in instabilen Verhältnissen und meist auf Zweckgemeinschaften ausgerichteten Beziehungen leben (Muthesius/Schaeffer 1996: 4f; vgl. auch Kapitel 9.2.3).

In der multizentrischen Studie wurde eine Subgruppe von 192 Frauen mit einem gesonderten Fragebogen direkt zu ihrer psychosozialen Situation befragt. Die so gewonnenen Ergebnisse sind nach Ansicht der Autoren des Abschlußberichtes auf das Kollektiv, zu dem nur anamnestische Daten vorliegen, übertragbar (Schäfer/Bellingkrodt o. J.: 47).

Über die Hälfte der Befragten gibt gute bis sehr gute Kontakte zur Mutter und mehr als ein Drittel gute bis sehr gute Kontakte zum Vater an. Die HIV-Infektion ist am ehesten der Mutter (zu 47,4 %), jedoch auch dem Vater (32,3 %), Geschwistern und weiteren Personen bekannt. 80,2 % der Befragten konnten über ihre Ängste und Sorgen wegen der HIV-Infektion mit jemandem sprechen, und mehr als drei Viertel gaben an, gute Freunde und Freundinnen zu haben (ebd.: 40f). Auffallend ist der mit 49,5 % hohe Anteil der Befragten, die einen oder mehrere Heimaufenthalte hinter sich haben, was zusammen mit den bei 13,5 % der Väter und 6,3 % der Mütter angegebenen Suchterkrankungen auf instabile Verhältnisse in der Herkunftsfamilie schließen läßt (ebd.: 43, 45). In der Studie von Herrmann wurde ausschließlich nach psychosozialer Unterstützung durch Selbsthilfeorganisationen gefragt. Aufgrund des Zuganges zu der Population erstaunt es nicht, daß über 90 % der Befragten Angebote solcher Einrichtungen in Anspruch nehmen (Herrmann 1995: 79).

Bei der Versorgung und Betreuung HIV-infizierter und AIDS-kranker Frauen ist zu unterscheiden zwischen dem medizinischen und dem psychosozialen Bereich. Je nach Transmission brauchen die Betroffenen unterschiedliche Angebotsstrukturen. Im Rahmen des Bundesmodellprogrammes „Frauen und AIDS“ wurden in 20 Modellprojekten bzw. Einrichtungen frauenspezifische Ansätze von Prävention, Versorgung, Beratung und Betreuung entwickelt und erprobt (Leopold/Steffan 1994: 28 ff.).

Die aus den Modellprojekten gewonnenen Erfahrungen zeigen, daß über die bisherigen medizinischen Versorgungsstrukturen HIV-infizierte und AIDS-krankte Frauen nur ungenügend erreicht werden. Erforderlich ist ein Zusammenwirken von medizinischer und psychosozialer Betreuung, das in den Modellprojekten durch die interdisziplinäre Kooperation von Medizinerinnen und Medizinern, Sozialarbeiterinnen und Psychologinnen realisiert wurde. Weitere Erfahrungen beziehen sich darauf, daß Angebots- und Kooperationsstrukturen wesentlich dafür verantwortlich sind, welche Zielgruppen erreicht werden. I. v. drogenabhängige HIV-infizierte Frauen stellen eine schwierige Patientinnengruppe dar, der nur dann geholfen werden kann, wenn die Abhängigkeitsproblematik in das Betreuungskonzept integriert wird. Der Integration eines interdisziplinären Versorgungsansatzes in den normalen Klinikbetrieb sind jedoch Grenzen gesetzt, daher sind auch andere Versorgungsstrukturen erforderlich, wie sie z. B. in der externen Kooperation von Medizinerinnen mit psychosozialen Betreuungsstellen für Betroffene realisiert werden (Leopold/Steffan 1992).

Die 1983 gegründete und 1992 mit einem Frauenreferat ausgestattete Deutsche AIDS-Hilfe (D.A.H.) bietet vor allem in Großstädten Beratung und Betreuung an. Innerhalb der Selbsthilfegruppen der AIDS-Hilfe hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß spezielle Angebote für Frauen erforderlich sind, da HIV-infizierte Frauen eher zu Rückzugsverhalten neigen und in den Gruppen der AIDS-Hilfe, die ursprünglich vor allem von homosexuellen Männern gegründet und in Anspruch genommen wurden, weniger offensiv auftreten. Die Berliner AIDS-Hilfe hat ein weites Spektrum von niedrigschwelligen Angeboten bis zu therapeutisch angeleiteten Gruppen für betroffene Frauen entwickelt (Parsa/Lange 1993).

Hilfsangebote bestehen auch von seiten des 1993 gegründeten Frauen-Netzwerkes - einer überregionalen Organisation, in der sich über 100 HIV-infizierte Frauen zusammengeschlossen haben. Unbürokratische und schnelle Unterstützung in finanziellen Notlagen erhalten Betroffene von der 1987 gegründeten Deutschen AIDS-Stiftung „Positiv leben“ und von der „Nationalen AIDS-Stiftung“.

In allen Gesundheitsämtern sind HIV- und AIDS-Beratungsstellen vorhanden, die meist (vor allem in kleineren Städten) keine spezifische psychosoziale Beratung anbieten können, aber an entsprechende Angebote verweisen. Die Hauptaufgabe der Gesundheitsämter ist die Durchführung des HIV-Antikörpertestes und die Beratung dabei.

9.2.4.8 Zusammenfassung

Die genaue Zahl HIV-infizierter und AIDS-kranker Menschen in Deutschland ist nicht bekannt. Anhand von Labordaten und von Angaben AIDS-Kranke behandelnder Ärztinnen und Ärzte lassen sich jedoch fundierte Schätzungen anstellen. Danach lebten Ende 1996 im Bundesgebiet zwischen 5.250 und 9.000 HIV-infizierte und zwischen 675 und 1.000 AIDS-kranken Frauen (die Zahlen sind berechnet anhand der Angaben des StBA 1998a: 265 f). Zwar sind von der Infektion und der Krankheit Männer in größerem Umfang als Frauen betroffen, seit 1989 ist jedoch eine Zunahme des Frauenanteils bei den HIV-Infizierten und AIDS-Kranken zu verzeichnen.

Zu Beginn der Epidemie Anfang der 80er Jahre wurde das HI-Virus vor allem durch intravenösen Drogenkonsum auf Frauen übertragen. Inzwischen hat die Bedeutung der heterosexuellen Transmission zugenommen. 1996 hatten sich zum ersten Mal in absoluten Zahlen mehr Frauen über heterosexuelle Kontakte als über i. v. Drogenkonsum neu infiziert.

HIV-Infektion und AIDS trifft Frauen in einem Alter, in dem sich viele überlegen, ob sie ein Kind bekommen wollen. Zwar wird das früher als sehr hoch angesehene Übertragungsrisiko von der Mutter auf das Kind inzwischen auf 5 % geschätzt, angesichts der krankheitsbedingten verkürzten Lebenserwartung ist, wie Studienergebnisse eindrücklich belegen, der Umgang mit Kinderwunsch und Schwangerschaft ein schwieriges ambivalentes Problem.

Die psychosoziale Situation HIV-infizierter und AIDS-kranker Frauen kann je nach dem Übertragungsweg der Infektion differieren. Über Blutprodukte oder über heterosexuellen Verkehr mit ihrem Partner infizierte Frauen verfügen meist über stabile biographische Erfahrungen in ihrem sozialen Umfeld, während akut i. v. drogenabhängig Erkrankte mit den aus der Sucht und den aus der Infektion sich ergebenden Problemen zu kämpfen haben. Dem entsprechend sind, wie Modellprojekte zeigen, unterschiedliche und verschieden strukturierte Hilfsangebote bereitzustellen, die einen interdisziplinären Ansatz von medizinischer Versorgung und psychosozialer Betreuung verfolgen.

Frauenspezifische Hilfsangebote wurden im Bundesgebiet entwickelt vom Frauenreferat der Deutschen AIDS-Hilfe und von dem 1993 gegründeten Frauen-Netzwerk, zu dem sich HIV-infizierte Frauen zusammengeschlossen haben.

9.2.5 Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung

9.2.5.1 Einleitung

Psychische und psychiatrische Erkrankungen sind ein schwer abgrenzbarer Bereich gesundheitlicher Belastungen. In diesem Kapitel stehen bei der Darstellung der Situation von psychisch und psychiatrisch erkrankten Frauen zwar - wie in den vorangegangenen Kapiteln bei anderen gesundheitlichen Lagen auch - die Lebenssituation und die Lebenserfahrungen der Frauen im Vordergrund, sie werden aber nicht als allgemeiner Kontext

eines Lebens mit gesundheitlichen Belastungen aufgegriffen, sondern die spezielle und zentrale Frage lautet, wie dieser Lebenslauf und die Lebenserfahrungen im institutionellen Rahmen der Psychiatrie aufgegriffen werden und inwieweit bei der Behandlung auf geschlechtsspezifische Aspekte eingegangen wird. Die Erfahrungen, die Frauen in der stationären Unterbringung machen, stehen damit im Mittelpunkt dieses Kapitels.

Der Weg in eine stationäre psychiatrische Behandlung führt über die *Diagnose* einer psychischen Erkrankung und über die Feststellung der stationären *Behandlungsbedürftigkeit*. Auf beide Begriffe wird im folgenden kurz eingegangen.

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben entweder vorwiegend psychische Symptome wie beispielsweise Ängste, Zwänge oder depressive Verstimmtheit, oder ihre Ursachen sind vorwiegend im seelischen Bereich zu suchen, auch wenn sie nur oder überwiegend körperliche Symptome haben. Nach der Internationalen WHO-Klassifikation ICD-10 zählen dazu bei Erwachsenen insbesondere organische bzw. symptomatische psychische Störungen, psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, die Schizophrenien, die affektiven und die neurotischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Funktionsstörungen oder Faktoren, Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderungen.

Das diagnostische Vokabular des ICD-10 ist umstritten, da es vorwiegend deskriptiv ist. Es hat jedoch den Vorteil, daß in ihm die diagnostischen Glossars verschiedener Länder zusammengeführt wurden und so die gesundheitlichen Verhältnisse international vergleichbar werden können. Diagnostische Unterscheidungen zwischen Frauen und Männern kommen nur dort vor, wo dies ganz und gar unvermeidbar ist, wie beispielsweise bei der Wochenbettpsychose. Ebenfalls umstritten ist der Krankheitsbegriff, insbesondere bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, da diese oft ebenso als Varianten des Gesunden angesehen werden können. Deshalb wird oft im psychiatrischen Sprachgebrauch von beispielsweise „behandlungsbedürftigen Neurosen“ oder auch von „krankheitswertigen Persönlichkeitsstörungen“ gesprochen.

Die moderne Psychiatrie, vor allem die Sozialpsychiatrie, hat eine Erweiterung der medizinisch-biologischen Sichtweise erfahren. In der psychiatrischen Fachliteratur besteht generell Übereinstimmung darüber, daß psychische Erkrankungen im Zusammenwirken biologischer, individualpsychologischer und gesellschaftlicher Faktoren entstehen. Die Frage ist, wie dies in der stationären Behandlung berücksichtigt wird.

Stationäre Unterbringung

Im stationären und ambulanten Bereich gibt es eine Vielzahl von Behandlungs- und Betreuungsangeboten:

- die psychiatrischen Kliniken, die meistens einen Pflichtversorgungsauftrag für eine bestimmte Region haben; ihnen sind manchmal Tageskliniken und Ambulanzen angegliedert,
- die psychosomatischen Kliniken, in denen im allgemeinen bestimmte Formen von Psychotherapie angeboten werden,
- die kassenärztliche Versorgung durch niedergelassene Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
- die staatlichen Gesundheits- und Sozialämter mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst,
- psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, oft in Trägerschaft von psychiatrischen Hilfsvereinen, mit Betreutem Wohnen, Werkstätten für psychisch Kranke und Behinderte,
- einzelne Initiativen von Beratungsstellen für psychisch kranke Frauen,
- Frauengesundheitszentren,
- Selbsthilfegruppen.

Die stationäre Behandlungsbedürftigkeit in der Psychiatrie ist eng mit dem Krisenbegriff verbunden. Als stationär behandlungsbedürftig gilt eine Person, wenn sie sich in einer psychischen Krise befindet, die aus verschiedenen Gründen, z. B. Selbst- oder Fremdgefährdung, nicht mehr ambulant zu bewältigen ist. Das können Lebensänderungskrisen, traumatische Krisen und Krisen bei akuter Verstärkung von Symptomen bestehender psychischer Erkrankungen sein (nach Katschnig/Konieczna 1986). Die Anforderungen an eine stationäre Behandlung bestehen einerseits in einem Schutz vor selbst- oder fremddestruktiven Tendenzen und andererseits in einer umfassenden Krisenbewältigung.

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland ist im wesentlichen geschlechtsindifferent. Wenn Geschlechtsunterschiede gesehen werden, dann werden sie meist durch die körperlichen Unterschiede erklärt. Im klassischen psychiatrischen Versorgungssystem gibt es nur vereinzelt spezielle Therapieangebote für Frauen, beispielsweise die Mutter-Kind-Behandlung auf allgemein-psychiatrischen Stationen (Hartmann 1997). Im ambulanten Bereich ist es in Ballungszentren eher möglich, frauenspezifische Angebote zu finden. Insgesamt sind sie aber so verstreut, daß es schwierig ist, sie systematisch darzustellen.

Betroffenheit von Frauen von psychischen Erkrankungen

Einem Bericht der WHO zu „Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health“ (WHO 1994) zufolge zeigen viele Untersuchungen international, daß Frauen häufiger psychisch krank werden und daß ihre Krankheitsanfälligkeit eng verbunden ist mit Familienstand, Arbeit und gesellschaftlicher Rolle. Frauen leiden häufiger unter Depressionen und Phobien, Männer häufiger unter antisozialer Persönlichkeit und Alkoholismus. Statistiken des Statistischen Bundesamts, die auf Krankenkassen-Daten von 1993 basieren, weisen ähnliche Verteilungen in Bezug auf Geschlechtsunterschied und Diagnosen auf, obschon hier das Zahlenmaterial der gesetzlichen Krankenkassen, meist

sogar nur der Pflichtversicherten und damit eines eingeschränkten Personenkreises zugrunde gelegt wurde. Beispielsweise wurden Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen nach Diagnosen (hier: ICD-9) aufgeschlüsselt. Es fanden sich bei den Organischen Psychosen über doppelt so viele Männer als Frauen (Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die Männer waren im Schnitt 34,25 Tage, die Frauen 29,10 Tage pro Fall krank. Bei den „Anderen Psychosen“, in die offenbar ein Teil der Depressionen eingegliedert wurde, fanden sich deutlich höhere Zahlen für Arbeitsunfähigkeitsfälle bei Frauen (etwa 15 % mehr) als bei Männern, wobei die Frauen im Schnitt 45,87 Tage und die Männer 52,39 Tage je Fall krank waren. Schließlich traten bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle bei den Frauen (etwa 40 % mehr) als bei den Männern auf. Hier waren die Frauen im Schnitt 31,11 Tage, die Männer 30,73 Tage je Fall krank.

9.2.5.2 Datenlage und Design der Untersuchung „Frauen in der stationären Psychiatrie“

Erst in geringem Umfang werden in der psychiatrischen Forschung Fragestellungen geschlechtsdifferent aufgegriffen, beispielsweise beim Verlauf der Schizophrenie (Maurer 1995). Die WHO hat sich mit psychosozialen und psychischen Aspekten der Gesundheit von Frauen befaßt (WHO 1994). In Wien ist eine kommunale „Life-Style-Study“ als frauenspezifische Präventionsforschung durchgeführt worden (Wimmer-Puchinger/Schmidt 1993). Speziell zu der Fragestellung, welche Zusammenhänge bei der Entstehung, dem Verlauf und der Therapie psychischer Erkrankungen von Frauen bestehen, liegt keine deutsche epidemiologische Studie vor (Kühner 1998). Anders als im englischsprachigen Raum steht die Diskussion um die Frage der geschlechtsgemischten Stationen noch aus (Batcup 1997; Warden 1997).

Zur Frage der Berücksichtigung frauenspezifischer Probleme in der stationären Behandlung liegt bisher eine deutsche Studie vor (Enders-Dragässer/Sellach 1998). Der Abschnitt konzentriert sich auf die Ergebnisse dieser aktuellen Studie.

Angaben zur Studie „Frauen in der stationären Psychiatrie“

Die Studie wurde 1994 bis 1996 im Auftrag des Hamburger Senatsamtes für die Gleichstellung von einer interdisziplinären Forschungsgruppe erarbeitet, der zwei Psychiaterinnen, eine Psychologin, eine Organisationsberaterin und zwei in der Frauenforschung tätige Soziologinnen angehörten. In der interdisziplinären Kooperation wurden die bislang getrennten Bereiche der allgemeinen Psychiatriekritik und der Psychiatriekritik aus der Frauenbewegung und Frauenforschung zusammengeführt und miteinander verknüpft. Ziel der Studie war, in der Kooperation mit einem psychiatrischen Krankenhaus exemplarisch die Notwendigkeit und die Realisierung frauenspezifischer Behandlungsweisen und Organisationsformen zu untersuchen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zweier großer Stationen eines großstädtischen psychiatrischen Krankenhauses in Norddeutschland gewährten Einblick in ihre Arbeit. Bei den Stationen handelte es sich um eine Frauenstation und eine Station mit Frauen und Männern.

Die Forschungsgruppe arbeitete mit einem breiten Spektrum an quantitativen und qualitativen Methoden (u. a. Fragebögen, Interviews, Dokumentenanalysen, Literaturrecherche, teilnehmende Beobachtung) sowohl klinikbezogen als auch klinikunabhängig. Daten wurden auch stations- und klinikübergreifend bei unterschiedlichen Zielgruppen erhoben (u. a. Patientinnen, Vertreterinnen unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchieebenen). Themen bei der Befragung der Patientinnen waren u. a. die Bedeutung frauenspezifischer Faktoren für Krankheitserleben, Krankheitsbewältigung, Diagnosen, Therapieziele, Interaktionen und Behandlungsprozesse sowie Wünsche und Ärgernisse im Klinikalltag, Vorstellungen zu bedarfsgerechter Versorgung und zu Mitbestimmungs-, Kommunikations- und Konfliktlösungsstrukturen während des Klinikaufenthaltes und die Vorbereitung auf die Entlassung. Die Erfahrungen der Patientinnen unter Berücksichtigung der Alltagsbezüge der Beziehungen und sozialen Bindungen, der vorhandenen oder fehlenden Ressourcen von Patientinnen in Therapie und Pflege wurden einbezogen.

Auf der Organisationsebene wurden Tätigkeitsprofile der verschiedenen Berufsgruppen und Strukturdaten, wie z. B. Räumlichkeiten und Personalausstattung, sowie Daten zu den formellen und informellen Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen erhoben und Arbeitsabläufe analysiert. Die Auskünfte von Fachkräften, Expertinnen und Experten und psychiatrienerfahrene Frauen innerhalb und außerhalb der untersuchten Stationen bzw. der kooperierenden Klinik ermöglichten eine geschlechterbeachtende Rekonstruktion des Psychiatriealltags, die Formen der Wahrnehmung der Patientinnen und des Umgangs mit ihnen einschließt, und klärten den Stellenwert von physischen, psychischen und sexuellen Gewalterfahrungen der Patientinnen für Erkrankung, Therapie, Pflege, Alltagsorganisation und Nachsorge.

Ein weiterer Schritt war die Auswertung der psychiatriekritischen Diskussion in der Frauenforschung. Die mit jeweils unterschiedlichen Untersuchungs- und Erkenntnismethoden parallel entwickelten Analysen sowie die Lösungsansätze zur Versorgung von psychisch kranken Frauen in der stationären Psychiatrie wurden interdisziplinär zusammengeführt.

9.2.5.3 Berücksichtigung des weiblichen Lebenszusammenhangs als Kontext für stationäre psychiatrische Behandlung

Resultat der Untersuchung war ein interdisziplinärer Konsens dahingehend, daß in Krankheitslehre und Therapieprogrammen in der stationären Psychiatrie weitgehend Geschlechtsrollenstereotype bei gleichzeitigen Vorstellungen von Geschlechterneutralität vorherrschend sind. Im Bemühen um „Geschlechtsneutralität“ stellt sich die Psychiatrie als ein Handlungsfeld dar, in dem in widersprüchlicher Weise geschlechtsrollenorientiert und geschlechtsblind zugleich agiert wird. Dabei werden die Patientinnen abhängig von traditionellen Geschlechtsrollenvorstellungen wahrgenommen, was die geschlechtssensible Beachtung bzw. Bearbeitung von krankheitsverursachenden, krank-

heitsauslösenden und krankheitsunterhaltenden Lebenskonstellationen der Patientinnen behindert.

Die Patientinnen thematisieren geschlechtsspezifische Erfahrungen, und insbesondere Extremerfahrungen, Identitäts- und Existenzkrisen und damit Beziehungskrisen, den Verlust von Kindern oder Angehörigen, Gewalt, persönliche Abhängigkeiten durch wirtschaftliche Not, Wohnungsnot und soziale Isolation. Allerdings wurde für alle Arbeitsbereiche der Untersuchung dargestellt, daß Patientinnen wesentliche Informationen, die ihre Gewalterfahrungen, ihre Sexualität, ihre Körperlichkeit betreffen, Männern gegenüber zurückhalten. Auf dieses für das gesamte Handlungsfeld der stationären Psychiatrie relevante Mitteilungsverhalten von Patientinnen wird bisher kaum angemessen reagiert, so daß bezweifelt werden muß, ob sich Patientinnen während ihres Aufenthaltes in der stationären Psychiatrie überhaupt umfassend mitteilen können. Jedenfalls fühlen sich die Patientinnen in ihren geschlechtsspezifischen Erfahrungen nicht genügend akzeptiert und unterstützt. Sie äußern sich enttäuscht darüber, daß ihre Biographie und Vorgeschichte ebenso wie ihr Recht auf Intimsphäre zu wenig beachtet würden (Kühner 1998).

Obwohl im Krankenhausalltag die vielfach krankmachenden Lebenswirklichkeiten der Frauen durchaus gesehen werden, werden sie eher im individuellen psychosozialen Kontext eingeordnet und als persönliches Schicksal gedeutet. Sie werden kaum in Bezug gesetzt zu den Strukturproblemen der sozialen Existenz von Frauen. In Diagnose, Behandlung, Prognose und insbesondere in der Gestaltung des therapeutischen und versorgenden Milieus der Stationen werden die gesellschaftlichen Strukturprobleme für Frauen nicht systematisch berücksichtigt. Fachkräfte aller Berufsgruppen in der Psychiatrie nehmen Geschlechtsunterschiede zwar wahr, gehen aber therapeutisch darauf nur in geringem Umfang ein. Ihnen fehlt das fachliche Wissen, um über die individualbiographischen Informationen der Patientinnen hinaus einen handlungsleitenden Bezug zu den individuell nicht aufhebbaren strukturellen Problemlagen der sozialen Existenz von Frauen in ihrer Relevanz für Anamnese, Diagnose, Therapie und Nachsorge herstellen zu können.

Die Patientinnen werden zumeist als „Patienten“ bezeichnet, aber von ihrem Frau-Sein her geschlechtsrollenspezifisch und unter Bezugnahme auf ihre „weibliche Sozialisation“ beobachtet, beurteilt und behandelt. Im Stationsalltag wird von heterosexueller Normalität ausgegangen. Von den Patientinnen werden in der Regel die herkömmlichen heterosexuellen weiblichen Verhaltensmuster erwartet, oft zugleich aber auch kritisiert. Die Aufmerksamkeit gegenüber Patientinnen scheint vorrangig der Frage zu gelten, wie sie sich auf Männer beziehen, ob sie sich Männern gegenüber als beziehungsfähig oder beziehungsunfähig erweisen. Dennoch wird nicht weiter danach gefragt, inwieweit Beziehungsschwierigkeiten von Patientinnen Konsequenz krisenhafter Beziehungserfahrungen mit Männern oder der Wegnahme von Kindern sein könnten und wie derartige Erfahrungen in Behandlung und Nachsorge zu berücksichtigen sind. Wenn Patientinnen, angesichts von Wohnungsnot und unzureichenden Erwerbsmöglichkeiten, in einer Be-

ziehung zu einem Mann die einzige ihnen zugängliche Form ihrer Existenzsicherung sehen, wird zwar kritisch gesehen, daß sie das erneut sozial und materiell abhängig macht, aber dies wird nicht als krankheitsrelevant aufgegriffen. Kaum berücksichtigt wird, daß sich Beziehungsschwierigkeiten von Patientinnen bei männerorientierten aggressiven Strukturen und Interaktionen auf geschlechtsgemischten Stationen weiter verfestigen können.

Die Orientierung auf Männer hat zur Folge, daß Beziehungen von Patientinnen zu Frauen kaum in den Blick geraten. Fast bedeutungslos scheint, inwieweit es im Leben der Patientinnen andere Frauen gibt, sei es aus der Familie, sei es aus dem sonstigen sozialen Nahfeld, mit denen die Patientinnen verbunden sind und die sie unterstützen und ihnen helfen. Auf das Potential dieser Beziehungen wird nicht systematisch zurückgegriffen. Es scheint, als ob nur die Männerbeziehungen der Patientinnen zählen, wie problematisch sie auch sein mögen. Hinzu kommt, daß Patientinnen solange als heterosexuell gelten, solange sie nicht selbst von sich sagen, daß sie nicht heterosexuell, sondern beispielsweise lesbisch sind. Die Situation und die Probleme lesbischer Patientinnen sind kaum Thema. Der für die Behandlung und Nachsorge so wesentliche Bereich der Beziehungen von Patientinnen zu Frauen, auch als stabilisierender Faktor in einem schwierigen sozialen Nahfeld, scheint weitgehend ignoriert und nicht geschätzt und unterstützt zu werden.

9.2.5.4 *Berücksichtigung von Gewalterfahrungen*

Die gesellschaftliche Tatsache männlicher Gewalt wird in der stationären Psychiatrie verharmlost und nicht systematisch in ihrer Bedeutung für Erkrankung, Diagnose, Behandlung und Prognose aufgegriffen. Das gilt vor allem für Extremerfahrungen und insbesondere für erlebte Gewalt. Dieses Versäumnis hängt damit zusammen, daß Gewalt in der Psychiatrie auch als Behandlungsmethode angewandt wird (z. B. in Form von Elektroschocks). Die zwangsweise stationäre Aufnahme ist verbunden mit einer juristisch erlaubten Zwangsbehandlung. Obwohl psychisch kranke Frauen weniger häufig aggressiv sind, wird insbesondere in der Aufnahmesituation, als Behandlungsmethode häufig Gewalt ausgeübt (z. B. Fixierung). Patientinnen werden auch nicht systematisch vor gewaltbereiten oder gewalttätigen Patienten geschützt. Dadurch kommt es nicht selten zu einer Wiederholungssituation gleich zu Beginn einer Behandlung, wodurch eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung nicht mehr möglich ist.

Durch die Initiative von Angehörigen- und Betroffenenvereinigungen ist es in den letzten Jahren vermehrt zu einer Auseinandersetzung mit diesem Thema gekommen. In der psychiatriekritischen Frauentebatte wird eine Gewährleistung von Schutz darin gesehen, daß Frauen in einer Frauenumgebung aufgenommen und frauenorientiert behandelt werden, so lange ihr Schutzbedürfnis gegeben ist.

9.2.5.5 Zusammenfassung

Die Ergebnisse aus einer aktuellen interdisziplinären Studie im Auftrag des Hamburger Senats liefern zahlreiche Anhaltspunkte dafür, daß psychische Krisen bei Frauen im Kontext geschlechtsspezifischer Bedingungen ihrer Lebensgeschichte entstehen oder sich zuspitzen, die jedoch bei der Behandlung in der stationären Psychiatrie bislang zu wenig berücksichtigt wurden.

Die Praxis ist gekennzeichnet von Geschlechtsrollenstereotypen bei gleichzeitigem Anspruch, geschlechtsneutral zu behandeln. Krankmachende Lebenswirklichkeiten von Frauen werden zwar gesehen, es wird aber nicht darauf eingegangen, und sie werden nicht in Bezug zu strukturellen Problemen der sozialen Existenz von Frauen gesetzt. Die Erwartungen an das Verhalten der Patientinnen bleiben den Geschlechtsrollenstereotypen verhaftet. Die gesellschaftliche Tatsache männlicher Gewalt wird nicht systematisch in ihrer Bedeutung aufgegriffen und die Frage des Schutzes von Frauen vor Gewalt nicht angemessen beantwortet.