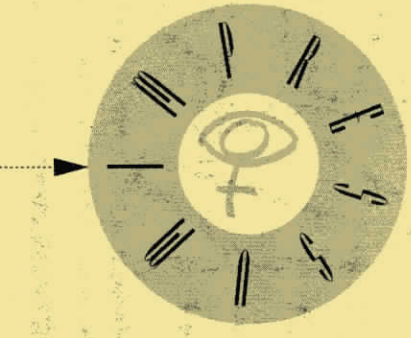
FRAU & GESUNDHEIT	Gesundheitsbewegung *von Cornelia Helfferich*	2
FRAU & GESUNDHEIT	Gesundheit oder Heilung? *von Karin Völkel*	5
GEBÄRMUTTERENTFERNUNG	Was nicht vorhanden ist... *von Monika Fränznick*	9
WECHSELJAHRE	Moderne Rituale *von Eva Schindele*	14
VERHÜTUNG	Die Pille zwischen Lust und Frust *von Annette Maennel*	19
VERHÜTUNG	Die Portiokappe *von Tatjana Walter*	22
FRAU & GESUNDHEIT	Tagung der Arbeitsgruppe Frauen & Gesundheit *von Monika Schröttle*	25
MEDIZINSPRACHE	Geschlechtsstereotypen in Medizinbüchern *von Daniela Edler, Astrid Dalizda*	27
KINDERLOS	Ungewollt kinderlos *von Monika Fränznick*	30
BEHINDERTE FRAUEN	Benachteiligung behinderter Frauen *von Theresia Degener*	34
ALTERNATIVE HEILMETHODE	Mehr als nur Naturwissenschaft *von Türkan Bali*	39
GESUNDHEITSPOLITIK	Kommunale Gesundheitsförderung *von Hadwig Reinerth*	42
NETZWERK	Netzwerk zur Gesundheitsförderung *von Ute Sonntag*	45
KOMMENTAR	Nachfolgekonferenz der Weltfrauenkonferenz *von Mechthild Jansen*	46
KOMMENTAR	Nach der Volksabstimmung kein Land in Sicht *von Ines Koenen*	47
PROJEKTE	Ostberliner Frauenprojekte *von Ute Einicke*	48
PROJEKTE	Frauenprojekte „rechnen sich nicht" *von Sibyll Klotz*	51
TAGUNGEN	„Geschiedene Eltern – gemeinsame Sorge?" *von Christine Weiß*	53
AUSLAND	Hilfe zur Selbsthilfe *von Katrin Wolf*	55
REZENSIONEN	*von Ulrike Gramann, Christina Schmidt, Leo Tesch, Astrid Nickel*	57
INFOS/ANZEIGEN		63



Weibblick	Anklamer Str. 38, 10115 Berlin, Tel.: 448 55 39, Fax: 448 55 42
Herausgeberin:	Unabhängiger Frauenverband, Anklamer Straße 38, 10115 Berlin
Redaktion/Herst.:	Annette Maennel
Autorinnen:	C. Helfferich, K. Völkel, M. Fränznick, M. Schröttle, E. Schindele, T. Walter, A. Dalizda, T. Bali, S. Klotz, Th. Degener, H. Reinerth, U. Sonntag, U. Einicke, L.Tesch, D. Edler, Chr. Schmidt, M. Jansen, I. Koenen, Chr. Weiß, K. Wolf, U. Gramann, A.Nickel, A. Maenn
Fotos:	V. Playford: S.32, 33; M. Spillner S. 6; G. Senf: S. 11; B. Pankow: S. 31 L. Tesch: S. 13, 48-52; C. Just: S. 35, Archiv Dt. Hygienem.: S. 19, 21; Archiv: S. 4
Grafiken:	M.F. Müller: S. 24
Layout & Design:	A. Raidt, M. F. Müller / Titel: A. Raidt
Satz:	„Weibblick"
Druck:	Querdruck
Anzeigenbüro:	Anklamer Straße 38 , 10115 Berlin, Tel.: 030-448 55 39, Tel.:/Fax: 030-448 5542 Anzeigenpreisliste kann bei der Redaktion angefordert werden.
Bankverbindung:	Berliner Sparkasse, BLZ 100 500 00, Konto-Nr. 4153 81 0504

Der Inhalt der Texte muß nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen.

Wir freuen uns über jedes Manuskript, können aber bei unverlangt eingesandten Texten keine Haftung übernehm

IN EIGENER SACHE

Es ist keine Neuigkeit – Frauen haben ein anderes Empfinden für ihre Gesundheit als Männer. Das Bild von dem weiblichen Körper steht im Zusammenhang mit den traditionellen geschlechtsspezifischen Rollenzuweisungen in unserer Gesellschaft. Natürliche Abläufe, wie Pubertät, Geburt oder Wechseljahre werden pathologisiert, der Unterleib unterliegt einer ständigen medizinischen Kontrolle. Frauen klagen häufiger über Krankheitssymptome, oft fühlen sie ihre Befindlichkeit gestört. Das kann als Ausdruck für bestehende zerstörerische Strukturen in Beruf, Familie und Umwelt gesehen werden. Die geforderte ganzheitliche Betrachtugsweise könnte zu einer effizienten Heilung führen – nur bleibt diese in der Regel Utopie. Die Frauengesundheitsforschung fordert ein kritisches Hinterfragen der medizinischen Entwicklung sowie der Gesundheitspolitik. Ihre fundierten und bewiesenen Erkenntnisse werden in der aktuellen Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens nicht im geringsten berücksichtigt. Es geht um Kostensenkungen und um die Einsparung von Pflegepersonal – ausgetragen auf dem Rücken von Frauen. Mischen wir uns ein – weil es uns betrifft!

Annette Maennel

FRAU UND GESUNDHEITSBEWEGUNG ?

Cornelia Helfferich

Professorin an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg

Es ist beliebt, beiden zu bescheinigen, daß sie tot oder „out" seien, untergegangen im Strudel der Individualisierungs-, Modernisierungs-, Ausgleichungsprozesse. Allerdings erlebt aber gerade die Frauengesundheitsforschung eine zunehmende Anerkennung. Und das, obwohl sie den Gedanken eines Zusammenhanges zwischen gesellschaftlicher Situation/Unterdrückung und Gesundheit/Krankheit aus der Tradition der Frauenbewegung fortführt und an den Gedanken der Förderung von Laienkompetenz gegen eine bevormundende Medizin aus der Gesundheitsbewegung anknüpft.

Vor rund zwanzig Jahren wurde das erste Feministische Frauengesundheitszentrum in Berlin gegründet. Die „Frauengesundheitsforschung" startete einige Jahre später, als das Thema an die Universitäten und Forschungsinstitute getragen wurde. Engagierte Wissenschaftlerinnen beschäftigten sich mit dem Thema „Frauen und Gesundheit", schafften sich Nischen für „ihre" Inhalte in Forschungsprojekten und Unterrichtsstrukturen.

Zunächst bot sich ein Anschluß an die sozialwissenschaftliche Frauenforschung, die die Benachteiligung von Frauen analysierte. In vielen der frühen Veröffentlichungen schimmert die Koinzidenz der Ideale „Emanzipation" und „Gesundheit" durch, denn schließlich ist es ja eine patriarchale Gesellschaft, die krank macht – ihre Abschaffung erst verspricht umfassende Gesundheit.

An dem Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Situation und Gesundheit respektive Krankheit hielt die Forschung weiter fest. Aber mit nachlassender revolutionärer Ungeduld machte die Verallgemeinerung „Frauen" einem Blick auf Differenzierungen innerhalb der Gruppe der Frauen Platz; die politisch-emphatisch umfassende Anklage der Unterdrückung wurde nachdenklicher: „Das, was wirklich Gesundheit herstellt, ist in der Banalität des Alltags verankert und läßt sich weder leicht erforschen, da nur schwer Kausalitätsaussagen zu treffen sind, noch läßt es sich reißerisch darstellen." (Ilona Kickbusch).

Damit lassen sich Gesundheit und Krankheit im Kontext der je geschlechtsspezifischen Lebenswelt untersuchen.

Die Stärke der Frauengesundheitsforschung liegt darin, in diesem „lebensweltbezogenen" Ansatz, der die Frauen als Subjekt in den Mittelpunkt stellt, dreierlei aufzudecken:

- Wie setzen sich welche (chronischen) Belastungen und (chronische) Krankheitsprozesse um?
- Wie sind gesundheitsförderliche Lebensweisen verankert bzw. wie können sie verankert werden?
- Welche Versorgungsangebote sind angemessen?

Heterogene Ergebnisse

Entsprechend der Art, wie sich die Frauengesundheitsforschung in die Wissenschaftslandschaft einnistet, liegen eine ganze Reihe von heterogenen Einzelergebnissen vor. Die folgenden Beispiele zeigen dies.

- Bei Frauen sind andere Prozesse als bei Männern für die Entstehung von Krankheiten wichtig.
- Sexuelle Gewalt ist eine wesentliche Gefahr für die Gesundheit, und mehr Frauen als Männer sind beeinträchtigt, wenn die sozialen Beziehungen „nicht stimmen".
- Frauen sind „anders" krank als Männer, wobei insbesondere psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen je nach Alter bei ihnen eine gewichtigere Rolle spielen.
- Sie haben eine höhere Bereitschaft, Symptome zu berichten und Hilfe zu suchen.
- Und insgesamt ist eines nicht so sehr ihre Sache: der harte Körperpanzer, trinkfest bis zum Umfallen, risikofreudig bis zum Crash und schließlich die sprachlose Verarbeitung von bedrohlichen Emotionen.
- Achtzig Prozent der Pflegeleistungen im Gesundheitswesen oder im privaten Bereich werden von Frauen erbracht. Aber wenn sie selbst krank, behindert oder alkoholabhängig sind, können sie nur selten mit der Pflege durch den Partner oder männlichen Angehörigen rechnen.
- Berichtet wird auch über eine unterschiedliche Reaktion, das heißt Diagnosestellung und Therapie, von Ärztinnen und Ärzten, je nachdem, ob ein Mann oder eine Frau Symptome präsentiert.
- Die wesentlichen Fragen und Forschungsinteressen kamen aus dem psychosozialen Bereich.

Was die konkrete Praxis der medizinischen Vorsorge angeht, so war die Frage zunächst eher, wie sie gerade nicht aussehen sollte.

Die Ausschnitte von Praxis, die dies besondes deutlich werden ließen, waren Psychopharmaka-Medikation, Hormonbehandlungen, Hysterektomie (Gebärmutterenfernung) oder pränatale Diagnostik. Gegen ein medizinisch-körpertechnisches Konzept von Körper und Krankheit wurde die Forderung nach einer „Wiederaneignung" des eigenen Körpers und nach einer Integration von Krankheit in die Lebenswelt gestellt. Der Vorwurf an die Medizin, sie pathologisiere den weiblichen Körper und wolle ihn kontrollieren, ist gleichzeitig ein Vorwurf, daß die Medizin nicht psychosozial genug sei oder daß sie Beschwerden oder Leiden, die ihre Ursachen in der Alltagswelt haben, nicht ursächlich behandle, sondern lediglich die Symptome stillstelle. Anstatt an den ursächlichen Aspekten der Alltagswelt zu arbeiten, erzeugt das Wechselspiel zwischen Frauen, die psychosoziale Belastungen in Form von körperlichen Symptomen artikulieren, und der Reaktion auf ärztlicher Seite als Griff zum Rezeptblock gemeinsam ein Deutungsmuster, daß die Ursache von Beschwerden und Unstimmigkeiten im weiblichen Körper zu suchen und dort auch zu behandeln sei.
Die Verständigungsschwierigkeiten, was die eigentlichen Ursachen und den Status von Beschwerden, die Art, Krankheiten zu betrachten, betrifft – als Chance oder als lästige Panne – und was die entsprechenden Therapieziele angeht, haben in einer Untersuchung Irmgard Voigt und Alexa Franke beschrieben. Sie haben die Umstände genauer erfaßt, unter denen der Kontakt zur naturwissenschaftlich-technischen Medizin eher als „therapeutisches" Risiko, denn als Genesungshilfe bezeichnet werden muß. Hier schlägt die höhere Bereitschaft von Frauen, Symptome zu berichten und Hilfe zu suchen, nicht als Stärke zu Buche, sondern als Gefährdung. Frauengesundheitszentren boten in verschiedenen Bereichen alternative Möglichkeiten. Medizinerinnen, die innerhalb der Institutionen und ihrer Disziplin andere Wege gehen wollten oder gingen, sahen sich häufig von zwei Seiten der Kritik ausgesetzt.
Auch im Bereich der Psychotherapie gerieten die Grundannahmen ins Kreuzfeuer der Kritik, insbesondere ein zugrundeliegendes Verständnis von Gesundheit, das eher an „männlichen" Eigenschaften ausgerichtet ist. Hier wurde im Spektrum möglicher Therapieformen diskutiert, welche Angebote den Bedürfnissen von Frauen gerechter werden können. Quer zu einzelnen Therapieschulen bzw. quer zu unterschiedlichen Methoden wurde „feministische Therapie" als eine Haltung der Parteinahme für die Klientin im therapeutischen Prozeß beschrieben.

Kompetenz von Frauen stärken

Mit der Diskussion um Gesundheitsförderung wurden präventive Angebote, die auf Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sind, zum Thema. Die neue Diskussion um Gesundheitsförderung als Hintergrund des bisherigen Versorgungssystems: Nicht nur der politische Wunsch nach einer Veränderung besteht, sondern auch der ökonomische Druck. Inhaltlich greifen zentrale Elemente der Gesundheitsförderung altbekannte Forderungen der Frauengesundheitsforschung auf (zum Beispiel Lebensweltorientierung, Basisnähe, Förderung der Laienkompetenz). Das heißt: Die Krise

ist durchaus eine Chance, denn Prävention bietet die Möglichkeit genuin psychosozialer Arbeit, die die Kompetenzen der Frauen über Krankheitsfrüherkennung hinaus stärkt. Aber das kann noch nicht allein eine naive Hoffnung begründen, jetzt wende sich alles zum Besseren, das schon lange eingefordert wird. Der Aufschwung der Gesundheitsforschung vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist deutlich: Gründungen von Interessens- und Arbeitsgruppen, Schwerpunkthefte in Zeitschriften, Tagungen, gemeinsam aufgestellte Forderungen. Auch in den ostdeutschen Bundesländern entstanden und entstehen Frauengesundheitszentren, alternative Geburtshäuser, Therapieeinrichtungen.

Wissens- und Forschungslücken

Die aufgestellten Forderungen machen gleichzeitg deutlich, was fehlt: es gibt Wissens- und Forschungslücken im wissenschaftlichen Bereich, kaum mehr als einige rudimentäre Strukturen im Versorgungsbereich, ein Ausbildungswesen, das in keiner Weise an Frauenrealitäten ausgerichtet ist, nach wie vor eine schlechte Stellung von Frauen als Pflegende, es fehlt Geld, und es fehlen feste, institutionalisierte Strukturen, in denen kontinuierlich und übergreifend gearbeitet werden kann.
Immer sind es einzelne, deren Engagement die Frauengesundheitsforschung trägt. Der Weg hin zu einer tatsächlich auf die Bedürfnisse und Realitäten von Frauen (bzw. von bestimmten Gruppen von Frauen, denn die Lebenssituationen von Frauen sind sehr unterschiedlich) zugeschnittenen Versorgung ist noch weit.

Dr. phil. Karin Völkel

Lehua-Institut

GESUNDHEIT ODER HEILUNG ?

Feministische Überlegungen zur Verarbeitung von Gewalterfahrungen

Ich bin Sozialwissenschaftlerin und Heilpraktikerin. Gemeinsam mit Almut Behn und Ingrid Lohstöter habe ich die Lehua -„Methode" entwickelt. Sie ist eine energie- und körperorientierte Heilarbeit für Frauen und Mädchen, mit der wir seit 1987 arbeiten und die wir nun auch in unserem Lehua-Institut für feministische Weiterbildung lehren. Voraussetzung für unsere heutige Arbeit ist unser langjähriges Engagement in der Berliner Frauenbewegung, die parteiliche Arbeit für Frauen und Mädchen in unseren alten Berufen und die feministische Gesellschaftsanalyse. Zur Entwicklung unseres Ansatzes gehörte auf der theoretischen Ebene einerseits ein Infragestellen der sogenannten wissenschaftlichen Wahrnehmungs- und Denkweise, auch und gerade bezogen auf die medizinischen und psychologischen Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Zum anderen die intensive Beschäftigung mit neuen Ansätzen von Wissenschaft, östlichen Philosophien (u.a. dem Buddhismus) und spirituellen Erfahrungslehren (z.B. der hawaiischen Hunalehre). Wesentlich waren auch die eigenen praktischen Erfahrungen mit Meditation, Tanz, Atem-, Körper- und Energiearbeit. Unser Ansatz ist also kein theoretisches Konstrukt, sondern verbunden mit unseren Biographien und der gemeinsamen Auseinandersetzung mit feministischen und heilsamen Vorstellungen des Lebens.

Auch die Gedanken sind mit dem Erfahrungswissen unserer praktischen Arbeit verbunden. Wir haben ein Verständnis von Krankheit, das sich nicht auf den Körper, seine mangelnde Funktionsfähigkeit beschränkt. Wir verstehen Krankheit immer auch als körperlichen Ausdruck seelisch-geistig-spiritueller ungelöster Konflikte und unverarbeiteter Gefühle. Krankheit ist immer auch ein „Hilferuf der Seele" und damit ebenso eine Chance zur Heilung alter und neuer Verletzungen, zur Veränderung meiner Lebenssituation. In der Folge davon sprechen wir auch weniger von Gesundheit, sondern von Heilung und heilsamem Handeln und Verhalten. Damit meinen wir die Aufhebung der patriarchalen Trennung von Körper/ Seele/ Geist und sehen diese drei Ebenen der Erfahrung in ihren Wechselbeziehungen, ohne sie zu hierarchisieren. In diesem Verständnis werden körperliche Symptome, die sich als Krankheit zeigen, nicht isoliert betrachtet, sondern die körperlichen Symptome, die seelischen Verletzungen und die geistigen Muster werden in ihrer gegenseitigen Bedingtheit gesehen. Heilung umfaßt mehr als Gesundheit und schließt die Entwicklung des gesamten Potentials mit ein. Heilung in unserem Sinne ist kein statischer Zustand, wie es der Begriff Gesundheit impliziert, den es zu erhalten gilt. Heilung ist für uns ein Wachstumsprozeß auf allen Ebenen des Daseins. Und heilsames Handeln und Verhalten beginnt nicht erst, wenn der Körper deutliche Signale in Form von körperlicher Krankheit zeigt.

In dieser Sichtweise ist aber auch Platz für eine Grundtatsache des Lebens, die in den spirituellen Erfahrungslehren gesehen und formuliert wird. „Wir alle sind dem Verfall, der Krankheit und dem Tode unterworfen." Es ist uns wichtig, das hier ganz deutlich zu sagen: Krankheit, Verfall und Tod sind Bestandteile des Lebens, die in unserer auf Leistung, Erfolg und Effizienz ausgerichteten Gesellschaft nur zu gerne ausgeblendet werden, und zwar gesamtgesellschaftlich und individuell. Es gibt jedoch kein Sicherheitskonzept, das uns davor bewahrt. Keine spirituelle Lehre, aber auch keine hochtechnisierte Apparatemedizin kann diese Grundtatsache des Lebens außer Kraft setzen.

Mit dieser Aussage ist nun kein fatalistisches Hinnehmen jedweder Krankheit gemeint. Im Gegenteil, aus dem bewußten Annehmen dieser Tatsache kann die Kraft entwickelt werden, Krankheit nicht nur als Störung der körperlichen Befindlichkeit zu erleben, sondern als Aufforderung, in dieser Situation heilsam mit sich umzugehen – einerseits, um so die körperliche Symptomatik zu verändern, und andererseits, um den „Hilferuf der Seele" ernstzunehmen sowie sich der seelisch-geistigen Verletzungen anzunehmen und die persönliche Integrität und Würde auch im Krankheits- und Sterbeprozeß zu wahren.

Der Heilungsprozeß, so wie wir ihn verstehen, wird für Frauen nicht erst beim

Auftreten körperlicher Symptome erforderlich. Frauen und Mädchen werden in unserer Gesellschaft durch strukturelle und personale Gewalt bei der Verwirklichung ihrer körperlichen, intellektuellen, seelischen und gefühlsmäßigen Lebensmöglichkeiten behindert und begrenzt sowie in ihrer Würde insbesondere durch sexuelle Gewalt verletzt. Die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Gewalterfahrungen werden in der medizinischen Forschung ausgeblendet, und gesamtgesellschaftlich gilt vieles, was die Lebensmöglichkeiten von Frauen behindert und begrenzt, ihre seelisch-geistige Integrität verletzt, als normal. So beispielsweise die sexistische Werbung, verbale und körperliche sexuelle Übergriffe, der Koitus als die einzig richtige Form der Sexualität. Dazu kommt noch ein ungleicher Zugang zu gesellschaftlicher Macht, welcher an die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung gekoppelt ist, die allen Frauen, auch erwerbstätigen, die Verantwortung für die gesellschaftlich notwendige Reproduktionsarbeit zuweist. All dies gehört zur „Normalität" bestimmt die Alltagswirklichkeit von Frauen und Mädchen und führt letztlich zur Gewöhnung an die für Frauen und Mädchen zerstörerischen Lebensbedingungen, zur Abspaltung von den eigenen Gefühlen, meist ohne daß diese Zusammenhänge bewußt sind. Frauen, die diese „normalen" Respektlosigkeiten spüren, stellen in der Regel nicht die Normalität in Frage, sondern sich selbst. Sie setzen viel Energie daran, in den Rahmen gesellschaftlicher Normalität zu passen, auch wenn es Anpassung an einengende, begrenzende und letztlich krankmachende Lebensbedingungen bedeutet.

Es ist nicht die Regel, als Ursache für körperliche Krankheiten oder seelische Symptome Gewalterfahrungen mit in den Blick zu nehmen, weder in der medizinischen Forschung und Lehre noch in der Praxis. Was noch mehr verwundert, auch in der psychologischen Forschung bleiben die Auswirkungen von sexueller Gewalt außen vor, obwohl Folgen sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht gravierend sind. Gesundheit bedeutet für Frauen in unserer Gesellschaft, innerhalb dessen zu funktionieren, was als normal gilt. Diese Normalitätsdefinition bedeutet jedoch Gewalt gegen Frauen und Mädchen, weil sie Frauen in ihren Lebensmöglichkeiten und in ihrer Alltagswirklichkeit eingrenzt und beengt sowie frauendiskriminierende und frauenverachtende Vorstellungen von Weiblichkeit enthält.

Diese ganz „normale" Alltagswirklichkeit wird nicht als Ursache für körperliche Krankheiten oder seelische Reaktionen gesehen. Im Gegenteil, der

Gesundungsprozeß zielt in der Regel darauf ab, Frauen innerhalb der gesellschaftlich definierten Normalität funktionsfähig zu machen und nicht, kränkende und krankmachende Lebenssituationen zu verändern.

Die nachfolgende Übersicht körperlicher Krankheiten und Reaktionen, die wir in unserer Arbeit häufig beobachten konnten, erhebt weder einen Anspruch auf Vollständigkeit, noch ist sie kausal zu verstehen, d.h. die beschriebene Symptomatik tritt nicht zwangsläufig als Auswirkung sexueller Gewalt auf, sollte jedoch als mögliche Ursache immer mit in den Blick genommen werden. Wir beobachten häufig folgende Krankheiten und körperliche Reaktionen:

- **Jede Form der Sucht:**
  - Harte illegale Drogen: Um der Realität zu entfliehen.
  - Alkoholismus: Versuch, die traumatischen Gefühle zu ertränken.
  - Freßsucht: Sich unattraktiv zu ma-

chen, sich zu schützen, sich weit in den Körper zurückzuziehen.
– Magersucht: Als Frau und weibliches Wesen nicht erkennbar zu sein.

- **Hautkrankheiten**: Die Haut als äußere Grenze, die verletzt wurde. „Es soll mir keiner mehr zu nahe kommen! "
- **Kloß im Hals**: Ungeweinte Tränen, der ungeschrieenen Hilfe- oder Entsetzensschrei, Verstummen.
- **Schluckbeschwerden/Würge-und Hustenreiz:** Folgen oraler Vergewaltigung, Ekel.
- **Magenbeschwerden** : Das Erlebte nicht verdauen zu können, häufig Gefühle der Angst, Traurigkeit u.ä.
- **Blinddarmreizung**: Es meldet sich Unverdauliches.
- **Leber/Gallebeschwerden**: Kotz- und Ekelgefühle, die nicht ausgedrückt wurden wurden; auch Wut.
- **Kopfschmerzen/Migräne**: Nichts wahrnehmen können/wollen/dürfen von dem, was passiert ist, 'es im Kopf nicht aushalten'.
- **Schlafstörungen**: Angst, die Kontrolle abzugeben; Angst, ungschützt zu sein, Angst vor Erinnerung, vor Träumen.
- **Rückenschmerzen**: Es nicht ertragen zu können.
- **Körperlich stocksteif /Schulterverspannungen:** Abwehrreaktionen.
- **Menstruations-/Unterleibsbeschwerden:** Die Abwehr im Becken als Folge von Verletzungen.
- **Herzbeschwerden**: Traurigkeit und Schmerz, 'mir zerreißt es das Herz'.
- **Atembeschwerden/Asthma**: Schock, der die Luft genommen, den Atem verschlagen hat – ständig die Luft anzuhalten, auf der Lauer zu sein; Geschehnisse, Gefühle aufhalten zu wollen; nicht ausatmen, entspannen zu können; keine Entwarnung.
- **Schweißausbrüche** : Als Sympton des Schockerlebnisses.

Wir konnten feststellen, daß bei Frauen, die sich mit der erlebten Gewalt oder sie kränkenden Lebenssituationen auseinandersetzten, also begannen, ihre seelischen Verletzungen zu heilen, sich auch die körperliche Symptomatik verbesserte oder verschwand, und das manchmal sehr schnell. Damit meinen wir nicht, daß beim Auftreten körperlicher Krankheit auf medizinische Diagnostik und Behandlung verzichtet werden könnte. Doch sie allein sind unzureichend, wenn es um Heilung geht und nicht nur um Funktionsfähigkeit.

Der Begriff der Krankheit ist bei seelischen, emotionalen Auswirkungen von Gewalt nicht unproblematisch, trägt er doch dazu bei, Frauen als psychisch Kranke zu definieren und damit den Zusammenhang von erlebter Gewalt und seelischen Auswirkungen zu verschleiern. Diese Verschleierung besteht darin, die erlebte Gewalt zum innerpsychischen Konflikt von Frauen zu erklären, die Auswirkungen von Gewalt als Persönlichkeitsstörung zu definieren. Damit werden die gesellschaftlichen Strukturen, die diese Gewalt möglich werden lassen, nicht mehr in Frage gestellt. Sie sind scheinbar natürlich, normal und unveränderbar. Die Verschleierung entläßt auch die Täter aus ihrer Verantwortung.

Wir sprechen im Zusammenhang psychischer Auswirkungen erlebter Gewalt von Reaktionen sowie Symptomen und lassen damit die Frage nach Ursachen und Verursachern zu. Eine für den Heilungsprozeß wesentliche Sichtweise. Auf der seelischen Ebene beobachten wir folgende Reaktionen:

Angst/Unruhe : Grundgefühl ängstlich; entweder auf bestimmte Dinge oder Situationen (Nachts alleine sein) projiziert oder allgemein eine permanente Unsicherheit, ständig auf der Hut sein zu müssen.

Ohnmacht/Hilflosigkeit: Gefühl, sich nicht durchsetzen zu können; wenn es darauf ankommt, versage ich (Prüfungen, Konflikte); alltägliche Situationen nicht gestalten oder bestimmen zu können.

Zerrissensein: Im Alltag zwischen Anforderungen und Erwartungen anderer, Erwartungen an sich selbst, wie frau sein muß, damit sie geliebt und akzeptiert wird: Aufgaben, Pflichten, Normen.

Scham: Sich nicht ausdrücken können; die eigene Verletzung weder sich selbst, noch anderen zeigen zu können. „Wehe, wenn es jemand merkt, wie ich wirklich bin!" Verstecken der eigenen Person vor anderen und vor sich selbst.
Gerade die letztgenannte Reaktion ist eine Quelle für Unterdrückung. Wenn Frauen sich nicht kennen, ihre Bedürfnisse, ihre Prioritäten im Leben, sind sie besonders leicht manipulierbar und ausbeutbar für andere, besonders für Männer und deren Interessen im Berufs- und Privatleben.

Schuldgefühle: An allem und für alles die Schuld tragen; Verantwortlichkeit

für das Gelingen von Beziehungen, daß alle um mich herum glücklich sind – 'Mit mir stimmt was nicht'. 'Ich bin anders als die anderen. Es ist nicht richtig, so wie ich bin.'

Dieser Einschätzung folgt der übermäßige Druck, sich anzupassen, der Wunsch, 'normal' zu sein. Dies bedeutet sowohl auf der privaten als auch auf der gesellschaftlich/politischen Ebene, sich nicht für eigene Bedürfnisse und Rechte einzusetzen, sondern sich an vorgegebene Strukturen, vielgepriesene ‚Normalität' anzupassen: der gesellschaftlichen Definition von Weiblichkeit zu entsprechen: heterosexuell zu sein – in einer Beziehung zu einem Mann zu leben – Kinder zu haben, am besten versehen mit dem Normalitätsstempel per sé, der Heiratsurkunde.

Die moderne Frau von heute hat zusätzlich auch noch beruflich im Rahmen ihrer Möglichkeiten erfolgreich zu sein. Feministisches Gedankengut ist heute erwünscht, macht Frauen interessant, allerdings nur die Theorie, nicht feministische Praxis.

Schuldgefühle untergraben die eigene Stärke, verhindern Selbstvertrauen und die Verwirklichung eigener Lebensmöglichkeiten und -träume. Frauen haben den Zwang verinnerlicht, ‚nur nicht mehr aufzufallen', ‚ja nicht mehr aus der Reihe zu tanzen', die Erwartungen anderer unverzüglich zu erfüllen, in der irrigen Annahme, so weitere Katastrophen durch sexuelle Gewalt und Demütigung vermeiden zu können.

Selbstverachtung/Selbsthaß/Selbstverletzung: Sich selbst bestrafen, richtig in den Sumpf hineinzugehen; Selbstzerstörung durch Drogen, Sucht, Selbstverstümmelung mit brennenden Zigaretten, Schneiden usw.; Versuch, die traumatischen Gefühle und Erinnerungen auszulöschen.

Die erlebte Verachtung des eigenen Ich wird zur Selbstverachtung. ‚Wenn jemand so etwas mit mir macht, werde ich das wohl verdient haben.' Der Körper wird als ‚Objekt' und Erinnerungsträgerin des gewaltsamen Zugriffes abgelehnt. Frauen richten z.B. die während der Vergewaltigung empfundenen Gefühle von Ekel und Abscheu auf sich selber, auf ihren Körper, da sie sie ihn für den Übergriff verantwortlich machen.

Mißtrauen: Angst vor emotionaler und körperlicher Nähe.

Isolationsgefühle: ‚Mich versteht keine(r), mir hilft sowieso niemand!'

Minderwertigkeitsgefühle: Sich wie der letzte Dreck fühlen, Schönes sich erst durch Leistung oder Anpassung verdienen müssen, Mißtrauen der eigenen Wahrnehmung – ‚Vielleicht machen das alle Väter mit ihren Töchtern?' – ‚Vielleicht ist das normal, und nur ich sehe das nicht richtig?'
Geschieht der Mißbrauch nachts: ‚Was war das? – Ist etwas passiert?'

Sich von den Auswirkungen sexueller Gewalt zu heilen, ist für jede Frau ein schwieriger und schmerzhafter Prozeß, aber dieser Prozeß ist möglich. Wir gehen in unserer Arbeit davon aus, daß jede Frau das Wissen und die Kraft hat, sich von erlebter Gewalt zu heilen, und verstehen unsere Arbeit dabei als Unterstützung und Begleitung, die seelischen, geistigen und körperlichen Energien in Einklang zu bringen.

Der Heilungsprozeß bleibt also selbstbestimmt, d.h. die Verantwortung wird nicht an Expertinnen abgegeben: Was letztlich in der jeweiligen Phase der Verarbeitung für eine Frau heilsam ist, bestimmt sie selbst – sowohl in der konkreten Heilarbeit als auch bezogen auf die möglichen Veränderungen der Lebenssituation. Dies entläßt nun die Begleiterin keinesfalls aus der Verantwortung, sondern setzt ein hohes Maß fachlicher Kompetenz und Flexibilität voraus.

Die fachliche Kompetenz reduziert sich dabei nicht auf therapeutische Techniken und Verfahren, sondern resultiert auch aus der bewußten Betroffenheit, als Frau/Mädchen in dieser Gesellschaft individuelle und gesellschaftliche Gewalt zu erfahren.

Zum Heilungsprozeß gehört auch, die psychischen und physischen Auswirkungen von individuell erlebten Gewalterfahrungen eben nicht zu individualisieren und auf sogenannte Persönlichkeitsstörungen zu reduzieren, sondern die gesellschaftliche Dimension der Gewalt gegen Frauen zu sehen. In der Praxis bedeutet das, Frauen darin zu unterstützen, ihr Leben nach eigenen Wertvorstellungen, Bedürfnissen, Prioritäten selbstverantwortlich zu gestalten. Der Heilungsprozeß bezieht sich nicht auf ein Sympton, sondern betrifft die Frau

in ihrer Ganzheit, ihre Seele, ihren Geist und ihren Körper.

Körperorientierte Arbeit ist für Frauen daher unabdingbar, weil der gewaltsame Zugriff wegen des weiblichen Körpers und über den Körper erfolgt. Zu diesem Zugriff gehören gesellschaftliche Definitionen von Weiblichkeit und Frausein ebenso wie alle Arten von physischer, psychischer und sexueller Gewalt. Denn Gewalt verhindert eine positive Identifikation mit sich selbst, mit dem eigenen Körper, der eigenen Sexualität, der eigenen Kraft und Lebensfreude. Unter körperorientiert verstehen wir die liebevolle Hinwendung und Wiederaneignung des eigenen Körpers, den selbstbewußten und selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Körperlichkeit. Dies und die damit verbundene Klarheit über die eigene Befindlichkeit und Lebenssituation ermöglicht es Frauen, ihr Leben eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu gestalten. Das führt sicher immer wieder zu Konflikten mit gesellschaftlichen Vorstellungen von „weiblich" und „normal". Aber gerade diese Begrenzungen aufzulösen und das gesamte Potential, Wünsche und Träume in die Wirklichkeit umzusetzen, ist für Frauen der Prozeß der Heilung.

Kontakt:
Infos, Preise, Ausbildungsplan unter der Telefonnummer: 04 637 / 375.
Ab 6. 9. 96 führen wir eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung zur Unterstützung und Begleitung von Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrung durch.

Monika Fränznick

Feministisches Frauengesundheitszentrum Berlin

GEBÄRMUTTERENTFERNUNG

Was nicht vorhanden ist, kann keine Schwierigkeiten bereiten. Gebärmutterentfernung – eine häufige, aber oft überflüssige und folgenschwere Operation

Sabine Walter[1] stellt im Alter von 29 Jahren einen blasenförmig gewachsenen Knoten im Unterleib fest und glaubt, eine Zyste zu haben. Sie wendet sich an ihre Gynäkologin und wird zur Diagnose ins Krankenhaus überwiesen. Dort bleibt sie zu Untersuchungen und nach circa 12 Tagen wird ihr wegen eines Unterbauchtumors die Gebärmutter entfernt. „Die Gynäkologen im Krankenhaus waren davon überzeugt, daß die OP das Beste ist. Sie sagten dann irgendwann, daß es keine Zyste sei, sondern ein Unterbauchtumor. Nie wurde ausgesprochen, es könnte Krebs sein, aber es war eben immer etwas im Hintergrund, das bedrohlich war. Und man selber ist dann sehr unsicher. Also ich habe an mir gemerkt, ich reagiere panisch auf das, was die mir erzählen. (...) Das Wort Tumor hatte auch immer gleichzeitig etwas Bedrohliches, so daß man immer sofort die Assoziation zu Krebs bekam."
Heute, 10 Jahre später, empfindet Sabine Walter die damalige Entscheidung zur Operation als überstürzt, da sie im Krankenhaus kaum zum Nachdenken kam. Inzwischen weiß sie, daß eine Geschwulst nicht gleich entfernt werden muß und daß bei einem gutartigen Tumor, wie er bei ihr vorlag, oftmals gebärmuttererhaltend operiert werden kann. Seit der Hysterektomie, so der medizinische Ausdruck für eine Gebärmutterentfernung, leidet Frau Walter unter Verwachsungsschmerzen und erlebt ihr sexuelles Lustempfinden als eingeschränkt. Ihr Leben mußte sie wegen der Beschwerden nach der Operation vollkommen verändern, und sie litt noch lange nach dem Eingriff an Depressionen. Aufgrund der Beschwerden ist sie zu 40 % arbeitsunfähig. Mit ihrem heutigen Wissen ließe sich Sabine Walter nicht mehr so schnell, wahrscheinlich überhaupt nicht, operieren. Ihre damaligen Motive beschreibt sie rückblickend:
„Es war am Anfang Panik. Ich hatte Angst, daß es ein gefährlicherer Tumor ist als das, was sie dann gefunden haben, daß es Krebs werden könnte. Die Motive waren stark geprägt vom Drängen der Ärzte, daß sie gesagt haben: Es muß gemacht werden, Sie müssen das machen, Sie kommen darum nicht herum. Es gibt überhaupt nichts anderes als die OP. Es wird so dargelegt als sei es das Gelbe vom Ei, als hätte ich die Wahl zwischen langsamem Dahinsiechen und mich operieren lassen; oder: ewige Probleme zu haben und mit diesen Problemen zu leben oder mit der OP schnell die Probleme zu lösen."

Die Häufigkeit von Gebärmutterentfernungen

Wie Sabine Walter sehen viele Frauen in der Entscheidungssituation keine andere Möglichkeit als sich die Gebärmutter entfernen zu lassen. Ausschlaggebend

ist dabei häufig die diffuse Vermutung „Krebs", die mit dem ärztlichen Vorschlag einer Gebärmutterentfernung einhergeht. Doch auch die Überzeugung der behandelnden GynäkologInnen, die Gebärmutterentfernung sei eine umfassende, problemlose und vor allem fogenlose Lösung, spielt bei der Entscheidung eine wichtige Rolle. Mit einer Gebärmutterentfernung, so wird vielen Frauen vermittelt, seien Unterleibsprobleme ein für alle mal erledigt. Insbesondere älteren Frauen, die keine Kinder mehr bekommen wollen oder können, wird sie daher schnell als die Lösung angeraten. Die Krebsangst und die Hoffnung, mit der Operation Probleme umfassend zu beheben oder Schmerzen ein für alle mal zu beseitigen, stehen im Vordergrund. Sie überlagern ein Abwägen zwischen der Notwendigkeit einer Gebärmutterentfernung und möglichen Belastungen bzw. Folgen. Über Alternativen oder über die Bedeutung der Gebärmutter für die einzelne Frau wird oft kaum mehr nachgedacht. Wenn zugleich, wie dies sehr häufig der Fall ist, Informationen fehlen, ist es nachvollziehbar, warum sich so viele Frauen zu einer Gebärmutterentfernung entscheiden.

Ein Drittel aller Frauen in der Bundesrepublik verliert im Laufe des Lebens ihre Gebärmutter. Obwohl sich auch in Medizinkreisen die Stimmen häufen, daß zu viele Gebärmütter entfernt werden, ist die Hysterektomie nach wie vor eine der häufigsten großen Operationen. Es wird von jährlich 150.000 Gebärmutterentfernungen ausgegangen.

Kritische GynäkologInnen wie Dr. med. Ehret-Wagner halten 80 % dieser Eingriffe für nicht zwingend notwendig. Barbara Ehret-Wagner leitet die gynäkologische Abteilung einer Rehabilitationsklinik und behandelt hier Frauen, die an den Spätfolgen einer Hysterektomie leiden. Sie kritisiert ihre KollegInnen, zu schnell zu einer Gebärmutterentfernung zu raten und zu wenig die möglichen Folgen zu berücksichtigen. Insbesondere Gynäkologen tendieren dazu, die Gebärmutter zu entfernen: nämlich doppelt so oft wie Gynäkologinnen. Dies belegt eine umfassende Studie im Schweizer Kanton Tessin.

Doch nicht nur das Geschlecht der Behandelnden spielt eine Rolle, wenn es um die Häufigkeit von Gebärmutterentfernungen geht. Auch das Gesundheitssystem eines Landes und die Dichte der ärztlichen Versorgung sind entscheidend. In Ländern, in denen ÄrztInnen ein festes Gehalt bekommen, verlieren bedeutend weniger Frauen ihre Gebärmutter als in Ländern, in denen die einzelne ärztliche Leistung honoriert wird. Während es in der Bundesrepublik, den USA und der Schweiz ein Drittel aller Frauen sind, bekommt in Schweden nur jede zehnte Frau ihre Gebärmutter entfernt. Und in Regionen, in denen mehr GynäkologInnen niedergelassen sind und mehr Klinikbetten zur Verfügung stehen, werden mehr Gebärmutterentfernungen vorgenommen.

Die Frage, inwiefern das Gesundheitssystem und die Ärztedichte die Häufigkeit von Hysterektomien beeinflussen, ist gerade auch für die Bundesrepublik von Interesse. Die Zahl der niedergelassenen GynäkologInnen hat sich in den letzten 20 Jahren verdreifacht. Zugleich haben GynäkologInnen im Vergleich zu anderen FachärztInnen die meisten Belegbetten in Krankenhäusern. Belegbetten werden für niedergelassene ÄrztInnen bereitgestellt, die die Frauen sowohl einweisen als auch operieren und folglich den Eingriff abrechnen. Somit kann auch von einem ökonomischen Motiv bei Gebärmutterentfernungen ausgegangen werden.

Einen 'medizininternen' Grund stellt die bundesdeutsche Ausbildungsordnung dar. Für die Anerkennung als FachärztIn müssen in der Gynäkologie bislang 40 Hysterektomien vorgewiesen werden.[2]

Die Tessiner Studie weist auf einen weiteren Grund für häufige Gebärmutterentfernungen hin: fehlende Information. Nach einer Aufklärungskampagne gingen Gebärmutterentfernungen um 25 % zurück. Bei den Frauen zwischen 35 und 49 Jahren sank die Zahl sogar um 33,2 %. Auf den Informationsstand läßt sich wohl auch zurückführen, daß Frauen mit einem höheren Bildungsgrad seltener ihre Gebärmutter verlieren als weniger gut ausgebildete Frauen. Dies ergaben Studien in Finnland und den USA. Übrigens wird Ehefrauen von Gynäkologen nur halb so oft die Gebärmutter entfernt als anderen Frauen.

Gründe für eine Hysterektomie

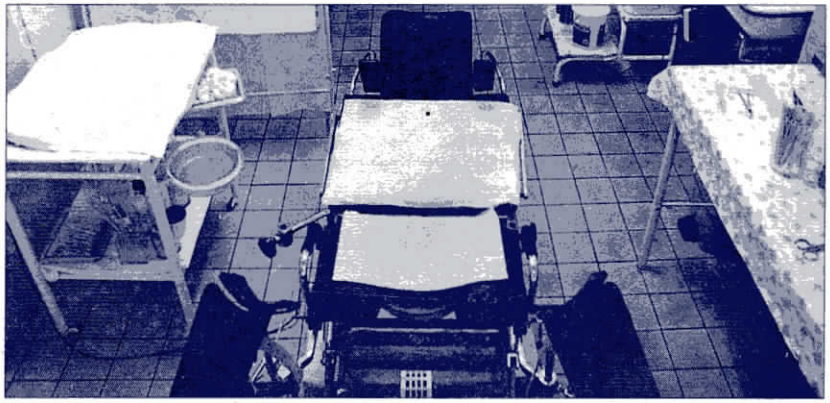
Information und Aufklärung können jedoch nicht wirken, wenn Frauen in einer von Angst und Panik geprägten Situation eine Entscheidung treffen müssen. Dies zeigt die Geschichte von Sabine Walter. Im Krankenhaus liegend, mit der Diagnose „Tumor" und dem Behandlungsvorschlag „Gebärmutterentfernung" konfrontiert, schien ihr keine Zeit mehr zu sein, um Informationen und andere Meinungen einzuholen und abzuwägen. Obwohl die Krebsangst viele Frauen zur Operation veranlaßt, erfolgen nur circa

5 % der Hysterektomien tatsächlich aufgrund einer Krebsdiagnose und 4 % wegen starker Zellveränderungen, die als Krebsvorstufe gelten (Carcinoma in situ). Für die Bundesrepublik ermittelte Infratest folgende Hauptindikationen:

49 %	Myome
17 %	Gebärmuttervorfall und -sen kung
10 %	Menstruationsstörungen
5 %	bösartige Neubildungen
4 %	Carcinoma in situ
2 %	Endometriose
13 %	Sonstiges (Schwangerschaftskomplikationen, unspezifische Bauchschmerzen usw.) [3]

Alleine wegen Myomen werden somit 70.000 Gebärmütter pro Jahr entfernt. Bei Myomen handelt es sich um Neubildungen in der Gebärmutter, die in der großen Mehrheit gutartig sind. Sie bilden sich in der Muskelschicht der Gebärmutter durch verstärkte Teilung der Muskelzellen. Bei 20-30 % aller Frauen treten zwischen dem 25. und 50. Lebensjahr Myome auf, häufig ohne Beschwerden hervorzurufen. Mit den Wechseljahren und der damit einhergehenden sinkenden Östrogenproduktion wachsen die Myome nicht weiter oder bilden sich zurück. Nur circa 0,5 % der Myome werden zu einem Krebsgeschwulst, einem sogenannten Sarkom. Ehret-Wagner meint gar: „Es ist anzunehmen, daß ein Gebärmuttersarkom von Anfang an bösartig ist und nichts mit der Myomstruktur zu tun hat."

Myome sind somit die häufigste Indikation für eine Gebärmutterentfernung – trotz geringer Krebsgefahr, trotz der Möglichkeit, gebärmuttererhaltend zu operieren und trotz alternativmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten, die erst



einmal ausprobiert werden können. Hinzu kommt, daß viele Frauen beschwerdefrei mit einem Myom leben.[4] Zweifellos kann eine Hysterektomie bei Myomen angebracht sein, wenn diese große Schmerzen verursachen, sie sich aufgrund ihrer ungünstigen Lage nicht herausschälen lassen und andere Methoden nicht wirken. Ähnlich verhält es sich mit anderen Indikationen. Wenn starke Beschwerden vorliegen und keine anderen Handlungsmöglichkeiten mehr gesehen werden, kann im Einzelfall eine Gebärmutterentfernung die richtige Therapie sein.

In Anbetracht der Schwere dieses Eingriffs ist sie dies für viele Frauen jedoch nicht. Immerhin handelt es sich um eine große Operation, die vielerlei Folgen nach sich ziehen kann. Daß sie oftmals unterschätzt wird, kommt insbesondere an den erweiterten Gründen für eine Hysterektomie zum Ausdruck: Immer wieder wird die Operation vorgenommen als eine Form der Sterilisation nach abgeschlossener Familienplanung, als verdeckter Schwangerschaftsabbruch mit Sterilisation in katholischen Gegenden oder als Krebsprophylaxe. Manchen Frauen wird ferner im Rahmen einer Unterleibsoperation 'vorsorglich' die Gebärmutter herausgenommen, weil sie sie ab einem bestimmten Alter angeblich nicht mehr brauchen. Dies läßt sich nur durch eine Fehleinschätzung oder geradezu Verneinung der Bedeutung, die die Gebärmutter für eine Frau hat, erklären.

Der Verlust der Gebärmutter und mögliche Folgen

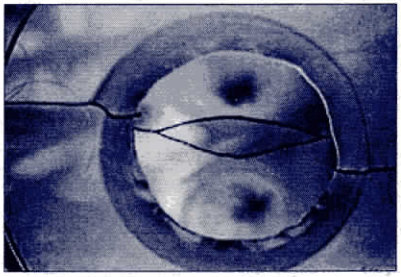
Auch wenn oftmals nur ihre Funktion für die Fortpflanzung gesehen wird, ist die Gebärmutter ein zentrales Organ im weiblichen Körper. Keineswegs soll hier vermittelt werden, Frauen seien über ihre Gebärmutter definiert, ohne diese nicht vollständig o.ä. Aber es kann nicht übersehen werden, daß die Gebärmutter bedeutend für Frauen ist und ihr Körperempfinden mitprägt. Ihr Verlust wird oftmals als einschneidend und schmerz-

lich erlebt. Denn, so Ehret-Wagener: „Sie zeigt uns unsere Lebensphase an, gibt uns Aufschluß über unsere Fruchtbarkeit und bestimmt mit ihrem steten Rhythmus als eine Art `innere Uhr' in unserem Körper unseren Lebensrhythmus entscheidend mit. In dieser Hinsicht ist sie eines der wichtigsten Organe, weil sie uns eindrückliche und prägende Erfahrungen vermittelt wie kein anderes Organ." Tatsächlich fehlt vielen Frauen wie Sabine Walter der Rhythmus, der durch die Menstruation gegeben war. Sie empfindet den Verlust der Gebärmuter als persönlichen Verlust:
„Man hat keine Menstruation mehr. Am Anfang war das interessant; Gottseidank, ich habe das los, die schrecklichen Tage. Ich verliere nicht mehr soviel Blut, ich bin nicht mehr eine Woche lang so schlapp. Aber auf der anderen Seite fehlt mir dieses Auf und Ab. Das fehlt mir. Das wäre mir jetzt wichtiger als daß jetzt alles gleich ist. Man fühlt sich nicht immer gleich. Man lebt so in Zyklen und in Rhythmen. Und jetzt kann man diesen Rhythmus nicht mehr nachvollziehen. Sicher, man fühlt sich auch heute nicht immer gleich, aber im Prinzip müßte man sich ja immer gleich fühlen, denn man hat ja diesen Rhythmus nicht mehr als Unterlage. Es ist schon ein Verlust. Daß es nicht mehr da ist, ist jetzt eigentlich mehr ein Verlust als der Gewinn, daß man jetzt nicht mehr diese körperlichen Beschwerden hat."
Neben dem allgemeinen Körperempfinden wird insbesondere das sexuelle Erleben durch die Gebärmutterentfernung bei vielen Frauen beeinträchtigt. Manche entdecken an sich eine verminderte Libido, also einen geringeren Sexualtrieb, andere können Sexualität nicht mehr so genießen wie zuvor oder sehen ihre Orgasmusfähigkeit beeinflußt. Zumeist wird dies auf psychische Ursachen zurückgeführt. Und tatsächlich stellt der Verlust der Gebärmutter einen schwerwiegenden Konflikt für Frauen dar, der psychisch verarbeitet werden muß. Sabine Walter erlebt den Verlust als massiven Eingriff in ihren Körper und damit als Verletzung ihrer Integrität:
„Daß einem etwas entrissen wurde, daß einem etwas weggenommen wurde – ich weiß nicht, vielleicht wie bei einer Frau, die eine Vergewaltigung durchlebt hat."
Die Veränderung des sexuellen Empfindens erklärt sich jedoch nicht nur psychisch, sondern hat auch körperliche Ursachen. Beim Orgasmus zieht sich die Gebärmutter rhythmisch zusammen und steigert das Lustempfinden vieler Frauen. Ihr Verlust verändert folglich das sexuelle Empfinden. Auch Verwachsungen, die während des Heilungsprozesses nach einer Operation entstehen, spielen gegebenenfalls eine Rolle. Sie können Unterleibsschmerzen hervorrufen, was sich auf die Sexualität niederschlägt. Ebenso verhält es sich mit der Verkürzung der Vagina. Nach der Herausnahme der Gebärmutter wird das obere Ende vernäht und manchmal gestrafft. Dabei wird oft auch die vordere Öffnung der Vagina verkleinert, so daß es bei einem Geschlechtsverkehr zu Schmerzen kommen kann.
Prinzipiell können Verwachsungen zu Unterleibsschmerzen führen, die immer wieder auftreten. Sabine Walter berichtet, wie sie sich noch heute bei ihr äußern:
„Ich habe Schwierigkeiten mit der Narbe. Durch eine Gewebeschwäche ist sie sehr groß und dick geworden. Und ich habe Schmerzen. Ich habe Schmerzen bei jedem Wetterumschwung. Ich kann nichts Schweres heben. Jede Belastung geht auf die Bauchdecke."
Verwachsungen und Unterleibsschmerzen ziehen häufig weitere Unterleibsoperationen nach sich. Für manche Frau folgt nach der Gebärmutterentfernung – von der sie sich eine umfassende Behebung aller gynäkologischen Probleme erhoffte – eine Reihe von Behandlungen und Operationen. Häufig werden sie wegen Zysten an den Eierstöcken vorgenommen, zu denen es nach einer Gebärmutterentfernung verstärkt kommen kann.
Auch Darmprobleme oder Harninkontinenz können auftreten, da die birnengroße Gebärmutter nun fehlt und die Organe im Unterleib einen neuen Platz einnehmen müssen. Absurd wirkt dies insbesondere, weil manchen Frauen gerade wegen Harninkontinenz zu einer Gebärmutterentfernung geraten wird. Die Gebärmutter drücke auf die Blase und müsse daher entfernt werden, heißt es in solchen Fällen.
Ein ganz anderes Problem ergibt sich, wenn zusammen mit der Gebärmutter auch die Eierstöcke entfernt werden. Die Hormonbildung, die dort stattfindet, wird dann gestoppt. Die Frau ist von einem auf den anderen Tag in künstliche Wechseljahre versetzt, falls sie sie noch nicht hinter sich hat. Dies bedeutet eine plötzliche, enorme Umstellung für den Körper. Winnifred Cutler verweist darauf, daß die Wahrscheinlichkeit von Herzerkrankungen steigt, je jünger Frauen bei dem Eingriff sind. Für Frauen, denen Gebärmutter und Eierstöcke im Alter von 35 Jahren entfernt wurden, besteht ein siebenfach erhöhtes Risiko von

Herzkrankheiten. Auch der Verlust von Knochendichte beschleunigt sich. Wegen dieser als Osteoporose bezeichneten Symptomatik werden in der Schulmedizin wiederum künstliche Hormone verabreicht, die mit entsprechenden Nebenwirkungen und Langzeitfolgen verbunden sind.[5]
Wissenschaftliche Untersuchungen ergaben übrigens, daß auch Frauen, bei denen die Eierstöcke erhalten blieben, im Durchschnitt ungefähr vier Jahre früher in die Wechseljahre kommen. Mögliche Erklärung dafür ist, daß bei der Durchtrennung der Eileiter die Versorgung der Eierstöcke mit Blut zeitweise unterbrochen wird. Dieses Trauma kann die körperlichen Abläufe im Eierstock beeinträchtigen. Der Hormonhaushalt kommt in ein Ungleichgewicht und körperliche Abläufe verändern sich.
Zu hormonellen Veränderungen kann auch alleine der Wegfall der Gebärmutter führen. Neueste Erkenntnisse deuten darauf hin, daß die Gebärmutter Substanzen aussendet, die die Schmerzempfindlichkeit senken und zum allgemeinen Wohlbefinden beitragen. Zugleich beeinflussen im Gebärmutterhals gebildete Prostaglandine die Blutkonsistenz. Dies scheint wichtig zu sein, um Beschwerden an den Herzkranzgefäßen und Bluthochdruck zu vermeiden.

Was ist zu tun ?

Der Verlust der Gebärmutter bringt nicht nur einen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit mit sich. Die Bedeutung der Gebärmutter für Frauen und mögliche Folgen ihrer Entfernung unterstreichen, wie wichtig es ist, eine Hysterektomie, soweit wie möglich, zu vermeiden.



Sicher ist nicht jede Gebärmutterentfernung vermeidbar. Manche kann lebensrettend sein oder von Schmerzen befreien. Angesichts der Häufigkeit von Gebärmutterentfernungen und dem geringen Anteil schwerwiegender Indikationen kann aber davon ausgegangen werden, daß Gebärmütter mit einer zu großen Bereitschaft entfernt werden. Es ist notwendig, die Gebärmutterentfernung kritisch zu hinterfragen und der Unterschätzung der Operation und ihrer Folgen entgegenzuwirken.
GynäkologInnen sind hier aufgefordert, ihre Haltung zu überprüfen und auf die Gebärmutterentfernung nur als letzte Möglichkeit zurückzugreifen. Die Zahlen zeigen, daß dies bislang bei der großen Mehrheit nicht der Fall ist.
Da das Umdenken in der Ärzteschaft nach wie vor zu langsam erfolgt, müssen die Veränderungen verstärkt von seiten betroffener Frauen ausgehen. Jede Frau, der eine Gebärmutterentfernung vorgeschlagen wird, sollte sich fragen, ob sie unvermeidlich ist, ob alternative Umgangsweisen möglich sind. Ein Zweitgutachten kann hierbei sehr hilfreich sein. Vielen hilft auch der Austausch mit anderen. Dies gilt gerade auch für Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hinter sich haben. Eine Frau, die die Operation als schweren Eingriff in ihr Leben empfindet, formuliert beispielsweise ihre Hoffnungen auf eine Selbsthilfegruppe: „Ich will von anderen Frauen wissen, ob es ihnen ähnlich ergangen ist. Ob sie dieselben Probleme haben oder ob ich ein Einzelfall bin. Es war so ein Eingriff in meinen Körper. Ich erhoffe mir von der Selbsthilfegruppe, daß man über so etwas reden kann."

In Berlin ist derzeit eine Selbsthilfegruppe von Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hinter sich haben, im Aufbau.
Interessentinnen wenden sich an die regionale Selbsthilfekontaktstelle:
KIK - Kontakt Information Kommunikation, Gleimstr. 28, 10437 Berlin
Tel.: 030/449 00 14 oder 030/449 05 51

(aus: Clio - eine feministische Zeitschrift zur gesundheitlichen Selbsthilfe, Nr. 42, März 1996)

1 Der Name wurde zur Anonymisierung geändert.
2 Seit 1993 gibt es zwar Reformbestrebungen, die den „kleinen Facharzt" ohne oder mit weniger Operationsanforderungen ermöglichen sollen, doch schlugen sie sich bislang noch nicht in Neuregelungen nieder.
3 Auch die Tessiner Studie belegt, daß lediglich 9% der Gebärmutterentfernungen durch Krebsverdacht begründet werden.
4 vgl. den ausführlichen Artikel zu Myomen in Clio 38, S. 4ff.
5 Zum Thema Wechseljahre, Osteoporose, Pro und Contra von Hormonbehandlung sowie Alternativen informiert die Broschüre des FFGZ: Wechseljahre. Eine Broschüre zur Selbsthilfe, 5. Auflage 1995

Dr. Eva Schindele

Autorin und Sozialwissenschaftlerin

MODERNE RITUALE

Der medizinische Blick auf Pubertät und Wechseljahre

Wenn Frauen von der einen Lebensphase in die andere wechseln, so haben die damit verbundenen Umstellungen auf der körperlichen Ebene eine seelische Entsprechung, aber auch eine soziale Komponente. Sie werden Mitglieder einer anderen sozialen Gruppe, und die gesellschaftlichen Erwartungen verändern sich. Ungewohnte Bewegung kommt ins Leben der Mädchen oder Frauen. Viele fühlen sich in diesen Übergangszeiten verunsichert, denn sie spüren, daß eine Phase des Lebens zu Ende geht und die zukünftige noch nicht greifbar ist.

... ohne daß der „Fluß des Lebens stillsteht"

Vor allem vorindustrielle Kulturen kennen für diese Übergangszeiten im Leben der Frau bestimmte Rituale, die diese Phasen begleiten. Rituale sind in diesem kulturellen Kontext meist komplexe Systeme, die religiöse, ethische und soziale Regeln der jeweiligen Gesellschaft integrieren. Sie werden vom Kollektiv als verbindlich anerkannt und helfen der einzelnen Frau, die psychische Umstellung zu vollziehen. Zumindest „im Idealfall", so die Ethno-Psychoanalytikerin Maya Nadig, „nehmen Rituale auch Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse und Nöte ihrer Mitglieder, indem sie ihnen die zur Erhaltung der psychischen Integrität notwendigen Schutz- und Abwehrmechanismen zur Verfügung stellen." Oft erstreckt sich der Vollzug von Ritualen über längere Zeiträume, die von SchamanInnen oder auch Hebammen begleitet werden, die als Verbindungsglied zwischen der Gemeinschaft und dem/der einzelnen fungieren.

Vor allem, wenn es sich um lebenszyklische Veränderungen handelt, die mit körperlichen Umstellungen einhergehen, wird die Rolle der Übergangsmentorin häufig von den Frauen der Gemeinschaft eingenommen, die den entsprechenden Übergang bereits vollzogen haben. Sie demonstrieren mit ihrer eigenen Persönlichkeit, daß es bei aller Unsicherheit, die der Übergang auslöst,möglich ist, die Krise auf dem vorgezeichneten Weg zu durchschreiten, ohne daß es zu so heftigen sozialen oder individuellen Erschütterungen kommt, daß der „Fluß des Lebens stillsteht." Sie bieten der Initiandin also Orientierung und Ermutigung. Zugleich haben die Rituale integrative Funktionen. Sie sollen sowohl den neuen Zu- oder Umstand in die Persönlichkeit der Initiandin integrieren helfen, als auch die Statusveränderung von der einen in eine andere soziale Gruppe vollziehen.

Unberechenbarkeit des Körpers bändigen

Diese Funktionen von Ritualen in vorindustriellen Gesellschaften im Hinterkopf, drängt sich die Frage auf, wie in unserer Gesellschaft die weiblichen Übergangsphasen wahrgenommen und gestaltet werden? In unserer Kultur hat sich in den vergangenen 20 Jahren ein bestimmter Umgang mit Übergangsphasen eingebürgert: das Ritual, in diesen Zeiten der Veränderung einen Arzt oder eine Ärztin – in der Regel eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen – mehr oder minder regelmäßig aufzusu-

chen. Gleichzeitig hat sich ein medizinischer Blick auf die weiblichen Übergangsphasen durchgesetzt. Sie werden als körperliches Geschehen definiert, das die Medizin verspricht, im Griff zu behalten. Ein Mutterpaß oder neuerdings auch ein von der Firma Cilag herausgegebener Mädchenpaß, ausgegeben vom Frauenarzt, dokumentieren diese Übergangsphasen. Ihre Bedeutung im weiblichen Lebenslauf wird ebenso ausgeblendet wie die kollektiv und geistig-spirituelle Dimension. Anders als in vorindustriellen Gesellschaften, in denen die Statusveränderung des einzelnen Mitgliedes begleitet und kollektiv verarbeitet wird, hat das moderne Ritual, eine/n Frauenarzt oder- Ärztin aufzusuchen, den Charakter der Individualisierung und Vereinzelung. Im Mittelpunkt tritt die scheinbar hilfsbedürftige Patientin einem in der Regel männlichen Vertreter einer machtvollen Profession gegenüber, der vorgibt zu wissen, wo es lang geht. Den Arzt interessieren Laborbefunde oder Ultraschallbilder, die als objektiv gelten. Den subjektiven Empfindungen der Frau wird zumeist wenig Gewicht beigemessen.
So ist es gelungen, gesunde weibliche Lebensereignisse in Krankheiten oder zumindest in höchst riskante Lebensereignisse umzudeuten, die dringend der Beaufsichtigung und Behandlung durch den Arzt bedürfen. In diesem Zusammenhang haben sich Frauenärzte immer mehr als Manager weiblicher Übergangsphasen profiliert und dadurch deren Verlauf normiert und strukturiert.
Das zyklische Erleben der Frauen, von Männern oftmals als geheimnisvoll, fremd und bedrohlich erlebt, wird durch die bis heute weitgehend männlich geprägte Gynäkologie versachlicht und dadurch handhabbarer gemacht. Doch bei genauerer Analyse zeigt sich, daß sich dahinter das altbekannte Konzept der Abwehr der Bedrohung durch das das-Weibliche verbirgt. Die Frau gilt in unserer männlich dominierten Kultur als „unvollständiger Mann". Sie muß unter Kontrolle gehalten werden, da sie sonst dem Männlichen gefährlich werden könnte. Neu ist, daß diese Kontrolle ihr autoritäres Gesicht verloren hat, indem die Frauen zum „Mitspielen" motiviert werden konnten. Vor allem durch die Einführung des Risikobegriffes in die Gynäkologie ist es ihr gelungen, die Frauen an sich zu binden und abhängig zu machen.
Frauen versprechen sich in den Übergangszeiten Hilfe und Halt durch den Gynäkologen oder die Gynäkologin.
Die medizinischen Interpretationen der eigenen Befindlichkeit bieten dabei Erklärungen für unbekannte körperliche und seelische Veränderungen. Sie helfen, weibliche Lebensereignisse zu versachlichen und strukturieren die Selbstwahrnehmung. Nicht zuletzt bieten sie den Frauen an, die Unberechenbarkeit ihres Körpers mit Hilfe der Medizin zu bändigen. Sie garantieren ihnen „Funktionstüchtigkeit".
Doch der Preis ist hoch.
Denn den Frauen oder Mädchen wird in vielen Fällen nicht die seelische Unterstützung zuteil, die sie oft in diesen „Zeiten des Wechsels" beim Gynäkologen suchen. Ganz im Gegenteil:
Sie erfahren oft eine weitere Entfremdung und Abwertung der eigenen Körperlichkeit. Das prägt das Selbstbild der Frauen. Anhand der Übergangsphasen Pubertät und Wechseljahre soll das medizinische Management und die Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung skizziert werden.

Beispiel Pubertät: Suche nach Identität

Der Übergangsprozeß der Pubertät ist gleichermaßen mit der Freude verbunden, nun endlich erwachsen zu werden, vielleicht auch dazuzugehören, wie mit der Trauer um den Verlust der Kindheit. In dieser Zeit fühlen sich viele Mädchen von den Veränderungen ihres Körpers überrollt. Sie sind an Leib und Seele verunsichert. Die körperlichen Umstellungen müssen erst in das eigene Körperbild integriert und eine sexuelle Identität entwickelt werden.
Gerade die erste Blutung, die Menarche, ist ein wichtiger Einschnitt im Leben von Frauen. Mit der Monatsblutung wird das Mädchen in einen überpersönlichen Zyklus eingebunden, der dem eigenen Leben Struktur gibt. Vorausgesetzt, sie lernt, auf die Stimme ihres Körpers zu hören, wird sie fortan wechselnde Formen ihrer Leiblichkeit wahrnehmen können. Der sich Monat für Monat wiederholende Rhythmus wird das Mädchen bis in die Wechseljahre begleiten und könnte ihr Sicherheit und Stärke vermitteln, vorausgesetzt, es wird der Frau ermöglicht, ein positives Bild weiblicher Geschlechtsidentität zu entwickeln, deren Basis das zyklische Erleben darstellt. Doch gerade durch die immer wiederkehrende monatliche Blutung gerät sie in Konflikt mit der am Mann orientierten gesellschaftlichen Norm des geradlinigen Funktionierens. Das mag einer der Gründe sein, daß die Menstruation von vielen Frauen nicht als gewinnbringende Potenz, sondern als Einschränkung des eigenen Spielraums erfahren wird.

ter können einfacher mit Hormonen substituiert werden.
Seit der Entwicklung der Hormonersatztherapie in den 70er Jahren gelten die Wechseljahre nicht mehr als natürlicher Lebensprozeß, sondern als eine „Krankheit", die durch einen hormonellen Mangel erzeugt wird. Manche Gynäkologen, wie der Konstanzer Professor Rolf D. Hesch, gehen sogar so weit, den Mangel damit zu erklären, daß die zweite Lebenshälfte der Frau von der Natur gar nicht vorgesehen sei und nur als Zivilisationsfolge auftrete. Deshalb müsse die Frau durch Hormone künstlich an die längere Lebensdauer angepaßt werden. Frauen, die diese Hormone schlucken, wird ein problemloser Wechsel versprochen, ohne Depressionen, Hitzewallungen, Knochenbrüche oder Herzinfarkt. Außerdem soll die Haut schön glatt bleiben und die Vagina elastisch, heißt es. Zudem sollen sie alle möglichen Alters- und Krankheitserscheinungen wie Osteoporose und Alzheimer vorbeugen helfen.
Medizinische Experten fordern, daß jede Frau in der Menopause eine Hormontherapie verdient habe. Darin ist die Drohung versteckt: Wer nicht mitzieht, wird früher oder später an Knochenschwund oder am Herzinfarkt sterben.
Die Propaganda wirkt bereits: Immer mehr Frauen fragen sich, inwieweit sie sich selbst gegenüber verantwortungslos sind, wenn sie dem natürlichen Versickern der Geschlechtshormone nicht mit dem lebenslangen Schlucken von Hormonen entgegensteuern.
Erstaunlich ist, wie Frauen, egal ob mit oder ohne Beschwerden, die Hormone von ihren GynäkologInnen inzwischen eingeredet werden, obwohl die Langzeitfolgen einer lebenslangen Hormonersatztherapie bislang kaum erforscht sind. Außerdem ist der vorbeugende Effekt der Hormonsubstitution gegen Osteoporose bislang keineswegs eindeutig erwiesen. Wichtige Faktoren wie Ernährung und Bewegung, die die Anfälligkeit für Knochenbrüche erwiesenermaßen reduzieren können, berücksichtigen die Untersuchungen nicht.
Erst die US-amerikanisch Women-Health-Studie, an der rund 160 000 Frauen beteiligt sind, wird Aufschluß über die Wirkung der Hormonersatztherapie geben. Die ersten Ergebnisse werden am Anfang des nächsten Jahrtausend erwartet. So lange müssen sich die Frauen überlegen, ob sie den Studien vertrauen, die einen gewissen Schutz vor Herzinfarkt propagieren, oder denen, die eine Zunahme von Brustkrebs durch die Einnahme von Hormonen festgestellt haben.
All dies verunsichert und treibt weiter in die Arme der medizinischen ExpertInnen. Dabei gelingt es nur selten, die Wechseljahre mit Hilfe der Hormone zu nivellieren. Oft sind Ärztinnen und Ärzte wenig hilfreich, wenn es darum geht, Möglichkeiten der geistigen Umorientierung und des inneren Wachstums aufzuzeigen: Das Älterwerden kann nicht als Chance begriffen werden. Dabei werden Frauen heute durchschnittlich 80 Jahre alt, das heißt die Frauen sind ein Drittel ihres Lebens gefordert Vorstellungen zu entwicklen, die dem Rollenbild der Ehefrau und Mutter nicht mehr entsprechen. Das macht Angst, vor allem in einer Kultur, in der jugendliche Attraktivität und Geschlechtsreife höchste Ideale sind und die die älter werdende Frau als altes Eisen abstempelt. So verwundert es nicht, daß in Kulturen, in denen Frauen nach der Menopause hochgeschätzt werden, Wechseljahresbeschwerden weitgehend unbekannt sind.
Nordamerikanische Wissenschaftlerinnen fanden kürzlich heraus, daß, obwohl sich Knochendichte und Hormonspiegel mexikanisch-indianischer und nordamerikanischer Frauen gleichen, die indianischen Frauen trotzdem weder an Wechseljahrsbeschwerden noch an Knochenbrüchen leiden. Das legt den Schluß nahe, daß nicht die fehlenden Hormone für die Befindlichkeitsstörungen verantwortlich sind, und zeigt, daß eine körperliche aktive Lebensart, gekoppelt mit gesellschaftlicher Wertschätzung der Schlüssel für ein erfülltes Leben im und nach dem „Wechsel" ist.

Annette Maennel

Redaktion Weibblick

DIE PILLE ZWISCHEN LUST UND FRUST

Wer von den heute Mittdreißigerinnen erinnert sich nicht an ihren ersten Gang zum Gynäkologen? Mit 15-16 Jahren gehörte es zum Erwachsensein, die Pille zu nehmen, um damit zu sagen: Ich habe den Schritt vom Kind zum Jugendlichen vollzogen, ich brauche die Pille, ich habe einen Freund, ich bin begehrt. Selbst Mädchen, für die es noch nicht notwendig war, schlossen sich ihren Freundinnen an, um danach täglich die kleinen rosa Pillen zu schlucken. Daß die Pille oft nicht das einhielt, was sich die Mädchen von ihr versprachen, stellten sie oft kurze Zeit später fest. Weder kam der Mann ihres Lebens, noch fühlte eine sich „erwachsener", und an die Tablette mußte jeden Morgen gedacht werden. Die ersten Beschwerden stellten sich ein. Eine Freundin bekam riesige schmerzhafte Brüste, von der die linke größer als die rechte war. Die andere klagte über Übelkeit und Kopfschmerzen und die dritte, die tatsächlich als einzige mit ihrem Freund ins Bett ging, wurde auch noch frigide.

Nun denn, es war eine andere Erfahrung als die sie erwartet hatten und auf die sie ihre ÄrztInnen auch nicht im geringsten vorbereitet hatten. Es mag ein DDR-Symptom gewesen sein, daß die Pille als „Wunschkindpille" verstanden wurde, um den Frauen ihre eigene Planbarkeit von Beruf, Mutterschaft und Familie zu ermöglichen. Sie sollten dann gebären, wenn es ihnen als passend erschien. Bei allem individuellen Timing, die geforderte Kinderzahl lag bei mindestens zwei Kindern, und diese sollten unter sozialistischen Moralvorstellungen großgezogen werden.

1965 kam die erste Ost-Pille von Jenapharm „Ovosiston", auf den Markt. Unter bestimmten Voraussetzungen konnte dieses Medikament von Ärzten verschrieben werden – doch immer mehr Frauen wollten diese einfache Methode alltäglich nutzen.

Nachdem in der Bundesrepublik die Pille seit 1961 frei zugänglich war, die Forderungen der DDR-Regierung an ihre Frauen immer mehr als „Arbeitskraft" benannt wurden, beschloß 1972 die Volkskammer der DDR das Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft. Von diesem Zeitpunkt an konnte die Pille allen Frauen kostenlos verschrieben werden. Der Pillenboom war ausgelöst – auf der Strecke blieb dabei ein umfangreiches Aufklären über alternative Verhütungsmethoden. Erst Mitte der achtziger Jahre wurde die Pille nicht mehr so bedingungslos geschluckt.

Frauen in Kirchenkreisen verschafften sich Informationen und Literatur aus Kreisen der westdeutschen Frauenbewegung, gründeten kleine Erfahrungsgruppen und verbreiteten ihr Wissen. Die „Pillenmüdigkeit" der Frauen wurde zu einem Thema in ärztlichen Fachkreisen. Die Angst vor Langzeitschäden bei den Frauen stieg – die Ärzte begannen genauer hinzusehen, wem sie und wann sie die Pille verordeten. Das hatte zur Folge, daß in Fachkreisen der zögerliche Umgang mit der Pille von einigen Kollegen moniert wurde und fachliche Auseinandersetzungen über eventuelle gesundheitliche Schäden ausschließlich in Fachzeitschriften und nicht öffentlich zu führen waren. Die Bevölkerung sollte nicht verunsichert werden.
Es begannen wieder individuelle Beratungsgespräche, die nicht selten bei Frauen im gebärfähigen Alter ohne Kind mit der Frage begannen: „Sie wollen doch sicher ein Kind, oder?" Wenn die verunsicherte Person mit „ja" antwortete, weil sie sich später ein Leben mit einem Kind durchaus vorstellen konnte, wünschte ihr der Arzt viel Glück bis zur nächsten Regeluntersuchung in einem Jahr und verabschiedete sich.

„Die Pille – Von der Lust und von der Liebe" – unter diesem Motto eröffnet das Deutsche Hygienemuseum in Dresden am 30. Mai 1996 anläßlich des 35. Jahrestages des Bestehens der Pille eine Sonderausstellung.
Das erste hormonale Verhütungsmittel steht im Mittelpunkt einer Zeit, die nach den spießigen fünfziger Jahren wie kein anderes Phänomen als Symbol für eine „Befreiung" gewertet wurde und im gesellschaftlichen, sozialen und politischen Rahmen zu Debatten und Kontroversen führte. Die Ausstellung setzt sich mit verschiedenen Gesichtspunkten auseinander, wie: „Pille und die Frauenbewegung", „Neue Körperlichkeit", „Kirche und Kontrazeption" oder „sexuelle Revolution". Die Visualisierung eines immer noch umstrittenen Themas, bei dem die moralische Entrüstung der Vergangenheit angehört, wurde von Gisela Staupe konzipiert und geleitet. Diese Ausstellung ist nach der Ausstellung „Unter anderen Umständen. Zur Geschichte der Abtreibung" als zweiter Teil der Trilogie „Sexualität" zu sehen und wird von der Schering AG gesponsert.
Etwa 35 Prozent der Frauen in Deutschland im Alter zwischen 15 bis 45 Jahren nehmen derzeit die Pille. Heute gehören Mädchen und junge Frauen zu den Hauptanwenderinnen.
Die Pille hat viele Diskussionen ausgelöst: Wurde sie in den Sechziger Jahren als ein Aufatmen für die Frauen gefeiert, sahen sie Kritikerinnen als ein Machwerk des Mannes an, der sich damit ungeniert und frei aller eventuellen folgenden Verantwortlichkeit an bereitwilligen Frauen bedienen konnte. Aber auch die Angst um den weiblichen Sittenverfall wurde geschürt, die Frauen könnten sich nun, jenseits ihrer Funktion als Gebärende auch noch ungebremster Lust hingeben, mit nymphomanischer Gier die Männerwelt erschrecken und die Bevölkerungsplanung aus der Statistik werfen.

Der erste Raum der Ausstellung ist mit aprikotfarbenem Stoff ausgeschlagen, in den Liebesspiele und Koitus-Stellungen aus allen Jahrhunderten hineingewebt sind. Weibliche Fruchtbarkeitssymbole werden den damaligen Verhütungsmitteln gegenübergestellt. Hier liegen die Bibel aus dem 16. Jahrhundert, die den Koitus interruptus als Empfängnisverhütung benennt, der Schafsdarm zum Basteln von Kondomen oder das Kräuterbuch...
Im Zentrum der Räume, die in verschiedene Epochen unterteilt sind, liegt das metallene Gerüst eines überdimensionalen Frauenkörpers.
Der Raum „Modern Times" erzählt von dem Beginn des 20. Jahrhunderts und endet mit der Machtergreifung der Nazis mit einem riesigen Mutterkreuz auf der einen Seite und Aktenbergen aus Vernichtungslagern, den akribischen Nachweisen ausgeführter Sterilisationen bei Frauen, die nicht der Herrenrasse entsprachen und systematisch ausgerottet werden sollten, auf der anderen Seite.
Es mag wohl zwei Träume gegeben haben, die den Menschen über Jahrhunderte verfolgten. Der eine Wunsch nach der eigenen Unsterblichkeit, dem ewigen Jungbrunnen und der andere, nur für so gewollte Kinder sorgen zu müssen.
Die liberale Atmosphäre der Weimarer Republik macht es möglich, daß sich eine breite Sexualreformbewegung entwickeln kann. Die moderne Kleinfamilie wird zum Leitbild, Arbeitslosigkeit und Armut lassen Abtreibungen zum Massenphänomen werden. Die Möglichkeit, auch über Geburtenkontrolle den „Volkskörper gesunden zu lassen", läßt Bevölkerungspolitiker auf eine mögliche Alternative hoffen.
1927 gelingt es Ludwig Haberlandt, das erste hormonale Verhütungsmittel zu entwickeln. Mit dem Einbruch des Nationalsozialismus wird die Forschung untersagt, staatliche Geburtenpolitik

wird zur Rassenpolitik. Viele jüdische Hormonforscher müssen emigrieren oder werden in KZ umgebracht.
Nach dem Krieg dauert es nochmals 15 Jahre, bis der Traum von der hormonalen Verhütung Realität wird.
Der zweite Raum – genannt „Die goldene Pille" – zeichnet den Weg der Entstehung und Wirkungsweise der Pille nach. 1960 bringt der Chicagoer Pharmakonzern G. D. Searle die erste Pille „Enovid 10" an die amerikanische Frau, 1961 zieht die Berliner Schering AG mit „Anovlar" nach, und 1965 wird die Pille „Ovosiston" des VEB Jenapharm in das Arzneimittelregister der DDR eingetragen. Noch gibt es starke moralische Vorbehalte. Die Pille wird nur an verheiratete Frauen bei bestimmten Indikationen, wie zum Beispiel Menstruationsstörungen, verabreicht. Die Forscher schaffen es, den hochdosierten Hormongehalt auch auf ein verträgliches Maß für jüngere Frauen herunterzusetzen. Dabei bleibt es immer ein Medikament mit Begleiterscheinungen.
Symbolisch liegen im Körper der stilisierten Frau 6 Million Pillen – eine Tagesproduktion des Schering Konzerns. (Wieso eigentlich nicht der Tagesverbrauch in Deutschland?)Um das metallene Konstrukt des Frauenkörpers kreist in verschiedenen Dimensionen der weibliche Zyklus von 28 Tagen. Die biologischen Vorgänge jedes der einzelnen Tage wird mit beschrifteten Fähnchen transparent gemacht, Risiken und Nebenwirkungen der Pille verdeutlicht. Sehr bewußt wird mit der Bewertung der Pille als Medikament gearbeitet und verdeutlicht, daß es sich eben nicht um eine Packung „Smarties", sondern um einen Eingriff in das biologische Hormonsystem der Frau handelt.
Als dritter und letzter Schwerpunkt sei die Abteilung „Modern Love" genannt, die sich mit der „Gesellschaft in Bewegung" befaßt und die Pille als Auslöser für eine breite Diskussion über Sexualität kennzeichnet. Die Pille avancierte in den 60er Jahren zu einem Symbol für eine andere Zeit, weg von der prüden Nachkriegsgesellschaft, und wurde in der BRD als erstes von Oswalt Kolle in Wort und Bild gefaßt. Kolle war in dieser Diskussion eine Schlüsselfigur, ähnlich wie Sigfried Schnabel in der DDR, der das Aufklärungsbuch „Mann und Frau intim. Fragen des gesunden und gestörten Geschlechtslebens" als Bestseller schrieb. Sexualität wird zum Gegenstand öffentlicher Diskussionen. Von vielen Frauen, denen die Pille endlich die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft nimmt, wird sie begeistert aufgenommen und als Ergebnis der befreiten Sexualität von den 68ern gelebt.
Wie die Diskussion um die Pille als gesellschaftliche Bewegung begriffen wird, zeigen die Schlagworte „Pillenknick", „Bevölkerungsexplosion", „Sexuelle Revolution"; „Pille und Kirche", „Fruchtbarkeit", und „Aufklärung". Für die Betrachterin eventuell neu, daß sich nicht erst seit gestern Kirchenvertreter für die Liberalisierung des Einsatzes von Schwangerschaftsverhütungsmitteln einsetzen.
In Amerika wurde 1954 der Begriff der „Bevölkerungsexplosion" geprägt. Dabei wurde eine Angst vor der Überflutung von Menschen und vor Kommunisten, die bald den ganzen Erdball erobern würden, geschürt. Auch daß die Pille für den Bevölkerungsrückgang in den west-

lichen Industrieländern verantwortlich sein soll, ist bei bestehenden kinderunfreundlichen Bedingungen, in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche nicht zu akzeptieren. Man erinnere sich nur an die Forderung der Frauen „Wir brauchen neue Väter" oder an das Gebärverhalten ostdeutscher Frauen nach der Wende. Natürlich bleibt die Frage offen, warum die Pille vorrangig in den westlichen Industrieländern verwendet wird und nicht die bevölkerungsregulierende Vision ihrer Erfinder in der sogenannten Dritten Welt ausübt.
Der letzte Raum widmet sich dem einfachen Umgang mit Sexualität, der Aufklärung. In der Zusammenstellung von kleinen Filmen, den Aufzeichnungen des legendären Aufklärungstheaters „Rote Grütze" geht es um Lust und Liebe und um die Verantwortlichkeit für den eigenen Körper. Es werden Fragen gestellt, wie: „Was passiert, wenn ich die Pille über einen längeren Zeitraum einnehme?" oder „Du nimmst jetzt die Pille, hast aber auf Sex keine Lust mehr!" Einblicke über die neuesten Forschungen zur Verhütung, wie Transplantationen, Implantate oder Immunisierungen geben einen Vorgeschmack auf das, womit sich Frauen oder auch Männer in Zukunft befassen werden müssen. Diese Mittel wirken längerfristig und sind in ihrer Anwendung komplizierter zu handhaben.
Das Voranschreiten der Forschung auf diesem Gebiet und der verantwortungsvolle Umgang mit dem eigenen Körper, der eigenen Sexualität passiert heute in einem inzwischen angebrochenen Zeitalters von „Aids".
Dem Deutschen Hygienemuseum, dem Team um Gisela Staupe ist eine Ausstellung gelungen, die der Breite des Themas gerecht wird, den Bogen der Debatte um die Pille interessant und bildkräftig in Szene setzt, jedoch etwas beliebig verfährt, die aktuelle Debatte um die Pille außen vor läßt und noch viele Fragen unbeantwortet bleiben.

Komplettiert wird diese Ausstellung durch ein Buch, herausgegeben für das Deutsche Hygienemuseum von Gisela Staupe und Lisa Vieth, in dem die Epochen der Entwicklung und der Gespräche über die Pille in einzelnen Beiträgen aus Ost und West erzählt und durch zahlreiches Bildmaterial illustriert werden. Ein durchaus interessantes Buch, daß zum Durchblättern einlädt und an dem man sitzen bleibt.

„Die Pille –
Von der Lust und von der Liebe"
Rowohlt Berlin
224 Seiten
28,– DM

Ausstellung:
Deutsches Hygiene-Museum
Lingnerplatz 1,
01069 Dresden
Montag geschlossen
Dienstag, Donnerstag, Freitag:
9 bis 17 Uhr;
Mittwoch: 9 bis 20.30 Uhr
(ab 17.00 freier Eintritt),
Samstag und Sonntag:
10 bis 17 Uhr

Tatjana Walter
Redaktion Weibblick

DIE PORTIOKAPPE

Plädoyer für die Wiederentdeckung eines alten Verhütungsmittels

Die Pille ist in letzter Zeit wieder ins Gerede gekommen. Die niedrig dosierten sog. „Mikropillen" der jüngsten Generation sollen wegen des Verdachts, Thrombosen zu begünstigen, vom Markt genommen werden. Dabei weiß jede Pille-Benutzerin, wenn sie den Beipackzettel studiert hat, daß letztlich jede Pillensorte – insbesondere in Kombination mit Rauchen – Thrombosen begünstigt. Thrombose ist aber nur eine einer ganzen Latte von Nebenwirkungen: von Depression, sexueller Lustlosigkeit über Brustschmerzen bis hin zu Krebs. Aber welche Alternativen zur Pille gibt es für eine Frau, die ein wirklich sicheres Verhütungsmittel sucht und in ihrer gegenwärtigen Situation unter gar keinen Umständen schwanger werden will?

Die Portio-, Zervix- oder Muttermundkappe (auch als „Pessar" bekannt) ist eine Gummikappe, die mit oder ohne Gel auf den Gebärmutterhals gestülpt wird, sich dort festsaugt und so den Eingang zur Gebärmutter für Spermien verschließt. Sie kann acht Stunden bis mehrere Tage lang getragen werden. Grundsätzlich kann jede Frau lernen,

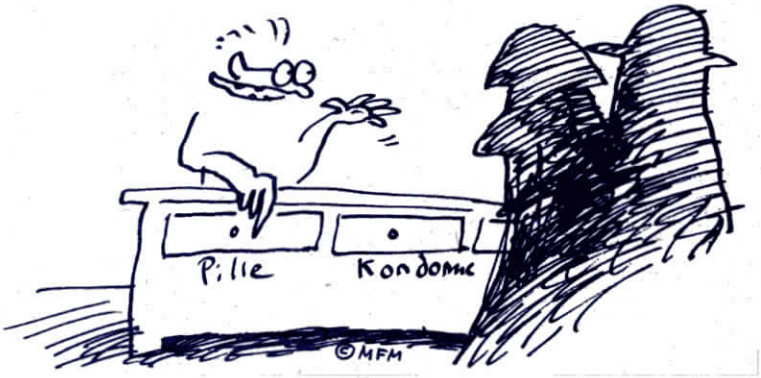
diese Kappe einzuführen, ihren Sitz zu kontrollieren und sie wieder zu entfernen. Die Portiokappe kostet bei der Erstanschaffung einschließlich Beratung und Anpassung 150,- DM und kann ca. fünf Jahre oder länger benutzt werden, es sei denn es tritt in dieser Zeit eine Veränderung der Größe und Form des Gebärmutterhalses, z.B. infolge einer Geburt oder Abtreibung (was die Kappe aber verhüten soll!), auf. Die Portiokappe ist somit eines der billigsten Verhütungsmittel. Es hat bisher keine Anhaltspunkte gegeben, daß die Portiokappe – etwa durch den Verschluß des Gebärmutterhalses – Infektionen oder Zellveränderungen hervorruft oder begünstigt. Nach einer amerikanischen Untersuchung haben Frauen, die mit der Portiokappe, Diaphragma oder Kondomen verhüten, sogar seltener Zellveränderungen am Gebärmutterhals und Gebärmutterhalskrebs als diejenigen, die die Pille nehmen oder eine Spirale haben. Untersuchungen haben ergeben, daß die Portiokappe bis zu einem gewissen Grad vor Unterleibsentzündungen und sexuell übertragbaren Krankheiten schützt (**nicht jedoch vor Aids!**).
Bei einigen Frauen kann jedoch der Rand eines bestimmten Kappentyps zu Blutungen am Gebärmutterhals führen, und Gummi-Allergikerinnen haben sicherlich auch Schwierigkeiten, eine Gummikappe zu benutzen. Letztere Schwierigkeiten mit der Portiokappe hängen aber auch mit der heutzutage sehr rückständigen Technologie zusammen. Es werden heutzutage keine Kappen individuell angepaßt, sondern es gibt nur einige Typen in genormten Größen, und auch diese nur aus Gummi, wogegen es bis in die dreißiger Jahre über fünfzig verschiedene Kappenmodelle in Europa gab!

Warum ist die Portiokappe in Deutschland so unbekannt und ihre Technologie so veraltet?

Diese Tatsache ist sehr erstaunlich, da die Portiokappe in Deutschland erfunden worden ist und insbesondere in den zwanziger und dreißiger Jahren das meistgebrauchte Verhütungsmittel in Deutschland war. Damals benutzten sogar viermal mehr Frauen die Portiokappe als das Diaphragma – trotzdem ist letzteres bis heute in Deutschland viel bekannter. Die heutige Form der Kappe wurde 1838 zum ersten Mal von Dr. Friedrich Adolph Wilde erwähnt und von diesem Patientinnen mittels eines Wachsabdrucks des Gebärmutterhalses individuell angepaßt(!). Bis in die zwanziger und dreißiger Jahre hinein, als sich die Portiokappe als Verhütungsmittel durchgesetzt hatte, wurde sie jedoch vom Arzt oder der Ärztin nach der Menstruation eingesetzt, während des gesamten Zyklus' bis zum Beginn der nächsten Menstruation getragen und von Arzt oder Ärztin wieder entfernt. Es ist vorstellbar, daß es aufgrund dieser langen Tragedauer zu Infektionen gekommen ist und daß sich deshalb bei GynäkologInnen bis heute hartnäckig das Gerücht hält, die Portiokappe rufe Entzündungen hervor.
Das Wissen über die Portiokappe scheint in Deutschland nach der Machtergreifung der Nazis mit all den ÄrztInnen verloren gegangen zu sein, die im nationalsozialistischen Deutschland verhaftet und ermordet wurden oder emigrieren mußten. Denn den verbleibenden ÄrztInnen war es verboten, für Verhütungsmittel zu werben, also auch, über die Portiokappe zu informieren.
Heute dürften GynäkologInnen eigentlich über dieses Verhütungsmittel informieren, aber die wenigsten wissen über es Bescheid, geschweige denn, daß sie es ihren Patientinnen empfehlen. Diese Ignoranz wirft ein schlechtes Licht auf eine ÄrztInnengeneration, deren Mehrheit schnell dabei ist, bei Fragen nach Verhütung gleich ein Pillenrezept auszustellen. Liegen die Gründe nur im Profit? Oder aber auch in Lücken der medizinischen Ausbildung? Es schimmert bei diesem Verhalten die Einstellung durch, daß Frauen nicht fähig sind, ihren eigenen Körper selbst zu erkunden und mechanische Barrieren richtig einzusetzen und zu kontrollieren. Eine junge Frau brachte es auf den Punkt: „Ich habe zu meiner Frauenärztin gesagt: „Die Tatsache, daß Sie mich nie über diese Kappe informiert haben und keine Ahnung davon haben, ist für mich ein Grund, die Ärztin zu wechseln! Auf Wiederseh'n!"" Die Frage ist, zu welcher Ärztin diese junge Frau nun gehen soll; bis heute wird meines Wissens nach die Portiokappe in Deutschland nur in den „Feministischen Frauengesundheitszentren"angepaßt.

Im Vergleich zum Diaphragma Vor- und Nachteile

Portiokappe und Diaphragma gehören zu den sogenannten Barrieremethoden, die verhindern, daß Spermien überhaupt an den Muttermund gelangen, bzw. die sie dort bewegungsunfähig machen oder auch abtöten. Beide dürfen daher frühestens acht Stunden nach dem



letzten Geschlechtsverkehr entfernt werden, weil erst dann die noch in der Scheide verbliebenen Spermien bewegungsunfähig sind.
Die Portiokappe kann – im Gegensatz zum Diaphragma – meistens nicht während der Menstruation getragen werden. (Es gibt aber auch Frauen, die ihre Verwendung gerade während der Menstruation schätzen!) Sie ist schwieriger einzusetzen und zu entfernen als das Diaphragma. Eine Reihe von physiologischen Gründen, die gegen die Verwendung der Portiokappe sprechen, können für die Verwendung eines Diaphragmas sprechen. Manche Männer fühlen beim Geschlechtsverkehr insbesondere den Rand der Portiokappe.
Die Portiokappe hat aber auch eine Reihe Vorteile gegenüber dem Diaphragma. Sie kann auch ohne Gel verwendet werden, in diesem Fall braucht sie nicht erst kurz vor dem Geschlechtsverkehr eingesetzt zu werden, sondern gegebenenfalls Stunden vor einem Rendezvous mit ungewissem Ausgang. Die Kappe übt keinen unangenehmen Druck auf das Harnröhrengewebe aus. Einige Frauen, die mit dem Diaphragma keinen Orgasmus erleben, können dies mit der Portiokappe.
Aber alles dieses sind Erfahrungen, die jede Frau selbst machen kann. Wenn sie sich jedoch scheut, ihren Unterleib selbst anzufassen und zu erkunden, so sind Diaphragma und Portiokappe sicherlich keine in Frage kommenden Verhütungsmittel für sie. Für alle die jedoch, die es einmal ausprobieren, sind die Selbstuntersuchung und das selbständige Einsetzen und Entfernen eines Verhütungsmittels sicherlich ein ungeheurer Zuwachs an Unabhängigkeit und gelassener Vertrautheit mit dem eigenen Körper.

Am Schluß noch einmal die wichtigste Frage: die Zuverlässigkeit

Die Zuverlässigkeit der Portiokappe hängt auch von der Verantwortlichkeit und Sorgfalt ihrer Benutzerin und von der Ausführlichkeit der Beratung und Anpassung der Kappe ab. Letztere läßt zumindest im Berliner Feministischen Frauengesundheitszentrum nichts zu wünschen übrig: Zwei bis drei Stunden nehmen sich die Beraterinnen dort Zeit für die Erstberatung, Selbstuntersuchung und Anpassung der Kappe, und ein bis zwei Wochen später wird dann noch einmal der Sitz der Kappe nachkontrolliert. Die Sicherheitsquoten von Portiokappe und Diaphragma sind ungefähr gleich hoch; verschiedene amerikanische Untersuchungen kamen zu Ergebnissen von 90-98 %. Damit reicht die Zuverlässigkeit dieser Methoden bei sorgfältiger Anwendung an die vielgepriesene Sicherheit der Pille heran. Solches statistisch aufbereitete Datenmaterial ist natürlich immer mit Vorsicht zu genießen: Handfestere Gewißheit kann es aber geben, einmal gefühlt zu haben, wie gut eine Portiokappe sitzen kann, und wie schwer es sein kann, sie wieder zu entfernen!

Die Portiokappe und zuverlässige Informationen über sie sind in der Bundesrepublik nur erhältlich bei den Feministischen Frauengesundheitszentren, z.B.:

FFGZ e.V. Berlin,
Bamberger Str. 51,
10 777 Berlin,
Tel. 030/213 95 97

Monika Schröttle

TAGUNG DER ARBEITSGRUPPE „FRAUEN UND GESUNDHEIT"

Wie spannend und zugleich hochpolitisch das Thema „Frau und Gesundheit" sein kann, bewies die medizinsoziologische Tagung „Frauen in Ost und West - zwei Kulturen, zwei Gesellschaften, zwei Gesundheiten?", die Ende März in Bad Saarow bei Berlin stattfand.
Zwei Tage lang wurden unter Beteiligung von Fachfrauen Themen wie Schwangerschaft, Geburt und Reproduktionsmedizin, generatives Verhalten und Verhütung, Medikamentenkonsum und Sucht sowie schulmedizinische Versorgung und Gesundheitsrisiken für Frauen unter geschlechts - und ost-west spezifischen Gesichtspunkten untersucht.
Dabei wurde jeweils deutlich, wie sehr weibliche Gesundheit/Krankheit an die gesellschaftlichen und politischen Verhältisse gekoppelt ist.
So arbeitete Carol Hagemann-White in ihrem Eingangsreferat u. a. heraus, daß ein fataler Zusammenhang zwischen dem schlechten Gesundheitszustand von Mädchen in der Frühadoleszenz einerseits und den Ohnmachtserfahrungen von Frauen in dieser Gesellschaft andererseits besteht. Während die Mädchen bis zum Alter von neun bis zehn Jahren sich einer besseren Gesundheit als Jungen erfreuen, kehrt sich das bereits vor dem Einsetzen der Pubertät um. Die Kinder werden in diesem Alter, in dem sich ihre Wahrnehmung weiter auf die Gesellschaft ausdehnt, erstmals damit konfrontiert, daß die erlebte Allmacht der Mutter nicht mit ihrer realen Macht innerhalb der Gesellschaft übereinstimmt. Für Mädchen bedeutet das einen schmerzhaften Zusammenprall mit ihrer eigenen Geschlechtsrolle und den zu erwartenden Ohnmachtserfahrungen, die damit einhergehen. Wie jemand, der immer wieder erfolglos gegen eine Glaswand rennt, die vom Kontakt mit eigener Macht und Kompetenz trennt, kann das Mädchen diese kränkende Erfahrung nur nach innen verarbeiten – z. B. in Form von Krankheitssymptomen. Es bräuchte aber, so Hagemann-White, gerade in diesem Übergang eine eigenmächtige und kompetente Mutter. Doch fehle es noch immer an gesellschaftlichen Vorbildern für selbstbewußte, starke und mächtige Weiblichkeit. Eine solche selbstbewußte – auch körperliche – Demonstration von Weiblichkeit zu entwickeln, die charakterisiert ist durch Souveränität und Kompetenz von Frauen und Müttern, sei für die Entwicklung der Mädchen und der nachfolgenden Generationen wichtig, um die auch durch Frauen selbst getragene permanente Wiederholung weiblichen Leidens zu durchbrechen.
In mehreren interdisziplinären Projekten und Forschungsvorhaben, die auf der Tagung vorgestellt wurden, zeigte sich, daß die frauenbewegte Ost-West-Zusammenarbeit im Bereich der Medizinsoziologie im vollem Gange ist und mitunter zu sehr fruchtbaren Ergebnissen führt. Vielleicht deshalb, weil es hier zu gelingen scheint, die Zusammenarbeit auf gegenseitigem Respekt und auf der Anerkennung der unterschiedlichen kulturellen und politischen Erfahrungen aufzubauen, was ja bekanntlich in vielen Ost-West-Vorhaben der letzten Jahre scheiterte.
Jutta Begenau, Medizinsoziologin an der Berliner Charité und eine der Organisatorinnen der Tagung, sieht als positiven Aspekt der verstärkten, interdisziplinären Ost-West-Forschungszusammenarbeit die Möglichkeit, „das jeweils andere aus dir selbst heraus zu begreifen" und damit auch den eigenen Horizont zu erweitern. Gemeinsam mit Cornelia Helfferich aus Freiburg, mit Jutta Begenau den inhaltlichen Ablauf der Tagung erarbeitet hatte, stellte sie ausschnittweise die Ergebnisse ihrer Berlin-Freiburg-Forschung vor, die sich ost-west -vergleichend mit den reproduktiven Biographien von Frauen befaßte. Die Studie ergab: Mutterwerden war in der DDR eine Selbstverständlichkeit. Das reproduktive Grundmuster von DDR-Frauen läßt sich pointiert mit den Sätzen zusammenfassen: „Ich werde Mutter. Heiraten muß ich dazu nicht. Die Arbeit muß bleiben."
Im Westen dagegen, wo 15-20% der Frauen keine Mütter und 40% beim ersten Kind älter als 30 Jahre sind, fanden Begenau und Helfferich ein ganz anderes Grundmuster vor: „Das muß ich mir schon genau überlegen. Ich brauche den richtigen Partner, die richtige Ehe für mein Kind. Die ersten Jahre bleibe ich zu Hause." Selbstverständlich ist dies auf die sich stark unterscheidenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Ost und West bis zur Wende zurückzuführen.
Erstaunlich sind die Unterschiede im Planungsverhalten pro oder contra weitere Kinder. Denn im Westen sind das

zweite und dritte Kind eher geplante Wunschkinder als im Osten, wo ja eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf gegeben war. Möglicherweise spielen hier Arbeitsüberlastungen von Ostfrauen mit hinein und die Tatsache, daß Westfrauen sich mit dem zeitweiligen Ausschluß aus dem Arbeitsmarkt arrangiert haben und sich deshalb vollständig den Familienaufgaben widmen.

Das Thema Gewalt beschäftigte die Teilnehmerinnen der Tagung unter verschiedenen Aspekten. So referierte etwa Liselotte Hinze aus Magdeburg über die Ergebnisse regionaler Studien aus Ostdeutschland zu intrafamiliärer Gewalt gegen Frauen und Kinder, wobei körperliche Kindesmißhandlung und sexueller Mißbrauch einen besonderen Schwerpunkt bildetetn. Monika Schröttle problematisierte auf der Grundlage von ExpertInneninterviews die Art und Weise, wie Ost- und WestexpertInnen aus dem sozial(wissenschaft)lichen Bereich die körperliche Gewalt von Männern gegen ihre Beziehungspartnerinnen thematisieren. Insbesondere Stigmatisierungen und Vorurteile, die auch von Fachleuten gestützt werden, haben deutlich negative Auswirkungen auf die gesellschaftliche Situation und die der direkt Betroffenen. In weiteren Vorträgen wurden auch andere Formen struktureller und direeter Gewalt gegen Frauen diskutiert, die sich aus dem schulmedizinischen Umgang mit Frauenkörpern und Frauengesundheit ergeben, aber auch aus politischen Vorgaben der Gesundheitsversorgung. Sie schlägt sich bereits in der Ausbildung in medizinischen Lehrbüchern nieder, die in Ost und West gleichermaßen von geschlechtsspezifischen Diskriminierungen durchdrungen sind. *(siehe Beitrag auf Seite 27)* Darüberhinaus wurden aber auch konkret schädigende Auswirkungen schulmedizinischer Behandlung, insbesondere in den Bereichen Gynäkologie, Reproduktionsmedizin und bei der Vergabe von Psychopharmaka angesprochen. So werden völlig normale und gesunde Phasen weiblicher Entwicklung wie Menstruation, Geburt und Klimakterium zu Krankheiten umgedeutet, medizinalisiert und medikamentös behandelt; häufig mit sehr negativen gesundheitlichen Folgen. Vermeidbare Gebärmutter- und Brustentfernungen werden zu schnell und zu leichtfertig durchgeführt, ohne sinnvolle Alternativen ernsthaft zu prüfen. Bei der künstlichen Befruchtung kinderloser Frauen stehen der tatsächl che Erfolg und Nutzen der aufwendigen und nervenaufreibenden Prozedur in der Regel in keinem Verhältnis zum psychischen Leidensdruck und den psychosomatischen Folgen für die Frauen.

Eine weitere Form der Gewalt durch Medizin stellt die unverantwortliche Medikamentenvergabe dar, die etwa dann forciert wird, wenn süchtigmachende Psychopharmaka an Frauen vergeben werden, was lediglich die gesellschaftlichen und situativen Ursachen individueller Symptome verdecken soll.

Übergreifend wurde kritisiert, daß durch die fortgeschrittene Spezialisierung der Medizin in Deutschland immer mehr ÄrztInnen an der Behandlung einer Person beteiligt sind, wodurch insbesondere Frauen immer mehr in ein Labyrinth medizinischer Über- und Fehlversorgung geraten. Eigentlich wären für viele Krankheitsfälle sogenannte case-manager notwendig, die eine Person ganzheitlich betreuen und die Behandlungen koordinieren. Die Arbeitsgruppe „Frauen und Gesundheit" der DGMS setzte mit dieser inhaltichen Tagung wichtige Akzente und wird hoffentlich in den nächsten Jahren durch fachliche Kritik und Weiterentwicklung neue Impulse und Maßstäbe in die Schulmedizin und Gesundheitsversorgung tragen. Die Unterstützung möglichst vieler Fachfrauen wird hierfür eine wichtige Voraussetzung sein. Ein anderer bundesweiter Zusammenschluß., der ebenfalls an den weiter oben beschriebenen Kritikpunkten der derzeitigen Gesundheitsversorgung von Frauen ansetzt, jedoch hinsichtlich seiner Mitgliedschaft und Vereinsziele noch stärker praktisch und politisch diskutiert, ist der „Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V." (AKF). Er wurde vor zwei Jahren aus verschiedenen Berufs- und Regionalzusammenhängen heraus gegründet und engagiet sich für eine frauenfreundliche und bedürfnisgerechte medizinische Versorgung von Frauen. Der schnell wachsende Verein trägt Informationen zusammen, betreibt rege Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit und versucht auch auf gesellschaftliche und politische Veränderungen hinzuwirken. Seine nächste Arbeitstagung findet am 9. und 10. November 1996 in Bad Pymont statt und befaßt sich unter verschiedenen Aspekten mit Frauengesundheit, Menschenrechten und Grenzverletzungen unter dem Titel: „Wege aus Ohnmacht und Gewalt".

Daniela Edler,
Astrid Dalizda

GESCHLECHTSSTEREOTYPEN IN DER MEDIZINDIDAKTIK

Hier stellen wir Teilaspekte unserer sich noch in Arbeit befindenden medizinischen Dissertation vor. In ihr vergleichen wir Medizinlehrbücher aus Ost- und Westdeutschland. Die Idee zu dieser Dissertation entstand auf der 1. Tagung der Arbeitsgemeinschaft „Klinika" der Handelskonferenz der Frauenbeauftragten der Hochschulen in 1992 in Gießen. Damals wurde der Vorschlag gemacht, Medizinbuchverlage aufzufordern, frauendiskriminierende Äußerungen aus Medizinlehrbüchern herauszunehmen.

Die Jahre des Medizinstudiums prägen, und viel von dem Gelernten hat herzlich wenig mit Wissenschaft zu tun. Bisher gibt es noch keine Untersuchungen darüber, inwieweit auffälliges Text- oder Bildmaterial „zufällig" veröffentlicht wird oder ob Gesetzmäßigkeiten erkennbar sind. Um die Forderung aufzustellen, diskriminierende Äußerungen aus den Lehrtexten heraus zu nehmen, muß zunächst ein Handlungsbedarf festgestellt werden.

Selbstverständlich würde kein Verlag eingestehen, Lehrbücher mit diskriminierenden Äußerungen herauszugeben. Der Begriff „Diskriminierung" ist schwer mittels objektiver Kriterien zu erfassen. Deshalb entschlossen wir uns, das Bild der Geschlechter, wie es die Medizin vermittelt, darzustellen. Vergleichbare Arbeiten aus der Schulbuchanalyse gibt es sowohl für Ost- und Westdeutschland sowie auch als Vergleichsstudien. Wir schrieben Verlagshäuser an, die führend auf dem Markt der Medizinbücher sind. Wir wollten wissen, ob und in welcher Form auf gleichberechtigte Darstellungen der Geschlechter geachtet wird. Die Resonanz auf unsere Anfrage war groß und in jeder Hinsicht emotional.

Durch den Fall der Mauer ergab sich ein zusätzlicher Interessenschwerpunkt: Wir stellten uns die Frage, ob sich nach vierzigjährigem offiziell vertretenem Anspruch der Gleichberechtigung in der DDR ein anderes Bild der Geschlechter in der Medizintechnik niedergeschlagen hat. Deshalb beschränkten wir uns auf die Auswertung von Lehrbüchern des jüngeren Zeitraums von 1975 bis 1990 für die DDR bzw. bis 1993 für die Bundesrepublik, insofern es sich um westdeutsche Autorinnen und Autoren handelt.

Wir haben beide an der Freien Universität Berlin studiert, das heißt, daß unsere Informationen über Hochschuldidaktik in der DDR „aus zweiter Hand" stammen.

Lehrbücher sind ein fester Bestandteil des Medizinstudiums. Allerdings werden sie, was die geschlechtsspezifische Darstellung von medizinischem Personal, von Kranken und allgemein physiologischen Zusammenhängen betrifft, von den meisten unkritisch gelesen. Unsere Vermutung ist, daß dabei unbewußt Inhalte vermittelt werden, die Auswirkung auf das Selbstbild der zukünftigen Ärzte und Ärztinnen sowie auf Beurteilung von Beschwerdebildern haben könnten. Eine These, die wir zu Beginn der Untersuchung aufstellten, ist, daß der Mensch in der Medizin noch immer als Mann gedacht wird.

Es gibt bereits interessante Studien zum geschlechtsspezifischen Krankheitsverhalten, zur Deutung von Symptomen und zum Auftreten und Handeln von Ärzten und Ärztinnen in bezug auf das Geschlecht von Kranken (vgl. Stephens 1970, Ehrenreich/English 1976, Fischer-Homberger 1984, Böhm 1987, Müller 1990).

Wenn Männer und Frauen geschlechtsspezifisch verschiedenen Erfahrungsbereichen und Eigenschaften zugeordnet werden, indem sie in bestimmten Zusammenhängen gehäuft oder gar nicht auftauchen, besteht die Gefahr, daß dies unbewußt „mitgelernt" wird. In einer Arbeit von 1975 wird dies anhand der Werbung für Medikamente in medizinischen Fachzeitschriften nachgewiesen: Für psychotrope Medikamente wird vorwiegend mit Frauen geworben. Dementsprechend werden Frauen sehr viel häufiger mit Tranquilizern, Neuroleptika und Schmerzmitteln behandelt als Männer.

Die Aufdeckung solcher möglichen Beeinflussungsmechanismen ist aber ein Ziel unserer Arbeit. Ebenso wichtig erscheint uns die Sensibilisierung der Lehrenden und derer, die in den Verlagshäusern an der Herstellung von Medizinlehrbüchern beteiligt sind.

Allen, die täglich mit diesem Lehrmaterial umgehen, soll ein kritischer Umgang –

nicht nur bezüglich fachlicher und methodisch-didaktischer Brauchbarkeit – ermöglicht werden.

In der DDR war die Auswahl an Lehrmaterial gering. Üblicherweise benutzten Studierende die im Verlag „Volk und Gesundheit" erschienenen Lehrbücher der sogenannten „grauen Reihe", in der zu jedem medizinischen Bereich ein Standardwerk existierte. Vergleichbar mit Schulbüchern wurden sie für einen festgelegten Personenkreis und in einer von staatlicher Seite bestimmten Auswahl an Unterrichtsfächern festgelegt. Somit waren sie nach ihrem Erscheinen konkurrenzlos, vermittelten die „Richtigkeit" im Sinne vorherrschender wissenschaftlicher Auffassung. Medizinstudierende hatten fast keine Alternative: Zur erfolgreichen Absolvierung der Kurse mußten sie sich an der vorhandenen Materialinie orientieren. Dies unterscheidet die Lehrbücher erheblich von der Vielfalt der zur gleichen Zeit in der Bundesrepublik benutzten Materialien. Die Lehrbücher orientierten sich dort zumeist am jeweils neuesten Gegenstandkatalog des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen in Mainz.

Die vorläufigen Ergebnisse der Auswertung von 39 ost- und 32 westdeutschen Lehrbüchern können hier nur ansatzweise dargestellt werden. Wir untersuchten nach verschiedenen quantitativen und qualitativen Kriterien.

Im folgenden einige Beispiele zur Textanalyse, deren Thematik sich sowohl in West- als auch in Ost-Lehrbüchern findet und die Aussagen über das Bild der Frau machen.

Der Mann ist die Norm

Beispielsweise wird im Physiologielehrbuch der normale Hämoglobingehalt des Blutes beim Menschen mit 16g/100 ml angegeben, dem Normalwert für Männer.

Im Kapitel Atmungsphysiologie erfährt man Normalwerte des Menschen, und findet am Ende der Kapitels den Hinweis, daß für Frauen „etwas geringere Werte gelten".

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Betrachtung von Vergleichen: „Die Sauerstoffaufnahme der Frau liegt bei 2/3 derjenigen des Mannes, sie besitzt einen um 10% geringeren Hämoglobingehalt des Blutes, ein kleiners Herzschlagvolumen, eine geringere Maximalkraft der Muskeln".

Hier ist also ein Geschlechtsunterschied vorhanden und wird als bedeutsam erachtet. Als Norm gilt dabei der Mann, denn das Merkmal ist bei der Frau kleiner, höher, seltener oder stärker ausgeprägt, d. h. als „das Andere, Abweichende" gekennzeichnet.

Abbildungen

Gewertet werden Darstellungen von Menschen, deren Geschlecht entweder deutlich erkennbar oder im Bilduntertitel festgelegt war, außerdem „neutrale" Zeichnungen, bei denen eine geschlechtliche Darstellung möglich gewesen wäre, aber nicht gewählt wurde. Die Abbildungen wurden folgenden Kategorien zugeordnet:

a) Anzahl der Abbildungen, in denen ein ungeschlechtliches, neutrales Wesen dargestellt wird bzw. das Geschlecht nicht klar erkennbar ist.

b) Anzahl der Abbildungen, in denen anhand eines Mannes/Jungen ein Sachverhalt vermittelt wird, für dessen Aussage das Geschlecht unerheblich ist (Mann als Mensch).

c) Anzahl der Abbildungen, in denen anhand einer Frau/eines Mädchens ein Sachverhalt vermittelt wird, für dessen Aussage das Geschlecht unerheblich ist (Frau als Mensch).

d) Abbildungen eines Mannes/Jungen deren Inhalt geschlechtsspezifische Besonderheiten vermittelt (andrologisch)

e) Abbildungen einer Frau/eines Mädchens, deren Inhalt geschlechtsspezifische Besonderheiten vermittelt (gynäkologisch).

Im folgenden wollen wir zwei der quantitativen Ergebnisse dokumentieren: In Ost- und Westlehrbüchern überwiegen die Abbildungen von Männern (Kategorie b und d) gegenüber den Abbildungen von Frauen (Kategorie c und e). In Ostlehrbüchern finden sich verhältnismäßig mehr geschlechtsneutrale Abbildungen.

In Ost- und Westlehrbüchern finden sich mehr Abbildungen von Frauen, die einen gynäkologischen Sachverhalt vermitteln, als Abbildungen, in denen das Geschlecht keine Rolle spielt. Demgegenüber vermittelt nur jede vierte männliche Abbildung einen andrologischen Sachverhalt. Wir wollen damit

aufzeigen, daß Frauen vor allem im Zusammenhang mit ihren Geschlechtsorganen abgebildet werden.

Weiblichkeit und Ästhetik

Ein weiteres Textzitat: „Die weibliche Brust ist kennzeichnend für das Erscheinungsbild einer Frau. Ihre körperliche Schönheit und sexuelle Attraktivität wird wesentlich durch Form und Größe der Brüste bestimmt. Es gibt viele physiologische Varianten, wobei das Schönheitsideal wechselt und von Modeströmungen beeinflußt wird. (...) Die abnorme Kleinheit der Brüste ist meist konstitutionell bedingt. Sie führt oft zu Minderwertigkeitsgefühlen, ist aber therapeutisch wenig zu beeinflussen. Infolge Bindegewebsschwäche bilden sich, vor allem im Klimakterium, Hängebrüste aus, die mit diffusen Schmerzen einhergehen können, vor allem, wenn gleichzeitig das Fettgewebe zunimmt (fettreiche Hängebrust). Aber auch rasche Abmagerung/atrophische Hängebrust • kann zur Mastoptose (sehr kleinen Brüsten, die Red.) führen. In den meisten Fällen genügt ein Maßbüstenhalter."

Daß zu einer schönen, sexuell anziehenden Frau eine bestimmte Brustform gehört, wird dem Kapitel unkritisch und in Form einer Tatsache vorangestellt. Zum Trost der Frauen gibt es „viele physiologische Varianten", die aber trotzdem mit Krankheitsbegriffen belegt werden.

Sexualität

Im folgenden Zitate, die sich auf die gynäkologische Untersuchung beziehen. Zum Untersuchungsablauf wird unter zwei Darstellungen des Unterleibes im Längsschnitt folgendes beschrieben: „Falsche Lagerung mit starker Lendenlordose". Bauchdecke gespannt, inneres Genitale vom Introitus vaginae entfernt. „Abwehrhaltung". Richtige Lagerung mit aufgehobener Lendenlordose. (...) „Bereitschaftshaltung".
„Es ist die Aufgabe der Schwester, die Patientin mit flach auf der Unterlage aufliegendem Gesäß zu lagern."

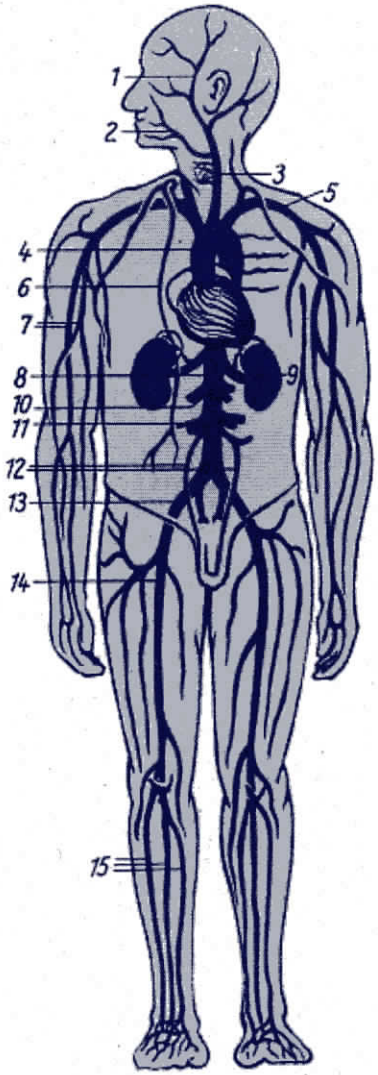
Im ersten Zitat wird hier eine Assoziation zum Geschlechtsverkehr hergestellt. Interessant ist, daß für die Bereitschaft der Patientin eine andere Frau zu sorgen hat.

„Nach Entkleiden erfolgt die Inspektion der Patientin, bei der der Allgemein- und der Kräftezustand, die Konstitution und der allgemeine Sexualcharakter der Frau festgehalten werden."

Es wird nicht näher erläutert, was unter dem „allgemeinen Sexualcharakter" verstanden wird und wozu diese Information wichtig ist.

Sprache

Es würde zuviel Raum einnehmen, wenn wir auf das „Deutsche als Männersprache" näher eingehen würden. Soviel sei nur gesagt, daß nahezu ausschließlich von „der Patient, der Arzt" die Rede ist, und damit immer beide Geschlechter gemeint sind.



Monika Fränznick

Feministisches Frauen Gesundheitszentrum Berlin

UNGEWOLLT KINDERLOS

Ungewollte Kinderlosigkeit: psychosoziale Problematik oder medizinische Frage?

„Dieses Gefühl, daß ich ein Stück weit nicht vollwertig bin, das spielt eine ziemlich große Rolle. Ich kann nicht richtig Kinder bekommen. Ich erlebe das als Unfähigkeit, als Makel meiner Person."

„Man ist einfach abgekapselt. Abgekapselt von den Bekannten, die ihre Familie haben, ihr Kind und wenig Zeit. Sie unternehmen dann mit der Familie was, und man kommt sich vor wie ein Außenstehender, überflüssig irgendwie."

Die beiden Aussagen verdeutlichen die Bandbreite der Konflikte und Schwierigkeiten ungewollt kinderloser Frauen. „Wird eine Frau nicht wie gewünscht schwanger, sieht sie sich mit weitreichenden persönlichen Problemen konfrontiert. Plötzlich und unvorbereitet wird das angestrebte Leben mit Kind(ern) in Frage gestellt. Ein erfülltes Leben scheint sich nicht zu verwirklichen. Verunsicherungen und Ängste vor der eigenen Zukunft stellen sich ein. Denn ein Kind gilt nach wie vor als wesentlicher Bestandteil eines weiblichen Lebenslaufes. Bleibt eine geplante Schwangerschaft aus, sehen sie sich auf eine ganz neue Weise der gesellschaftlichen Normalität von Familie und Mutterschaft gegenüber. Die eigene Lebenssituation weicht plötzlich vom üblichen ab und scheint unvereinbar mit der von Freundinnen und Bekannten, die Kinder haben oder bekommen. Viele ungewollt kinderlose Frauen erfahren sich daher sozial isoliert und ausgegrenzt."

Diese Seite der ungewollten Kinderlosigkeit ist es jedoch nicht, der sich die Aufmerksamkeit heute vorwiegend zuwendet. Im Rampenlicht steht vielmehr die Reproduktionsmedizin und ihre Behandlungsmöglichkeiten. „Ungewollt kinderlos zu sein, wurde im Zuge der medizinisch-technischen Entwicklung vom Schicksal zur Krankheit umdefiniert. Mit den reproduktionsmedizinischen Methoden gilt diese als behandelbar und damit prinzipiell überwindbar. Übersehen wird dabei schnell, daß keine Krankheit im herkömmlichen Sinn vorliegt. Die ungewollte Kinderlosigkeit löst weder Schmerzen aus noch ist sie mit unmittelbaren Einschränkungen des körperlichen Wohlbefindens verbunden. Es handelt sich vielmehr um einen psychischen Leidensdruck und eine soziale Konfliktsituation, ausgelöst durch die Unmöglichkeit, den Kinderwunsch zu erfüllen. Dieser Problemsachverhalt tritt jedoch mit der Wahrnehmung der ungewollten Kinderlosigkeit als Krankheit in den Hintergrund. Zwar wird betont, daß Frauen oder Paare unter dem unerfüllten Kinderwunsch leiden, doch geschieht dies im allgemeinen nur, um die Notwendigkeit medizinischer Behandlungen zu unterstreichen. An die Stelle einer Beschäftigung mit der Situation ungewollt Kinderloser, ihren Konflikten, Erfahrungen und Gefühlen, ist der technische Versuch einer Krankheitsbewätigung getreten."

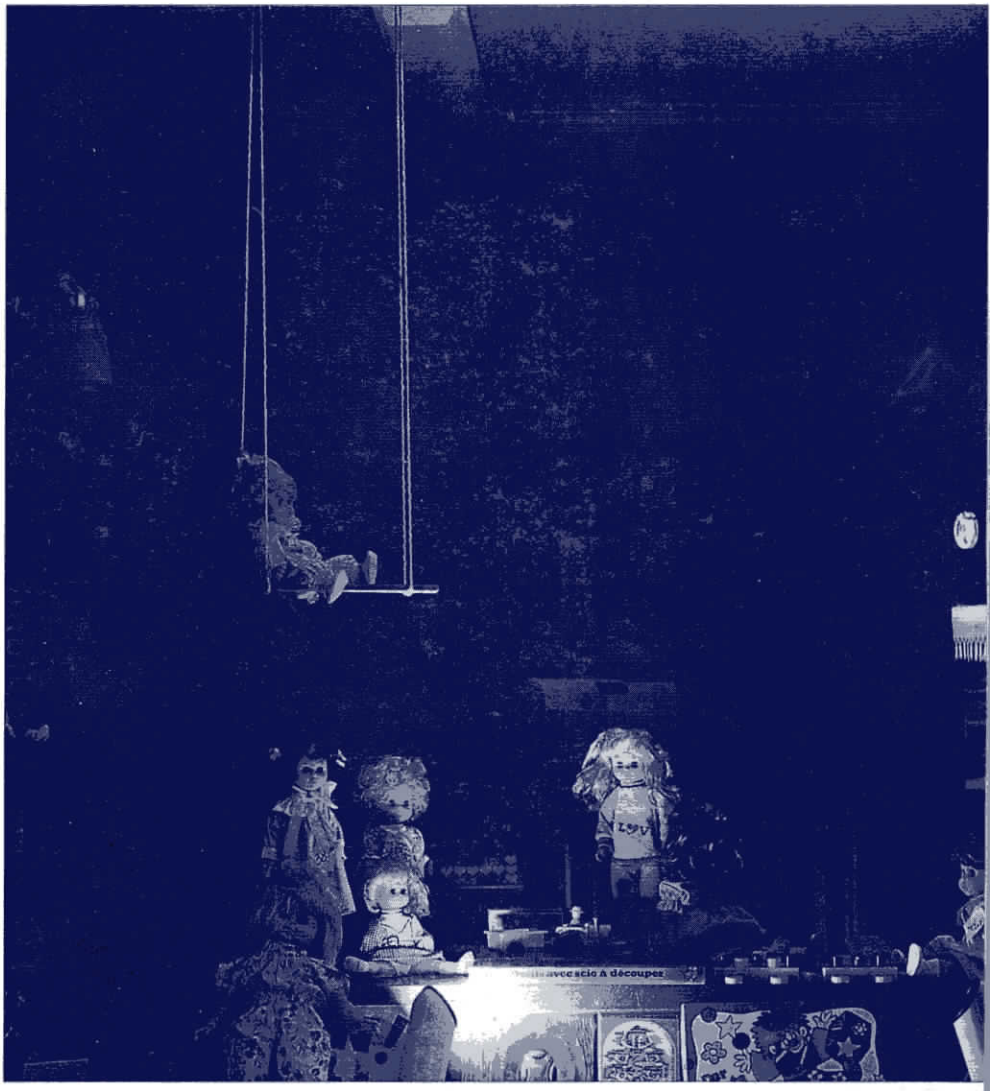
Vor diesem Hintergrund sehen sich viele Frauen unter Handlungsdruck. Es scheint normal, reproduktionsmedizinische Behandlungen zu durchlaufen. Auch wenn die meisten Behandlungen zu keinem Kind führen und auch wenn sie eine große Strapaze bedeuten, ist es für viele Frauen und ihr Umfeld mittlerweile undenkbar, sie nicht in Anspruch zu nehmen. Dies zeigt der Kommentar zweier Frauen:
„Ich möchte mir später nicht sagen, ich habe nicht alles gemacht. Denn wenn der Zug dann abgefahren ist – wenn ich vierzig bin – muß ich mir sagen, na siehste, du hast ja nicht alles ausprobiert."

„Man muß immer weiter. Das ist wie eine Sucht, immer weiterzumachen, so beschreibe ich das jetzt einfach mal. Vielleicht auch weil man sich sagt, jetzt habe ich es schon so lange gemacht und jetzt kann ich auch noch weitermachen. Und so mit der Zeit vergißt man, was man im Grunde genommen schon alles probiert hat, in wieviel Krankenhäusern man schon war, wieviele Frauenärzte man schon gehabt hat. Daran denkt man gar nicht mehr."

Der Drang, immer noch eine Methode zu versuchen, noch eine Behandlung anzuschließen, resultiert nicht selten in einem Teufelskreis, dem nur schwer ein Ende gesetzt werden kann. Dem Sog der Medizin kann nur durch einen veränderten gesellschaftlichen Umgang mit der Problematik begegnet werden. Um sich ihr zu nähern, ist eine Auseinander-

setzung nötig, die die psychischen und sozialen Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit betrachtet. Hierzu gehört ebenso das Gefühl des Ausgegrenztseins wie die Selbstzweifel und der soziale Druck, dem viele ungewollt kinderlose Frauen ausgesetzt sind. Es muß gesehen werden, was es heißt, ungewollt kinderlos zu sein. Betroffene Frauen und Paare brauchen einen Austausch über die Bedeutung der ungewollten Kinderlosigkeit und über die mit ihr verbundenen Schwierigkeiten. Mit dem Verweis auf die reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten, die in der Öffentlichkeit und gerade auch in der Presse große Beachtung finden und die als Lösung der ungewollten Kinderlosigkeit gehandelt werden, ist den Frauen und Paaren nicht geholfen.

Die Zitate entstammen dem im Mai 1996 erscheinenden Buch von Karin Wieners und Monika Fränznick: „Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychosoziale Folgen, Bewältigungsversuche und die Dominanz der Medizin", Juventa Verlag. Monika Fränznick bietet Veranstaltungen zum Thema „Ungewollte Kinderlosigkeit" im Feministischen FrauenGesundheitsZentrum Berlin an.



Dr. Theresia Degener

wiss. Assistentin an der Universität Frankfurt am Main

BENACHTEILIGUNG BEHINDERTER FRAUEN

Diskriminierung behinderter Frauen im Pflegerecht

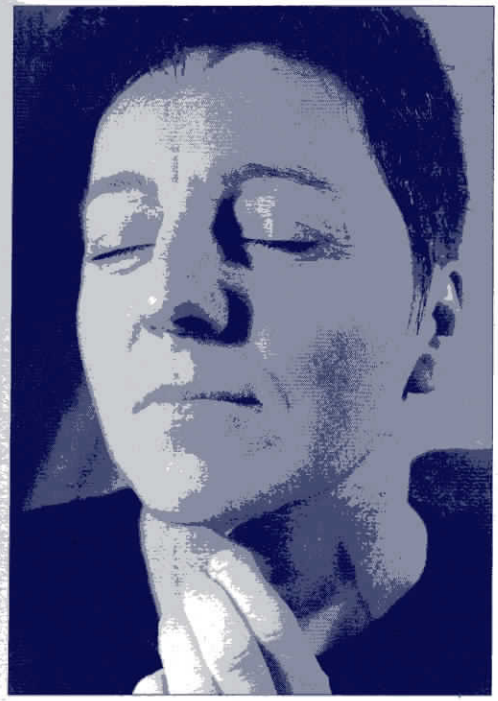
Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in der Bundesrepublik wird auf etwa 2 Millionen geschätzt. Die Mehrzahl derer, die hierfür Sozialleistungen in Anspruch nehmen, sind Frauen, denn der Pflegebedarf behinderter Männer wird in erster Linie von aufopferungsvollen Frauen abgedeckt, die als Ehefrauen, Töchter, Mütter oder nette Nachbarinnen unentgeltlich arbeiten. Frauen, die aufgrund von Alter oder Behinderung pflegebedürftig sind, müssen dagegen auf den formellen Sektor der staatlichen Leistungen zurückgreifen. Sie landen im Pflegeheim oder sind auf den ambulanten Pflegedienstleistungssektor angewiesen.

Behinderte Frauen im „Pflegeverhältnis"

Wer im Heim lebt, hat in aller Regel keinen Einfluß darauf, wer die Pflege ausführt. Die Pflegedienste werden von der Heimverwaltung über die Köpfe der Betroffenen hinweg organisiert. Oft werden Zivildienstleistende für die sogenannten Pflegetätigkeiten, wie Waschen und Ankleiden, eingesetzt. Obwohl hierbei in die Intimsphäre der Betroffenen eingegriffen wird, gewährt weder das Heimgesetz noch in der Regel der Heimvertrag den Pflegeabhängigen ein Recht auf Pflege durch eine gleichgeschlechtliche Person. Dabei findet sexuelle Gewalt gegen behinderte Frauen nicht selten im Rahmen eines Pflegeverhältnisses statt. Wenn gleich hierzu noch statistisches Material fehlt, belegen immer mehr Veröffentlichungen, daß behinderte Frauen in Heimen besonders häufig Opfer sexueller Gewalt werden. Ihre spezifische Abhängigkeitssituation macht sie zu „sicheren" Opfern für Vergewaltiger.
Nicht nur aus diesem Grund versuchen immer mehr behinderte Frauen (und Männer) ihren Pflegebedarf außerhalb von Heimen und Sondereinrichtungen zu organisieren. Mithilfe von ambulanten Pflegediensten oder als eigene Arbeitgeberin von Pflegeassistenten versuchen immer mehr behinderte Frauen, ihren Bedarf an persönlicher Assistenz mit Frauen zu organisieren. Dabei entstehen oft höhere Kosten, weil es der Festanstellung der Pflegekräfte bedarf und damit Sozialversicherungsbeiträge und sonstige Lohnnebenkosten zu entrichten sind. Die Sozialleistungsträger sehen natürlich aus Kostengründen lieber Zivildienstleistende und JobberInnen im Einsatz, mit denen sich das Recht auf gleichgeschlechtliche Assistenzleistungen für behinderte Frauen nicht realisieren läßt.

Landkreis Marburg als Beispiel

Mit der Einführung der rigorosen Sparmaßnahmen in Gesundheits- und Sozialpolitik haben sich die Verhältnisse verschärft. Auf die Intimsphäre und das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung behinderter Frauen soll dabei ausdrücklich keine Rücksicht genommen werden. Der Landkreis Marburg teilte dies einer pflegeabhängigen Studentin bereits in einem Widerspruchsbescheid vom 2. 10. 1989 unverblümt mit: „Soweit sie bei der Pflege durch Zivildienstleistende die Gefahr sexueller Belästigung und Vergewaltigung befürchtet, läßt sich dieses nicht schlechthin leugnen. Es handelt sich dabei jedoch um eine ganz abstrakte Gefahr, deren Eintritt wenig wahrscheinlich ist. Das Tragen dieser Gefahr gehört schließlich zum allgemeinen Lebensrisiko eines jeden, wenngleich nicht verkannt werden soll, daß insoweit aufgrund besonderer Umstände für die Widerspruchsführerin eine spezifisch andere Situation besteht. Es obliegt aber der Widerspruchsführerin, sich dessen bewußt zu sein, wenn sie eigenverantwortliche Entscheidung darüber trifft, ob sie der allgemein größeren Sicherheit im Rahmen einer stationären Pflege in einem Wohnheim für behinderte Studenten ein eigenständiges Leben in einer Wohnung vorzieht(...). Sie kann jedenfalls nicht zu Lasten öffentlicher Mittel verlangen, ihr auch außerhalb eines solchen Wohnheims möglichst optimale Lebensbedingungen zu gewährleisten."
In der darauffolgenden gerichtlichen Auseinandersetzung ging es um die Frage, ob das Wunschrecht im Sozialleistungsverhältnis pflegeabhängiger Frauen ein Recht auf gleichgeschlechtliche Pflege gewährt. Die einschlägigen Vorschriften gewähren nur einen Anspruch auf fehlerfreie Ermessensübung bei „angemessenen" Wünschen, die nicht mit „unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden" sind (§ 3 Abs. 2 BSHG). Während in der ersten Instanz das Verwaltungsgericht Kassel den Wunsch der behinderten Frau noch als „angemes-



sen" beurteilte und ihrem Begehren auf ausschließliche Pflege durch Frauen in vollem Umfang entsprach, änderte der VGH Kassel diesen Beschluß dahingehend ab, daß ein Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege zwar grundsätzlich berücksichtigt werden müsse, wegen der „unverhältnismäßigen Mehrkosten" im ambulanten Sektor jedoch auf eine Realisierung dieses Wunsches im Heim verwiesen werden könne. Daß von dieser Einschränkung des Wunschrechts im Pflegerechtsverhältnis behinderte Frauen ungleich härter als behinderte Männer betroffen sind, wollten die Richter in Kassel offenbar so wenig erkennen, wie die Grundrechtsfrage, um die es hier ging. Die Menschenwürde und das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Studentin, deren Verwirklichung dem Sozialhilfeträger gesetzlich aufgetragen ist (§ 1 Abs. 2 BSHG), findet weder in der einen noch in der anderen Entscheidung überhaupt Erwähnung.

Die neuere Rechtsprechung zum Pflegerecht

Die Weiterentwicklung der Rechtsprechung in den letzten fünf Jahren weist leider nicht den Weg zu mehr Grundrechtsrealisierung im Pflegerechtsverhältnis. Im Jahre 1992 entschied der fünfte Senat des Bundesverwaltungsgerichtes, daß der sozialhilferechtliche Selbsthilfegrundsatz (§ 2 Abs. 1 BSHG) der Pflegebedürftigen die Pflicht zur Aufgabe der eigenen Wohnung und zum Umzug in eine Behinderteneinrichtung aufgebe, wenn sich letztere als kostengünstigere (und angemessene) Alternative erweise. Diese Pflicht bestehe trotz des im Sozialrecht normierten Vorrangs der ambulanten Hilfe (§ 3 a BSHG). Damit wurde eine wichtige gesetzliche Hürde für Heimeinweisung durch Sozialhilfeträger beseitigt, auf die sich in den vergangenen Jahren viele Pflegeabhängige verlassen haben. Es ist kaum zu erwarten, daß behinderte Frauen, die ihre Pflege auch gegen den Willen der Sozialleistungsträger ausschließlich mit Assistentinnen organisieren wollen, prozessuale Erfolgsaussichten haben werden. Eine insbesondere für lesbische behinderte Frauen unwürdige Situation!

Was bringt die neue Pflegeversicherung behinderten Frauen?

Mit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Situation pflegeabhängiger Frauen nicht verbessert. Zwar wurde der Gedanke des Rechts auf Selbstbestimmung positivrechtlich normiert (§ 2, Abs. 1 Pflege-VG), doch ein Recht auf Frauenpflege läßt sich der unbestimmt gehaltenen Generalklausel nicht entnehmen. Zudem ist der Leistungsrahmen so begrenzt gehalten, daß zukünftig die Eigenanstellung von Pflegekräften nur in ungesicherten Jobverhältnissen möglich sein wird. Menschen mit höherem Pflegebedarf werden gezwungen, statt der Geldleistung die Sachleistungen der von den Pflegekassen anerkannten ambulanten Dienste in Anspruch zu nehmen. Bei diesen verhält es sich aber oft wie mit den Heimen. Über Art und Weise der Leistungserbringung entscheidet die Einrichtung nach festem Pflegedienstplan. Nur eine Minderheit erlaubt es den KundInnen, über Assistentenperson und Zeitplan selbst zu bestimmen.

Behinderte Frauen als Zielgruppe sexualisierter Gewalt

Im deutschen Sprachraum gibt es noch keine offizielle Statistik, die behinderte Frauen als Opfer sexualisierter Gewalt

berücksichtigen. Von ersten empirischen Erhebungen, insbesondere von amerikanischen, kanadischen und britischen Untersuchungen, wissen wir aber, daß behinderte Frauen besonders häufig Opfer sexualisierter Gewalt werden. Bei gehörlosen und geistig behinderten Frauen wird eine besonders hohe Betroffenenrate angenommen.
Dennoch werden sexualisierte Gewalttaten gegen behinderte Frauen nur selten angeklagt. Ein Grund dafür muß in der faktischen Unzulänglichkeit von Polizeistationen und Notruf- und Beratungsstellen für behinderte Frauen gesehen werden. Wie bereits erwähnt, werden viele behinderte Frauen innerhalb von Einrichtungen vergewaltigt oder ausgebeutet. In Räumen also, in denen die alltägliche Kontrolle total ist. Ist dies nicht der Fall, dann sorgen architektonische und kommunikative Barrieren dafür, daß die betroffene Frau sich weder Rat noch Hilfe organisieren kann. Erst wenige Beratungsstellen der Frauenbewegung haben sich auch behinderten Frauen geöffnet, indem sie z. B. Informationsblätter auch in Braille herausgeben oder ihre Räumlichkeiten rollstuhlzugänglich gestalten. In Polizeidienststellen wurde über dieses Problem noch nicht einmal nachgedacht.

Behindertenklischees und forensische Atmosphäre

Die von Klischee- und Moralvorstellungen geprägte Atmosphäre trifft behinderte Frauen in (mindestens) doppelter Hinsicht als Frau und als Behinderte. Zu den bekannten frauenfeindlichen (Vor)-Urteilen gesellen sich insbesondere folgende Behindertenklischees:

- Behinderte Frauen haben keine Sexualität. Sexuelle Selbstbestimmung ist deshalb gar nicht möglich.
- Behinderte Frauen (besonders geistig behinderte) haben eine animalische Sexualität. Ihr Sexualverhalten ist unkontrollierbar; sie werfen sich jedem Mann an die Brust.
- Vergewaltigung kommt bei behinderten Frauen nicht vor, weil sie niemals „Nein" sagen würden. Für sie interessiert sich sowieso keiner.
- Sexualisierte Gewalt gegen behinderte Frauen ist nicht so schlimm, weil die wenigsten verstehen, was mit ihnen geschieht.

Diese Vorurteile bewirken, daß eine Anzeige von der Staatsanwaltschaft und ihren HilfsbeamtInnen nicht ernst genommen wird und das Verfahren mit Einstellung endet. Kommt es doch zur Hauptverhandlung, wird besonders akribisch die Glaubwürdigkeit und der Geisteszustand der betroffenen Frau untersucht. Ich habe erlebt, daß eine körperbehinderte 20jährige Frau, die vergewaltigt worden war, dem Vorsitzenden den Begriff des Geschlechtsverkehrs erklären mußte. In einem anderen Fall erntete der Täter vom Vorsitzenden ein verständnisvolles Nicken als er sagte: „ Herr Richter, diese Frau wäre die Letzte, mit der ich ins Bett gehen würde." Es handelte sich um eine spastisch gelähmte Frau.

Behinderte Frauen und die Tatbestandsmerkmale „Gewalt" und „Widerstandunfähigkeit"

Die frauenfeindliche Rechtsprechung zum Tatbestandsmerkmal der Gewalt im Zusammenhang mit sexualisierten Straftaten möchte ich nicht weiter ausführen. Frau darf gespannt sein, ob die beabsichtigte Reformierungen der §§ 177, 178 StGB hier Änderungen bewirken. Für behinderte Frauen könnte die vom Justizministerium beabsichtigte Erweiterung des Tatbestandes der sexualisierten Gewalt um das Merkmal der „Ausnutzung einer hilflosen Lage" bedeutsam sein.
Bisher jedenfalls fielen behinderte Frauen aus dem Schutzbereich der §§ 177, 178 StGB faktisch heraus, weil ihre Behinderung in der Gerichtspraxis den Tätern zugute gehalten wird. Wegen mangelnder körperlicher Gegenwehr wird der Tatbestand der Gewalt häufig verneint.
Auch der Tatbestand des sexuellen Mißbrauchs Widerstandsunfähiger (§ 179 StGB) bietet oft keinen ausreichenden Schutz, weil die Rechtsprechung das Merkmal der Widerstandsunfähigkeit bei behinderten Frauen häufig sehr eng auslegen. So wird körperliche Widerstandsunfähigkeit erst bei einem sehr hohen Grad der Körperbehinderung angenommen. Entsprechend hoch wird die Schwelle zur geistigen bzw. psychischen Widerstandsunfähigkeit angenommen. Diese wird in der Terminologie der Rechtsprechung erst angenommen, wenn die Frau nicht mehr zur Bildung eines Widerstandswillens in der Lage ist. Wer „Nein" sagen kann, hat den geistigen Widerstandsfähigkeitstest bereits bestanden. Damit fällt die Mehrzahl behinderter Frauen aus dem gesetzlichen Schutz Widerstandsunfähiger heraus.

Ein Beispiel aus dem Landgericht Marburg, Erste Strafkammer

Ein Urteil der ersten Strafkammer des Landgerichts Marburgs aus dem Jahre 1986 verdeutlicht das Dilemma. Eine etwa 20jährige geistig behinderte Praktikantin in einem Tierheim war von dessen Leiter mehrfach vergewaltigt und sexuell ausgebeutet worden. Obwohl der Täter jeglichen sexuellen Kontakt bestritt, glaubte die Kammer der Frau, befand jedoch, daß das Verhalten des Täters die Grenzen zur Strafbarkeit nicht überschritt. Die §§ 177, 178 StGB seien mangels Gewaltanwendung bzw. Lebens- bzw. leibesgefährlicher Drohung nicht erfüllt. Der Täter hatte die Frau gegen ihren Willen ausgezogen. Daß der Vorgang sich in einer für die Frau beängstigenden Umgebung (im Katzenzwinger) abspielte, blieb außer Betracht. Die Drohung: „Es passiert was, wenn Du es jemanden sagst" reichte der Kammer noch nicht einmal für den Tatbestand der einfachen Nötigung (§ 240 StGB). Die Frau konnte die Frage, was denn hätte passieren können, in der Hauptverhandlung nicht beantworten. Damit verfehlte nach Auffassung der Kammer die ausgesprochene Drohung mangels Vorstellungskraft des Opfers ihre beabsichtigte Wirkung. Da die Frau vor, während und nach den Taten „Nein" gesagt hatte, wurde sie auch nicht als widerstandsunfähig im Sinne des § 179 StGB angesehen. Das Urteil der Kammer wurde später vom BGH bestätigt.
Der Fall ist ein typischer. Die wenigsten behinderten Frauen passen in das Schwarz-Weiß-Raster der Rechtsprechung zur Widerstandsunfähigkeit, und die wenigsten behinderten Frauen erfüllen die Anforderungen der körperlichen Gegenwehr für das Gewaltmerkmal des §§ 177, 178 StGB. Das Behindertenbild der Richter ist in der Regel realitätsfremd und gutachterliche Sachkunde fern. Bislang gibt es leider noch viel zu wenig Gutachterinnen, die sich mit dem Thema der sexualisierten Gewalt gegen behinderte Frauen auskennen. Entsprechend unzureichend fallen daher oft die Glaubwürdigkeitsgutachten aus.

Meinungen der Literatur zum Tatbestand des § 179 StGB

In der Literatur wird der restriktiven Auslegung des Begriffs der Widerstandsunfähigkeit im wesentlichen gefolgt und diese Auslegung an einzelnen Behinderungen deutlich gemacht. Sprachunfähigkeit sowie Unterleibslähmung sollen allein noch nicht tatbestandsmäßig sein. Interessant ist in diesem Zusammenhang noch, daß für die Tatbestandsmäßigkeit zwar einerseits ein objektiver „Defekt auf der Opferseite" gefordert wird, für die Definition der Mißbrauchshandlung jedoch in die Täterperspektive gewechselt wird. Mit der grotesken Behauptung „Nicht jedes Handeln gegen den Willen des Berechtigten ist dessen Mißbrauch" wird hierbei die Perspektive des Täters gegenüber dem Opfer eingenommen. Diese bestehe darin, daß der Täter das Opfer lediglich als Werkzeug zur sexuellen Befriedigung benutze. Die äußerliche Manifestation dieser inneren Haltung könne darin zum Ausdruck kommen, daß der Sexualkontakt unter Umständen stattfindet, auf die sich eine nicht behinderte Person nicht eingelassen hätte. Allerdings dürfe für die Beurteilung dieser Frage nicht der Horizont oder Geschmack des Richters maßgeblich sein. Entscheidend sei allein, ob der Sexualkontakt „von dem gewohnten (also u. U. durchaus „perversen") Sexualverhalten des Täters in besonderer Weise abweicht". Diese Auslegung baut natürlich goldene Brücken für Täter und legitimiert die genannten Klischeevorstellungen über Behinderte. Wer eine behinderte Frau sexuell ausbeutet und sich dabei vorstellt, ihr etwas Gutes zu tun, weil sie niemand wolle, erfüllt nicht das Merkmal des Mißbrauchs im Sinne des § 179 StGB.

Sexueller Mißbrauch von Anstaltsinsassinnen (§ 174 a StGB)

Es gibt noch einen weiteren Straftatbestand, der im Zusammenhang sexualisierter Gewalt gegen behinderte Frauen eine Rolle spielen kann. Nach § 174 a Abs 2 StGB ist der sexuelle Mißbrauch von Anstaltsinsassen unter Ausnutzung ihrer Krankheit oder Hilfsbedürftigkeit strafbar. Weder das Merkmal der Gewalt noch das der Widerstandsunfähigkeit sind Bestandteile des Tatbestandes. Dennoch gewährt auch dieser Straftatbestand vielen behinderten Frauen, die in Einrichtungen leben, keinen Schutz. Im Jahre 1979 entschied der Bundesgerichtshof, daß InsassInnen einer Werkstatt für Behinderte, die sich tagsüber in der Einrichtung aufhalten, nicht von dem Schutz des § 174 a StGB erfaßt werden. Eine Unterbringung in einer teilstationären Anstalt, wie es im Zuge der Modernisierung im Bereich der Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter üblich wird, reiche nicht aus, um das für § 174 a StGB geforderte intensive Ab-

hängigkeitsverhältnis herzustellen. Auch diese Gesetzesinterpretation ist wirklichkeitsfremd und geht an der Lebenssituation vieler geistig behinderter Frauen vorbei. Gerade in Werkstätten für Behinderte, so meine langjährige Erfahrung als Veranstaltungs- und Fortbildungsreferentin und außerhalb von Behinderteneinrichtungen, steht sexuliasierte Gewalt gegen behinderte Frauen auf dem Wochenplan. Das spezifische Aussonderungs- und Isolationsverhältnis, in dem sich behinderte Frauen in Werkstätten, wie in anderen Behinderteneinrichtungen, befinden, schützt die Täter.

Ein Beispiel aus der Werkstatt für Behinderte in Herne, NRW

Das zeigt beispielhaft der Fall einer geistig behinderten Frau, die in einer Werkstatt für Behinderte in Herne von einem Mitarbeiter Anfang des Jahres 1994 sexuell belästigt wurde. Zu einer Strafanzeige kam es erst, nachdem sich eine Mitarbeiterin trotz angedrohter Kündigung (sic!) auf die Seite der behinderten Frau stellte und die Polizei einschaltete. Nachdem das Verfahren zunächst eingestellt werden sollte, weil die Eltern ihrer erwachsenen behinderten Tochter keine Aussagegenehmigung erteilten und sich die Staatsanwaltschaft dieser rechtswidrigen Situation beugen wollte, wurde das Verfahren schließlich aus materiell rechtlichen Erwägungen eingestellt. Die §§ 177, 178 StGB wurden aus den üblichen Gründen als nicht erfüllt angesehen. Der Täter hatte die behinderte Frau zwar gegen ihren Willen – und vor den Augen anderer MitarbeiterInnen – an den Geschlechtsteilen befummelt und auch wohl seinen erregten Körper an ihr gerieben, doch hatte sich die Frau „nur" verbal gewehrt. Damit war sie zugleich widerstandsfähig. Eine Strafbarkeit wegen Mißbrauchs einer Anstaltsinsassin wurde unter Bezugnahme auf das genannte BGH-Urteil verneint. Für den Beleidigungstatbestand war die Antragsfrist bereits verstrichen. Damit ging der Täter straffrei aus. Er arbeitet heute noch in derselben Einrichtung. Allerdings soll er in eine andere Abteilung versetzt worden sein. Ein Mitglied des Betriebsrates weigerte sich, betriebsinterne Disziplinierungsmaßnahmen anzuregen. Sein Verhalten begründete er damit, daß doch jeder wisse, daß es in jeder Werkstatt Leiter oder Mitarbeiter gäbe, die mit den behinderten Frauen hin und wieder „verschwänden". Soweit zum Abhängigkeitsverhältnis in teilstationären Einrichtungen.

Das neue Gesetz zum Schutz gegen sexuellen Mißbrauch am Arbeitsplatz

Seit dem 1. September 1994 gilt das neue Gesetz zum Schutz gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Die als Bestandteil des zweiten Gleichberechtigungsgesetzes eingeführte Vorschrift bezweckt die Wahrung der Würde von Frauen und Männern am Arbeitsplatz. Sexuelle Belästigung wird nun auch als Verletzung der Pflichten aus dem Arbeitsvertrag normiert mit entsprechenden Rechten und Pflichten von ArbeitnehmerInnen und Arbeitgeber. Es ist jedoch davon auszugehen, daß viele behinderte Frauen, die in geschützten Werkstätten arbeiten, auch diesen gesetzlichen Schutz nicht genießen werden. Über die Frage des arbeitsrechtlichen Status von ArbeiterInnen in Werkstätten herrscht nämlich seit langem Streit, und jedenfalls für geschäftsunfähige Behinderte wird er verneint. Mit der Vereinheitlichung und Reformierung des Rehabilitationsrechts in das neu zu schaffende SGB IX soll den in Werkstätten-Beschäftigten ein quasi-arbeitsrechtlicher Status eingeräumt werden. Ob dieser zur Anwendung des Gesetzes zum Schutz gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz auf Werkstätten-Beschäftigte führt, dessen Wortlaut jedenfalls auch Personen schützen will, die ArbeitnehmerInnen gleichgestellt sind, bleibt abzuwarten.

Das ungekürzte Referat zum Thema: „Benachteiligung behinderter Frauen", gehalten zum Feministischen Juristinnentag 1995 in Passau, kann in der Dokumentation dieser Tagung bei der rechtsanwältin Eleonore Stern, Untere Sand 15, 94032 Passau angefordert werden.

Literatur zum Weiterlesen:

Degener, T. in: Janshen, D. (Hg.) Sexuelle Gewalt. Die allgegenwärtige Menschenrechtsverletzung. Frankfurt a. M. 1991

Degener, T. „Die sexuelle Gewalt gegen behinderte Frauen. Rechtliche Aspekte" in: Weinwurm-Krause, E.-M., Sexuelle Gewalt und Behinderung, Hamburg 1996

Türkan Bali

Heilpraktikerin

MEHR ALS NUR NATURWISSENSCHAFT

Alternative Heilmethoden

Viele ostdeutsche Frauen haben in den letzten sechs Jahren bewußt begonnen, sich mit den Fragen über das Zusammenspiel von Körper, Seele und Geist auseinanderzusetzen. Die Zeit nach der Wende führte nicht nur zur Verunsicherung im Umgang mit der neuen gesellschaftlichen Realität und zu schmerzhaften Brüchen in Lebensentwürfen, sie wurde vielfach auch als Möglichkeit begriffen, das eigene „Ich" zu entdecken.
Der Weg der Individualisierung ist die Folge einer jahrelangen Kollektivierung. Das „Ich" begreift sich dabei als Mittelpunkt der Seele, die Erfahrungen und Erlebnisse als eigene Wirklichkeit bestimmt und von der sich der Mensch lenken lassen möchte.
Zu DDR-Zeiten waren ganzheitliche, anthroposophisch gerichtete Wahrnehmungen verpönt. Vorherrschend und bestimmend war der Glaube an das Köperliche, das Materielle, an das der naturwissenschaftlichen Forschung zugängliche Sein des Menschen.
Jedoch der oftmals formulierte Wunsch, als eine einmalige Person wahrgenommen zu werden, erwartet eine Diagnose und eine medizinische Behandlung, die den objektiven Befund mit den inneren Seiten des Menschen sinnvoll verbindet. Diese Anteilnahme prägt nicht zuletzt das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.
Wenn wir von dem Prozeß Krankheit-Gesundheit sprechen, kommen wir nicht umhin, die menschlichen Lebensbegrenzung – den Tod – mitzudenken. Nicht zuletzt ist es der Tod, von dem wir uns ein Bild zu machen haben und dieses Bild sollte weder von einem Dogma, noch von einer Ideologie geprägt sein.
Die Möglichkeit, sich Geburt und Tod als andere Seinsformen vorzustellen, ermöglicht eine andere Auffassung von Medizin und läßt auch damit alternative Behandlungsmethoden zu.
Für den folgenden Überblick baten wir die Heilpraktikerin Türkan Bali um eine Zusammenstellung der Heilmittelfindung, die auf Zusammenhängen zwischen Mensch und Natur beruhen.
(A. M.)

Geschichte der Pflanzen

Die Geschichte der Kräuterheilkunde geht bis auf die ältesten Überlieferungen zurück. Meist waren es die Priester, die in Verbidung mit z.T. mystischen Gebräuchen die Heilkräuter anwendeten. In der altpersisch-altindischen Medizin werden etwas 10 000 Heilmittel und bis zu 9000 Krankheiten beschrieben.
Auch bei den Ägyptern war die Heilkunde mit religiösen Gebräuchen verbunden. Die Erfahrungen der Ägypter wurden auch von den Juden verwertet, die sie ebenfalls in religiöse Gesetze verankerten. Einen Übergang des Heilwissens von einem Volk zu anderen finden wir auch in der hellenischen Medizin. In ihr gibt es Anklänge an altbabylonisches, ägyptisches und indisches Gut.
Über die erste Verwendung von Kräutern in der griechischen Heilkunst geben uns am besten die Sagen Auskunft. So soll der thessalische Centaur Cheiron wiederholt Heilpflanzen angewandt haben. Ihm zu Ehren wurde das Tausendgüldenkraut mit Centaurium bezeichnet. Die Wunde des Achilles heilte er mit Achilla millefolium (Schafgarbe).
Die Priesterschulen, die die Erfahrungen der Heilkunde noch mit Geheimnissen umgaben, wurden allmählich, durch sogenannte Philosophieschulen abgelöst, in denen die Namen der wirksamen Heilkräuter ihre Anwendung frei und offen gelehrt wurden. Der größte Lehrer dieser Philosophenschule war Pythagoras (584-504 v.Chr.) Die Heilpflanzen gelangten bei den Griechen zu großer Blüte, die Schriften Hippokrates enthalten allein 234 Heilpflanzen. In dieser Zeit wurden für verschiedene Heilpflanzen auch heute noch gebräuchliche Namen geprägt.

Wie wirkt Kräutermedizin?

Kräutermedizin und Mineralstoffmedizin werden seit Jahrhunderten zur Behandlung von Krankheiten verwendet. In der Tat waren sie bis zur Erfindung chemischer Substanzen vor kaum mehr als 100 Jahren die einzige Arten von Medizin. Sie beruhten auf der bekannten Heilwirkung bestimmter Pflanzen und Mineralien.
Als Beispiel sei hier die Schafgarbe angeführt. Früher wurde diese Pflanze „Augenbraue der Venus" genannt. Venus ist die Göttin der Liebe, Schönheit und Anmut. Die nach dieser Göttin benannte Pflanze ist ein Heilmittel für Frauen.
Wir verwenden sie heute bei Störung der Regelblutung im Unterleib, bei Ausfluß, Verspannungen in Bereich des klei-

nen Beckens, besonders bei schmerzhaften Krämpfen während der Regel. In den Wechseljahren hilft sie zum Ausgleich. Die Schafgarbe wird bei venösen Blutkreislaufstörungen, z.B. Krampfadern und Hämorrhoiden gebraucht. Sie stärktden Fluß des venösen Blutes zum Herzen und somit verhindert sie den Rückstrom des venösen Blutes. Dadurch verbessert sich der Kreislauf und das Herz wird entlastet. Schafgarbe enthält Kalium und regt dadurch Blase und Niere an, ohne sie zu reizen.
Jahrhundertelang galt sie als Mittel um Verletzungen zu heilen. Sie wurde auch Blutstillkraut, Soldatenkraut oder Wundkraut genannt. Heute verwenden wir sie besonders bei inneren Blutungen, z. B. bei einer zu starken oder zu schwachen Monatsblutung; es kann damit Nasenbluten hervorgerufen oder gestillt werden. Schafgarbe enthält ätherisches Öl, sie bringt sanfte Wärme in unseren Körper, dorthin, wo er verkrampft ist, sie löst und stärkt gleichzeitig. Ebenfalls findet sie ihre Anwendung bei Magen-Darmkrankheiten und wirkt beruhigend und ausgleichend auf unser Nervensystem. Zubereiteter Tee sollte nie länger als vier Wochen getrunken werden.

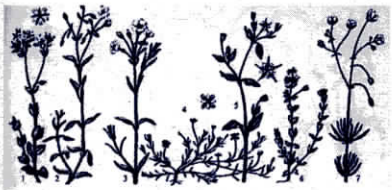
Was ist Akupunktur?
Vor fünftausend Jahren wurde die Traditionelle Chinesische Medizin von Nei Ching aufgeschrieben. Dieses Medizinsystem hat sich seit dieser Zeit nicht verändert und wird sich auch in der Zukunft nicht ändern.
In diesem System wird davon ausgegangen, daß wir in unserem Körper zehn Organe und zwei Funktionen haben. Die zehn Organe sind: Herz, Dünndarm, Blase, Nieren, Gallenblase, Leber, Lunge, Dickdarm, Magen und Milz. Die Chinesen sagen, daß wir zusätzlich zwei Funktionen besitzen: Kreislauf-Sexualität und dreifacher Erwärmer.
Wenn diese zehn Organe und zwei Funktionen in Gleichgewicht und Harmonie miteinander arbeiten, wie die Natur sie vorgesehen hat, ist es unmöglich, an Körper, Geist oder Seele krank zu sein.
Wie beeinflussen wir diese Organe?
Durch jedes Organ in unserem Körper führt ein Meridian oder ein Pfad. Und auf diesem Meridian fließt lebendige Chi-Energie, oder Lebenskraft. Und es ist diese lebendige Chi-Energie, die es dem Organ ermöglicht zu arbeiten.
Auf diesen Meridianen gibt es bestimmte Akupunkturpunkte. Wir greifen in die Akupunkturpunkte ein, und wir können die Chi-Energie beeinflussen, um z. B. das Herz ins Gleichgewicht zu bringen. Auf dem ganzen Körper gibt es etwas 360 Punkte, über die wir die Energie beeinflussen können.

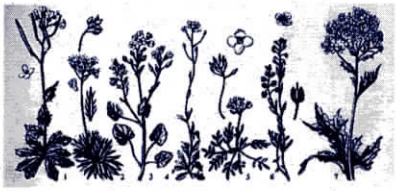
Was ist Homöopathie?
Darunter wird eine besondere Therapie verstanden, die nach bestimmten Prinzipien mit besonderen Arzneien durchgeführt wird. Die Homöopathie wurde von dem Arzt und Apotheker Dr. Samuel Hahnemann entdeckt und entwickelt. Er gab über die Zubereitung einzelner Pflanzen genaue Anweisungen und veröffentlichte detailliert die Wirkungsweise von Pflanzen auf den Menschen. Er führte mit seinen Schülern zahlreiche Arzneimittelprüfungen durch und baute so den homöopathischen Arzneischatz aus.

Das Simile
Die Simile-Regel heißt übersetzt: „Ähnliches möge Ähnliches heilen." Das heißt, erkrankt ein Patient, so wähle man diejenige Arznei, die beim Gesunden eine der Krankheit ähnliche Erscheinung, ähnliche Symptome hervorruft. Als Beispiel sei die Zwiebel genannt. Wenn man eine frische Zwiebel schneidet, bekommt man – je nach individueller Empfindlichkeit – eine starken Tränenfluß, Niesreiz und eine reichliche Sekretion der Nase, die die Nasenöffnung oft rasch wund werden läßt. Es entwickelt sich also ein künstlich erzeugter Schnupfen. Kommt nun ein Patient zum Arzt

mit einem infektiösen Schnupfen, der genauso verläuft, wie der Zwiebelschnupfen, verordnet der homöpathische Arzt eine aus Zwiebel hergestellte Arznei, Allium cepa genannt.
Der Ähnlichkeitsgedanke, das Simile-Prinzip ist weiter verbreitet als wir annehmen und geht eigentlich über die Homöopathie hinaus: Ein Mensch hat z. B. den Verlust eines nahen Menschen erlitten, da werden ihn Heiterkeit und Lachen nur kurzfristig trösten. Ein Mensch, der ein ähnliches Leid erfahren hat, kann im Trost-Mit-Leid zusprechen und schöpft dabei aus seiner eigenen Erfahrung. Dieser Tost wird meist angenommen.

Bachblüten-Therapie
Dr. Edward Bach wurde 1886 geboren. Während seines Medizinstudiums an der Cambridge-Universität interessierte er sich, für seine Zeitgnossen ungewöhnlich, für die seelische Situation der Menschen, die unter einer Krankheit litten. Er wollte herausfinden, inwieweit Krankeiten auf seelische Ursachen zurückzuführen seien.
Schon bald entdeckte Bach merkwürdige Zusammenhänge. So fiel ihm bei seinen Gesprächen mit den Patienten beispielsweise auf, daß ein enger Zusammenhang zwischen Sorgen und Magengeschwüren zu bestehen schien:„Das ist mit auf den Magen geschlagen."; zwischen Angst und Enge und Asthma: „Mit bleibt die Luft weg."; zwischen Durchfall und Existenzangst: „Schiß haben."; zwischen Herzkrankheiten und dem Mangel an Liebe: „Mir bricht das Herz".
Er spezialisierte sich zuerst auf die Bakteriologie und entwickelte aus Darmbakterien Impfstoffe, sie sich bei der Behandlung verschiedenster Krankheiten als außerordentlich wirkungsvoll erwiesen. Doch trotz seiner Erfolge störte es ihn immer mehr, daß die Wissenschaftsmedizin lediglich die Symptome der Krankheiten behandelte und dabei die Seele des erkrankten Menschen außen vor ließ.
Er entwickelte folgende These: „Es gibt sieben Gruppen von Darmbakterien, aus denen er seine sieben „Bachnosoden" entwickelte. Und es gibt sieben negative Gemütslagen, die diesen Hauptgruppen von Bakterien exakt entsprechen: Angst, Unsicherheit, mangelndes Interesse an der Gegenwart, Einsamkeit, Überempfindlichkeit für Einflüsse und Ideen, Mutlosigkeit und Verzweiflung und schließlich übertriebene Fürsorglichkeit für andere. Und sämtliche Patienten reagierten am besten auf die Bachnosoden, die ihrem jeweiligen Gemütszustand entsprachen – ganz gleich, unter welcher Krankheit sie litten."
Sein Ziel war es: „Ich wünschte, es wäre möglich, sieben Kräuter anstelle von sieben Bakteriengruppen anzubieten." Und weil er überzeugt war, daß die Natur so etwas haben mußte, zog er aufs Land und suchte nach den Heilmitteln. Für ihn gab es zwei Arten von Pflanzen: Gewöhnliche Heilpflanzen, die medizinische Wirkstoffe enthielten, und solche mit göttlichen Heilkräften – Bach nannte sie „Pflanzen höherer Ordnung". Die erste Gruppe interessierte ihn nicht, die zweite um so mehr.
Die entwickelte 37 Essenzen aus Blüten wildwachsender Pflanzen. Diese werden nicht gegen die eigentlichen Beschwerden eingenommen, sondern gegen die negative Gemütsstimmung und Charaktereigenschaft. Sie wirken ausschließlich auf der feinstofflichen Ebene. Langanhaltende Sorgen, Probleme, Schwierigkeiten höhlen einen Menschen aus. Er fühlt sich aus dem Gleichgewicht geworfen, niedergeschlagen, und in der Folge werden die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers geschwächt. Das Energiefeld des Menschen ist gestört. Mit Hife der Energien der Pflanzen, kann die Lebensenergie wieder frei fließen. Innerer Frieden und Harmonie werden wiederhergestellt, und oft ist der Körper dann in der Lage, sich selbst zu heilen.





Hadwig Reinerth

Sozialwissenschaftlerin

KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG ...

... für Frauen und Mädchen mit psychischen Erkrankungen – Argumente zur aktuellen Situation

Der Gedanke einer geschlechtsdifferenzierenden kommunalen Gesundheitsförderung bei psychischen Erkrankungen läßt sich als Konsequenz dreier verschiedener Entwicklungslinien im Gesundheitswesen darstellen. Diese Entwicklungslinien verlaufen bislang weitgehend getrennt voneinander in den Bereichen Sozialpsychiatrie, Gesundheitsförderung und Frauengesundheitsforschung. Nach Überwindung jeweils immanenter Schwachstellen eröffnet ihre sinnvolle Verknüpfung neue Handlungsperspektiven.

Vor mehr als zwanzig Jahren nahm sich die Sozialpsychiatrie angesichts der „elenden menschenunwürdigen Umstände" in überfüllten und schlecht ausgestatteten Großkrankenhäusern vor, bessere und humanere Versorgungsstrukturen zu schaffen (1).

Zwar wurde die Idee, nach italienischem Vorbild alle psychiatrischen Krankenhäuser aufzulösen, hier in Deutschland nicht umgesetzt, aber diese wurden doch verkleinert, reformiert und von sogenannten „extramuralen" Einrichtungen flankiert.

Um dem Ziel der „Enthospitalisierung" näherzukommen, wurden die gemeindepsychiatrische Konzepte entworfen, nach denen alle Behandlungseinrichtungen wohnortnah gelegen sein sollten, um eine ambulante oder auch stationäre Behandlung ohne Entfremdung aus dem gewohnten Umfeld zu ermöglichen.

Im Rahmen dieser sozialpsychiatrischen Reformbewegung konnte auch – wenngleich nur mühsam und in kleinen Schritten – der Versuch gewagt werden, mit der Aufarbeitung des dunkelsten Kapitels der deutschen Psychiatriegeschichte wenigstens zu beginnen. Es scheint nicht überflüssig, ausdrücklich daran zu erinnern, daß in den Jahren 1939 - 1941 in Deutschland mehr als 100 000 psychisch kranke und geistig oder körperlich behinderte Menschen in einer gezielten Aktion umgebracht wurden (2).

Bereits aus 1933 datiert ein Gesetz, das die Zwangssterilisierung „zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vorsah, wobei zur Begründung beispielsweise die Diagnose einer Schizophrenie oder des sogenannten manisch-depressiven Irreseins ausreichte. Übrigens steht die Anerkennung der nach diesem Gesetz Verstümmelten ebenso wie der „Euthanasie"-Opfer als Opfer des Nationalsozialismus noch aus (3).

Nach diesem Rückblick auf katastrophale Zeiten der Psychiatrie ist unter der zweiten Entwicklunglinie, der Gesundheitsförderung, ein richtiges Modethema vorzustellen. Sie ist so „in", daß sie als Thema von Werbekampagnen im Konkurrenzkampf der Krankenkassen untereinander eingesetzt wird: Wir sehen auf Bildern und Plakaten, in Zeitschriften und Prospekten fröhliche Menschen, die lachend etwas für ihre Gesundheit tun: Sport treiben, Gesundes kochen und essen – und möglichst mit anderen zusammen, weil es so mehr Spaß macht.

Aber welche Konzepte hat die Gesundheitsförderung

- Wenn einmal Frohsinn und Lachen verlorengegangen sind, und zwar gründlich, ist ein Wiederfinden ganz und gar ungewiß.
- Wenn nicht die Frage einer gesunden Ernährung, sondern der Ernährung überhaupt zum Problem wird?
- Wenn Zigaretten, Medikamente als unverzichtbare Nothelfer der Kommunikation herhalten müssen?
- Oder gar verängstigt jeder menschliche Kontakt als vermeintliche Bedrohung gemieden wird?

Eine Gesundheitsförderung, die sich hier aus der Verantwortung stehlen wollte, vielleicht um ihr werbewirksames Image nicht zu gefährden, nähme damit aber gerade die unheilvollen und verdrängten Traditionen wieder auf, nach denen Krankmachendes, Krankes nicht nur vermieden, sondern als feindliche Bedrohung bekämpft, gehaßt und ausgestoßen wird. Die heute so befremdende nationalsozialistische „Rassehygiene" behauptete, der Volksgesundheit zu dienen, wenn sie über die Rechte einzelner rücksichtslos hinwegging.
Der unmenschliche Trugschluß, Gesundheit durch Diskriminierung von Kranken herzustellen, ist jedoch älter und lebt leider auch heute noch fort. Diskriminierung ist auch ein zentraler

Begriff der dritten und letzten Entwicklungslinie: der Frauengesundheitsforschung. Sie wendet sich gegen die möglicherweise bewußte oder auch nur nachlässige Diskriminierung von Frauen im Gesundheitswesen und knüpft damit an altbekannte Forderungen der Frauenbewegung an. Daß diese Forderungen immer wieder nachdrücklich gestellt werden müssen, um nicht nach zeitweiligen Erfolgen sozusagen wieder auf Null zurückzufallen, zeigt erneut die Erfahrung der letzten Jahrzehnte. Das gilt leider auch für die sozialmedizinische Forschung. So fehlt in den Untersuchungen über die Ergebnisse der „kommunalen psychiatrischen Versorgung" regelmäßig die geschlechtspezifische Auswertung und Interpretation (4).

Andererseits entgeht auch die Frauengesundheitsforschung keineswegs der Gefahr, psychische Erkrankungen auszublenden, wie etwa in einem aktuellen und durchaus begrüßenswerten Bericht über die gesundheitliche und soziale Lage der Frauen in Berlin (5).

So zeigt sich auch hier die „doppelte Diskriminierung", der psychisch kranke Frauen ausgesetzt sind, wobei die Diskriminierung als Frau und diejenige der psychischen Erkrankung sich nicht bloß zusammenaddieren, sondern vielmehr wie durch Potenzierung einander überproportional verstärken.

Leider fehlen daher zur Zeit noch überall wichtige Daten, die bei der Planung einer Gesundheitsförderung für Frauen mit psychischen Erkrankungen hilfreich sein könnten. Diese Mängel anzumahnen ist wichtig, aber ebenso wichtig ist es, eine bereits heute notwendige und mögliche Unterstützung nicht auf später zu verschieben.

Denn so wirksam wissenschaftliche Daten bei der Durchsetzung neuer Konzepte und Strategien auch sein mögen – deren Legitimation kann allemal aus den Erfahrungen zahlreicher „Betroffener" abgeleitet werden, die ihre Bedürfnisse seit einigen Jahren beispielsweise im und durch den „Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE)" anmelden.

In die zum Abschluß vorgestellten konkreten Überlegungen zur kommunalen Gesundheitsförderung für psychisch kranke Frauen und Mädchen sind sowohl die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie" bei der DGSP-Jahrestagung 1995 und die sachkundige Beratung engagierter Frauen aus dem VPE Hannover eingeflossen.

Als Leitlinie für eine nicht ausgrenzende, ganzheitliche Gesundheitsförderung, für die keineswegs Patentrezepte vorliegen, kann die Ottawa-Charta der WHO (1986) zitiert werden, in der u. a. ausgeführt wird:
„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen."

Einige Leserinnen werden vielleicht an dem Wörtchen „man" Anstoß nehmen, das hier verwendet wird und das gewiß durch das kleingeschriebene „frau" ersetzt werden könnte. Dennoch wurde dieses Zitat absichtlich unverändert gelassen, weil es ja in der Tat eine allgemeine und nicht geschlechtsspezifische Aussage hat, die aber in der Umsetzung notwendig nach Geschlechtern differenzieren muß.

Denn eine alltagsnahe Unterstützung durch Gesundheitsförderung muß berück-sichtigen, daß Männer und Frauen Tag für Tag in verschiedenen Welten leben, wie auch die angesprochenen Entscheidungsfreiheit und die Möglichkeit zur Kontrolle der eigenen Lebensumstände sich je nach Geschlecht unterscheiden.

Der empirisch – wenn auch bisher meist geschlechtsunspezifisch – nachgewiesen hohe Anteil an Alleinstehenden bei Psychiatrie-Erfahrenen macht die Existenz dieser „getrennter Welten" augenfällig. Aber diese Weltentrennung existiert auch als Nebeneinander in festen Familien- und Zweierbeziehungen, wenngleich dann eher kaschiert und verschwiegen, bis ein Anlaß zum dramatischen Auseinanderbrechen etwa im Zuge einer Trennung führt.

In solchen Situationen kann sich die „doppelte Diskriminierung" zum Beispiel so unheilvoll aufschaukeln, daß eine über Jahre in der Ehe psychisch destabilisierte Frau sich aus Verunsicherung eine Unterschrift abnötigen läßt, durch die sie ihre materiellen Ansprüche aus der Ehe für immer verliert. Eine andere

Frau in ähnlicher Lage kann ihre Ansprüche zwar schließlich durchsetzen, verbringt jedoch die zwei Jahre bis zur Entscheidung zum größten Teil in stationärer Behandlung.

Daraus folgt die Forderung nach Beratungsstellen für Frauen in Not, die sich interdiziplinär auch um Frauen mit psychischen Erkrankungen kümmern, wenn diese in „normalen" frauenspezifischen Konflikten und Lebenssituationen aufgrund etwaiger geringerer Belastbarkeit in schwere Krisen geraten können.

Ferner wäre die Vorhaltung von Frauen-Krisen-Wohnungen als sinnvolle Ergänzung der Frauenschutzhäuser wünschens wert, sofern diese sich auf psychisch erkrankte Frauen nicht entsprechend einstellen können.

Bei den relativ häufigen Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen wird den Müttern leider noch zu oft das Kind entzogen, obwohl sie in speziellen Mutter-Kind-Stationen mit Unterstützung während der meist vorübergehenden Erkrankung in der Lage wären, ihr Kind zu versorgen und eine Beziehung zu ihm aufzubauen.

In allen Einrichtungen sollten hilfesuchende Frauen die Möglichkeit haben, sich von einer Frau betreuen zu lassen.

Entsprechend ihrer Größe sind in allen Versorgungseinrichtungen Frauenschutzzonen oder Frauenstationen (in Krankenhäusern) einzurichten, um Rückzugsmöglichkeiten bei Angst vor sexuellen und/oder gewalttätigen Übergriffen sicherzustellen.

Selbsthilfeeinrichtungen sind besonders in ihrer frauenspezifischen Arbeit umfassend zu unterstützen.

Wichtig ist schließlich auch die lokale Vernetzung vor Ort. Eine hilfesuchende Frau darf weder bürokratisch von einer Stelle zur anderen verwiesen, noch von einer Stelle etwa als Stammkundin beansprucht werden, wenn es bessere Alternativen gibt. Umgekehrt sollten alle Einrichtungen, in denen frauenspezifische Arbeit angestrebt wird, einander kennen und bei Bedarf auch beraten.

Wünschenswert wäre hierzu die Gründung eines entsprechenden Verbundes, evtl. als Untergliederung eines bereits etablierten Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie.

In einem solchen Verbund könnten Prinzipien frauengerechter Versorgung vereinbart werden, wie sie etwa in Schleswig-Holstein als „Leitlinien für Hilfen, die sich an psychisch kranke und behinderte Frauen wenden" bereits formuliert vorliegen (6).

Anmerkungen:
Überarbeitete Fassung eines Referats, das auf der Arbeitstagung des Netzwerks Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 16. April 1996 in Hannover gehalten wurde.

(1) Vgl. Finzen, A., H. Schädle-Deininger: „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen" – Die Psychiatrie-Enquète; Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 25, Rehburg-Loccum 1979

(2) „Holocaust und die Psychiatrie" – Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, vorgelegt zum 1. September 1979, nach Dörner, K., Ch. Haerlin u.a. (Hrsg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken, Rehburg-Loccum 1980

(3) Vgl. Koch, Th.: Zwangssterilisation im Dritten Reich – Das Beispiel der Universitätsfrauenklinik Göttingen, Frankfurt/M. 1994

(4) z. B. Bauer, M., H. Berger: Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand, Stuttgart 1988; S. 70 f. Hier wird zwar als „soziodemographisch relevantes Merkmal" auch „Geschlecht" genannt, jedoch beschränkt sich der Kommentar der gezeigten geschlechtsspezifischen Aufnahmestatistik auf die Feststellung, daß sie der Geschlechterverteilung in der Bevölkerung entspricht – oder als Ausnahmefall „verständlicherweise" davon abweicht.

(5) Hermann, S., A. Hiestermann: Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin – Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose. Hrgg. von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin 1995

(6) Die Ministerin für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein: Leitlinien für Hilfen, die sich an psychisch kranke und behinderte Frauen wenden, 1995

Ute Sonntag

Netzwerk Niedersachsen

NETZWERK ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

... für Frauen und Mädchen

Gesundheitsförderung ist auf Dauer nur dann erfolgreich, wenn sie ins alltägliche Leben integriert werden kann. Da sich nachweisbar die Alltagswelten von Frauen und Mädchen von denen der Männer unterscheiden, sind geschlechtsspezifische Ansätze zur Gesundheitsförderung sinnvoll. Aufgrund dieser Überlegungen wurde Ende 1995 das Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen gegründet.

Drei landesweite Institutionen, die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, das Niedersächsische Frauenministerium und das Forschungsinstitut Frau und Gesellschaft, luden Frauen ein, denen im kommunalen oder regionalen Raum Gesundheitsförderung für Mädchen und Frauen ein Anliegen ist. So kamen ca. 60 Frauen zur Gründungstagung. Erreicht wurden viele Frauenbeauftragte, zudem Frauen aus Initiativen, dem Bildungsbereich, aus Verbänden, der Forschung, interessierte Einzelpersonen, nur wenige aus Gesundheitsdiensten. Das Netzwerk gab sich eine Programmatik. Es will dem Erfahrungsaustausch dienen und Konzepte sowie Umsetzungsstrategien bzgl. Gesundheitsförderung für Frauen und Mädchen bereitstellen, so daß sich diese Inhalte auf kommunaler Ebene etablieren können.

Neben diesem Diskussionsstrang werden auf den Treffen beispielhaft Aktionsweisen, also Methoden zum Nachmachen präsentiert: „Wie mache ich eine Frauengesundheitswoche?"oder: „Durch Bürgerinnenbefragung zu einer frauenfreundlicheren Stadtplanung". Erfreulicherweise hat die zweite Tagung: „Psychische Erkrankungen von Frauen und Gesundheitsförderung" viele Frauen aus Frauenprojekten und -initiativen angesprochen. Das Netzwerk ist um ein Viertel gewachsen, zur Zeit gibt es 46 Mitfrauen.

Die Tagungen dienen auch jeweils als Vollversammlung des Netzwerkes, d.h. wichtige Entscheidungen werden dort getroffen, vorbereitet durch die Planungsgruppe vorab oder eine Arbeitsgruppe auf der Tagung. Während der dritten Tagung, die im August zum Thema „Migrantinnen und Gesundheitsförderung" durchgeführt wird, ist z.B. die Verabschiedung einer Geschäftsordnung und eines Logos geplant. Wir hoffen sehr, daß diese Initiative Nachahmung findet. Für Beratungen stehen wir gerne zur Verfügung. Nur Mut – es lohnt sich.

Die Dokumentation der Gründungstagung ist gegen 11,- DM (8,- DM plus 3,- DM Porto) zu beziehen bei der Kontaktadresse des Netzwerkes: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel. 05 51/350 00 52, Fax: 05 51/350 55 95.

KOMMENTAR

Mechthild Jansen

Publizistin

NACHFOLGEKONFERENZ DER „WELTFRAUENKONFERENZ"

Die Ministerin Claudia Nolte hatte bei freundlichen Frauen in Peking Sympathiewerte gewonnen, weil sie Menschenrechte in China eingefordert hatte und Gewalt gegen Frauen nicht rechtens fand. Doch selbst bei solcher Bescheidenheit der Ansprüche langt es daheim bei der Nachfolgekonferenz zur Weltfrauenkonferenz nicht mehr. DerAuftakt zum Umsetzungsprozeß der Aktionsplattform von Peking wurde zum Abgesang. Neuen Handlungsbedarf sieht die Ministerin kaum. Sie geht wacker mit ihrer Regierung, beobachtet ein bißchen zuviel Mißbrauch von 590 DM-Jobs und findet Rentenkürzungen bei Frauen unpassend. Allen ist klar, daß sie selbst damit nicht gehört wird. Ansonsten serviert die Ministerin den Frauen als emanzipatorische Perspektive Sonderprogramme für Hochschul-Eliten und für die normale Frau Teilzeit-Häppchen-Magerkost zur Existenzsicherung, steuerliche Beförderung zur Dienstmagd und „gleiche" Beförderung im außertariflichen zweiten Arbeitsmarkt. Vergewaltigung in der Ehe wäre unter diesen Umständen ein bißchen zu viel, um die „produktiven Potentale" der Frauen noch recht nutzen zu können. Wer alles auf einmal will, bekommt gar nichts. Und deshalb gibt es keine Gelder für Kinderbetreuung Alleinerziehender etwa. Gleichberechtigung bleibt trotzdem Ziel, im Gesetzestext, der Wirkung noch entfaltet. Und demnächst soll es auch einen Zielkatalog des EG-Vertrag geben. Zu tun und zu partizipieren gibt es dafür gar nichts. Deshalb werden alle Arbeitsstrukturen der Frauenorganisation zur Weltfrauenorganisation aufgelöst und durch Bittstellung an die Ministerin ersetzt. Alibiveranstaltung kann es schon nicht mehr genannt werden, was Frauen zum Narren hält.

Deren Vertreterinnen hatten sich auf die mit den kleinsten netten aufmüpfigen Tönchen gewürzte artige Aalglattheit der Frau Ministerin strategisch nicht vorbereitet. Ihre einzige gemeinsame Forderung nach einer unabhängigen Koordinierungsstelle, die ihnen eine Plattform der Absprache und Handlungskoordination gewesen wäre, wurde kühl abgewiesen. Es blieb nur ihr hilfloser Ruf, den Worten müßten Taten folgen. Keine entblößte die Sprüche des Dankes für die Mitarbeit und der Hoffnung auf weitere als eigentliche Absage. Auch die Blitzableiterfunktion der Ministerin durchkreuzten sie nicht. Denn die Herren Minister für Arbeit, Entwicklung, Wirtschaft und der Kanzler erscheinen gar nicht erst. Viele Frauen betonten die „Konstruktivität" ihres Willens zur Zusammenarbeit mit der Regierung. Wer diese nicht an die Sache der Frauen bindet, macht sich abhängig von Gnade auf Gehör. Der Konflikt wurde nicht geprobt. Den Frauen fehlen politische Strategien in neuer Zeit. Statt „empowerment" von Frauen gab es Auflaufenlassen.

Ines Koenen

wiss. Mitarbeiterin
Bündnis90/Die Grünen, Berlin

AUCH NACH DER VOLKSABSTIMMUNG – KEIN LAND IN SICHT

Es ist noch keine Woche vergangen, da finden sich in den Zeitungen und bunten Blättern kaum noch Kommentare zur gescheiterten Fusion. Statt dessen werden Rituale inszeniert – Betroffenheitsrituale. Da kommen dem Herren Brandenburger Ministerpräsidenten Stolpe am Abend des 5. Mai gleich mal selbst die Tränen der Enttäuschung. Geschickt hatte er drei Tage zuvor in der Presse verkünden lassen, daß er im Falle eines Scheiterns der Fusion die Vertrauensfrage stellen würde. Um dann später larmoryant mit seinem SPD-Fraktionsvorsitzenden damit zu kokettieren, daß ja das Reformprojekt an sich nicht gescheitert wäre und man über eine Konföderation oder andere Formen der Zusammenarbeit nachdenken könne.

Niederlage, Verlierer, Bedauerer – das Ergebnis wurde psychologisiert und als „verdrängte Wendetraumata" zu erkennen geglaubt.

Die letzte, die von der Brandenburger Regierungsriege noch an die Fusion geglaubt hat, war wohl Regine Hildebrand. Sie ist verzweifelt, erschüttert, versteht die Welt nicht mehr. Ihr Bedauern gilt dem Scheitern des Projekts, nicht dem eigenen Versagen – bei der Gestaltung des Staatsvertrages z. B. die Belange von

Frauen im Staatsvertrag faktisch unberücksichtigt zu lassen.
Ihre Berliner Kollegin, Senatorin Bergmann, reagiert nicht minder betroffen – gemäß ihrer Rolle als Bürgermeisterin bedauert sie das Ergebnis und spricht sich für weitere Kooperationen aus. Weitere?
Während der ganzen Zeit der Werbekampagne für die Fusion hat man Diepgen und Stolpe so manches mal zusammen gesehen – ihre Auftritte wurden als voreheliches Verhalten bewertet und der angestrebten Vernunftsehe manch emotionaler Aspekt abgerungen. Diepgen und Stolpe treten trotz der bevorstehenden getrennten Wege immmer als Doppelpack auf. Können wir uns Frau Bergmann und Frau Hildebrand gemeinsam trauernd vorstellen? Und dann noch „um die Sache der Frauen?" Wollen wir das?

Schon im Vorfeld der Volksabstimmung und ihrer teuren Werbekampagne habe ich mich oft gefragt, was die Herren denn wohl tun werden, wenn die Fusion vom Souverän abgelehnt wird. Ich konnte mir nicht vorstellen, daß sie sich einer Zustimmung so sicher sind, als daß sie sich keine Interpretations- oder Handlungsspielräume gelassen hätten. Nun läßt sich angesichts dieser klaren Zahlen sicher wenig herausinterpretieren außer gewissen psychologischen Erklärungsmustern von Wendetrauma (Ost) und Okkupationsfreude (West). Vermißt, aber auch nicht erwartet habe ich eine Analyse der Stimmenabgabe nach dem Geschlecht – dies hat aber die Konstrukteure des Staatsvertrages aber bei dessen Erarbeitung auch nicht interessiert. Um so weniger ist es verwunderlich, daß unter den Kommentaren zur gescheiterten Fusion nicht eine einzige Frauenvertretung war. Geäußert haben sich Parteipolitiker, Staatsrechtler, Wirtschafts- und Unternehmensverbände – aber kaum ein weibliches Wesen.

Es war wohl nicht „unsere Sache".

Ute Einicke

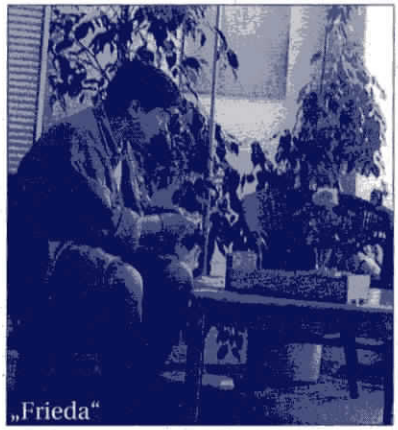
Soziologin

OSTBERLINER FRAUENPROJEKTE

Ein Streifzug

Schon Anfang der 80er Jahre entwickelten sich in der DDR Frauenininitiativen, die die staatlich verordnete Frauenpolitik und ihr offizielles politisch-ideologisches Sprachrohr, den Demokratischen Frauenbund Deutschlands (Abk.: DFD), kritisch hinterfragten und eigene Ideen und Vorstellungen entwickelten. Bis zum Jahr 1989 von der damaligen DDR-Regierung unerwünscht, bespitzelt und z.T. verfolgt, wurde diese Arbeit erst sichtbar mit der innerhalb des Neuen Forums gebildeten eigenständigen Arbeitsgruppe (von) für Frauen, mit dem schon fast legendären Treffen der 'Ost-Frauenbewegung' im Dezember 1989 in der Berliner Volksbühne und der dortigen Gründung des Unabhängigen Frauenverbandes (UFV).

Es war nicht nur ein gesellschaftlicher Umbruch, sondern auch ein spürbarer Aufbruch von Frauen aus allen Landesteilen eines Staates, der aus allen Fugen brach. Aus all diesen Fugen quoll auch der Elan, sich als Frau für Frau tatsächlich ernsthaft engagieren und einbringen zu wollen. Dabei hatten die wenigsten von uns wohl schon damals klare Konzepte im Kopf, wie eine solche frauenbewegte Arbeit wohl praktisch auf breitester Basis funktionieren könnte, von Finanzierungskonzepten ganz zu schweigen. Die meisten von uns brachten ihre eigenen bis dahin gelebten Frauengeschichten, Ansprüche, Wünsche, Ideale mit ein. In einer Zeit, in der die bisher bestehenden gesellschaftlichen Verkrustungen aufbrachen und neue noch nicht in Sicht waren, fingen Frauen z.T. als Basisgruppen des UFV oder auf vielfältigste Initiativen hin an, Orte zu suchen und aufzubauen, an denen Frauen miteinander ins Gespräch kommen und diskutierten konnten, wo sie Veranstaltungen und politische Aktivitäten organisierten.



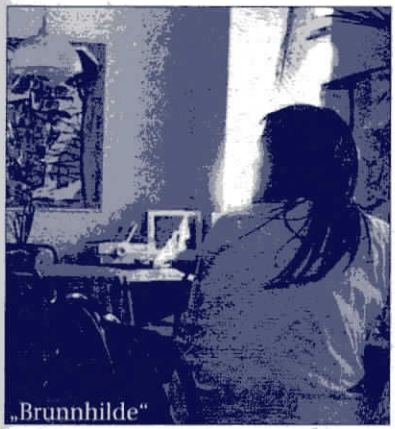
„Frieda"

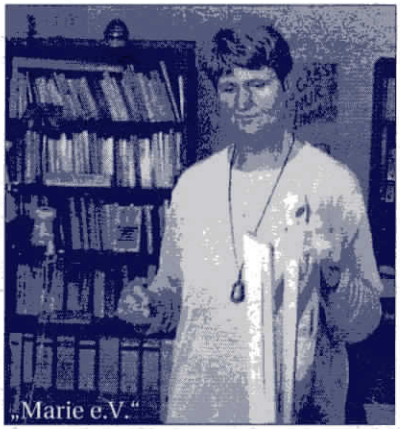
Eine Praktikantin des FRIEDA- Frauenzentrums e.V. (eines der ältesten im Ostteil der Stadt) schrieb kürzlich in ihrem Abschlußbericht: „Das FRIEDA-Frauenzentrum war ursprünglich (...) ein Projekt von unprofessionellen FrauenLesben für unprofessionelle FrauenLesben, ein Treffpunkt für alle interessierten FrauenLesben. Der Alltag im FRIEDA war etwas chaotisch, Eigeninitiative, Sinn für Improvisation, politisches Engagement, Lust, sich aktiv einzubringen, eigene Interessen zu formulieren und umzusetzen waren gefragt."

Abgrenzungen, Konkurrenzkämpfe, staatliche Zuwendungen, Abhängigkeiten und Anerkennungen, Existenzsorgen – all dies noch Fremdwörter in einer Zeit, da fast alle noch ehrenamtlich und unentgeltlich arbeiteten. Wenn wir jemals autonom und unabhängig waren, so wohl am ehesten in diesen Jahren 1989 und 1990.

Zweiter Arbeitsmarkt und seine Finanzierungsmodelle – Fluch oder Segen?

Mit der Vereinigung und dem damit einhergehenden wirtschaftlichen Zusammenbruch der neuen Bundesländer wurden, in der Hoffnung auf ein schnelles Wirtschaftswunder, gerade die Arbeitsmarktinstrumentarien des zweiten


„Brunnhilde“


„Marie e.V.“

Arbeitsmarktes als Allheilmittel angesehen. Für Umschulungen und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen wurden bis dahin noch nie dagewesene Summen durch Bund und Länder bereitgestellt.

Die Entlassungswellen Anfang der 90er Jahre betrafen in verstärktem Maße gerade auch Frauen. Ende 1990, spätestens jedoch im Jahr 1991 profitierten auch eine Vielzahl von bis dahin entstandenen und immer noch entstehenden Frauenprojekten erstmalig von diesen Finanzierungsmodellen. ABM, 249h, ARP etc., eingesetzt von Senatsverwaltungen, Servicegesellschaften, Arbeitsämtern und gedacht als kurzfristige Überbrückungen, sind inzwischen längst zu Dauerformeln im und um den Überlebenskampf der Frauenzentren geworden. Zunächst jedoch konnten mit diesen Geldern Räumlichkeiten gebunden, ausgebaut und in beachtlichem Maße ausgestattet werden. Die ehrenamtliche Arbeit der Frauen wich nunmehr bezahlter (Frauen-) Arbeit. Der Improvisation, dem Unprofessionellen, dem Unstrukturierten wurden zunehmend klare Strukturen und Professionalität entgegengesetzt. Damit gelang es den Frauenprojekten zunächst einmal, Inhalte von Arbeiten abzusichern, diese längerfristig thematisch auszubauen und Konzepte weiterzuentwickeln. Fachfrauen konnten gebunden, Schwerpunkte akzentuiert werden.

Im wesentlichen haben sich bis heute vier klare Schwerpunkte der Projektearbeit von Frauen für Frauen entwickelt: Beratungszentren, Weiterbildungszentren, Zentren mit dem Schwerpunkt Antigewalt und soziokulturelle Frauenzentren. Dabei haben einige der heute bestehenden Frauenzentren übergreifend mehrere der Schwerpunkte in ihre Arbeit integriert und dazu Angebote entwickelt.

Verloren gingen dabei Spontaneität, ein Stück weit gesunde, frische Naivität und Idealismus. Nicht mehr alle Frauen werden gleichermaßen angesprochen, maßgeblich sind die spezialisierten Inhalte, aber auch „marktwirtschaftliche“ Aspekte: die eigene Präsentation und Darstellung, welche dann die Mädchen und Frauen anspricht oder eben auch nicht. Frauenansprüche und Forderungen der Projektefrauen sind nicht automatisch identisch mit den Ansprüchen und Erwartungshaltungen der Projektebesucherinnen. Auch unter den Projektefrauen selbst gibt es in der Auseinandersetzung mit dem Frauenbild, der Frauenrolle keinen einheitlichen Standpunkt, sondern immer wieder Auseinandersetzungen, Reibungen ...
Positiv bleibt dabei, daß dieser Druck bisher immer wieder ein vorwärts treibendes Rädchen im Gesamtprojektegetriebe sein konnte. Konzepte und Ideen mußten und müssen sich immer wieder in den Besucherinnen spiegeln. Damit konnte die Identifikation der Projektefrau mit der Besucherinfrau immer wieder gelingen, ein Stagnieren war nicht möglich.

Eine Auseinandersetzung und Abhängigkeit ganz anderer Art liegt in den äußeren Rahmenfinanzierungen der Frauenprojekte (Ost). Wie schon erwähnt, fast ausschließlich über Mittel finanziert, die dem zweiten Arbeitsmarkt vorbehalten sind, haben wir hier unsere Unabhängigkeit verloren bzw. noch nie gehabt. Förderungskriterien, Zielgruppen, maximale Förderungshöchstdauer, Finanzierungspläne, Sachberichte, Mittelabforderungen – gängige Schlagworte für Projekteleiterinnen. Hinter jedem dieser Wörter verbergen sich unzählige auszufüllende Vordrucke, Sachbearbei-

„Paula Panke"

„Brunnhilde"

terInnen verschiedener Verwaltungsbereiche, Überprüfungen, Kontrollen, Entscheidungskommissionen und unendlich viel Wartezeit ...

Mit der sich kontinuierlich verschärfenden Haushaltssituation von Bund und Land verschärfte und verschärft sich auch die Situation der Frauenprojekte. Einschränkungen und ständiger Wechsel von Förderungskriterien und zuzuweisenden Arbeitnehmerinnen erschweren nicht nur eine kontinuierliche Arbeit, sondern machen diese zunehmend unmöglich. Unzureichende öffentliche Anerkennung und die damit einhergehenden unzureichenden rechtlichen Absicherungen (wie z.B. das Fehlen von längerfristig bestehenden einheitlichen Förderungskriterien, ganz zu Schweigen vom Fehlen eines Regelförderungskataloges) sind schon längst nicht mehr zu überbrücken. Der Preis sind Gehaltseinschränkungen bei gleichzeitiger Ausdehnung der Arbeitszeiten, überproportionale Personaleinschrumpfungen oder die Schließung von Frauenprojekten. Parallel dazu nimmt die Einflußnahme der Projektefrauen bei der Auswahl von zuzuweisenden Frauen durch die Arbeitsämter bei gleichzeitig immer höheren Auflagen der Zugangskriterien und Qualifizierungsmaßnahmen ab. Eigene Inhalte sind immer weniger und nur noch mit immer größeren Kraftanstrengungen aufrecht zu erhalten. Frauenprojekte befinden sich also im immer weniger gelingenden Spagat zwischen staatlichen Auflagen, deren Pflichterfüllungsübungen und Frauenanspruch.

Gemeinsam sind wir noch lange nicht stark

Wer will verübeln, daß von den noch existierenden Projekten mit kaum mehr als verbaler Betroffenheit auf die Streichung eines anderen Frauenprojektes reagiert wird? Bleibt doch dabei auch immer noch die Hoffnung, daß für die weniger werdenden letztendlich mehr bleibt. Bleibt doch dabei auch die Hoffnung, daß der Kelch an einem selbst vorbeigehen werde.

Solidarität zu üben fällt schwer, wenn es an die eigene, persönliche Existenz geht.

Doch wäre es Illusion zu glauben, daß die Zukunft besseres bringen würde. Wurde uns schon bisher nichts geschenkt; haben wir schon bisher immer wieder kämpfen müssen um jeden Pfennig, um jede noch so kleine gesellschaftliche Anerkennung, um jeden noch so kleinen geschützten Frauenraum, so wird dies in Zukunft kaum einfacher werden.

Kämpfen wir nicht jede an einer anderen Ecke, sondern alle gemeinsam für uns Frauen. Nutzen wir in viel größerem Rahmen unsere selbst geschaffenen Sprachforen wie das Plenum Ostberliner Frauenprojekte und die zahlreichen Runden Tische und Ausschüsse, in denen wir seit langem versuchen, gute Frauenpolitik mitzugestalten und auf den Weg zu bringen. Nutzen wir auch Verbündete in den verschiedensten Strukturen dieses Landes.

In einer kürzlich abgehaltenen Informationsveranstaltung zur Haushaltslage Berlins und den damit zusammenhängenden Perspektiven von Projektearbeit durch die Senatsverwaltung für Arbeit fragte eine anwesende Projektleiterin, warum wir alle noch so ruhig wären. Das frage ich mich seit längerem auch! Es ist nicht fünf vor 12 Uhr sondern längst nach 12 Uhr – wachen wir auf!

Dr. Sibyll Klotz

MdA Bündnis 90/ Die Grünen, Berlin Soziologin

FRAUENPROJEKTE „RECHNEN SICH NICHT"!

Weder eine öffentliche Debatte noch nennenswerte Proteste begleiteten die frauenpolitische Schieflage des verabschiedeten Nachtragshaushaltes 1996. Parlamentarische Debatten ums Geld fanden mitnichten unter einem frauenpolitischen Sturm der Entrüstung statt – ausgenommen individueller Entrüstung angesichts persönlicher Betroffenheit. Über Einsparungen – richtig heißt es Kürzungen – wurde verhandelt, als wären Frauen und Männer, Migrantinnen und Beamte, Kinder und Wirtschaftsförderungsgesellschaften, Drogenabhängige und Unternehmer gleichermaßen betroffen. Und immer wieder die Leier: „Wir sitzen alle in einem Boot und müssen den Gürtel enger schnallen". Frauenpolitik scheint in Haushaltsberatungen die nebensächlichste Sache der Welt zu sein – mal abgesehen von einigen Redebeiträgen und Anträgen der Opposition. Frauenprojekte werden ausschließlich als Kostenfaktor thematisiert und – da sie nicht gesetzliche Pflichtaufgabe sind – für verzichtbar gehalten. Kürzungen und Streichungen um ein Fünftel allein im Minietat der Frauensenatorin brauchen keine inhaltliche Begründung. Eingeweihte wissen, daß Landowsky und Co sich hinter den Koalitionskulissen mit ihren Latrinenparolen vom Steuermißbrauch durch Frauenprojekte

„Paula Panke"

Frieda

(ständig wedelnd mit einem dummen und bösartigen Buch ähnlichen Namens) durchgesetzt haben.

Die politischen EntscheidungsträgerInnen müssen gezwungen werden, endlich auch das zu tun, wofür sie bezahlt werden, nämlich zu entscheiden. Die bisherige Strategie der konzeptionslosen finanziellen Austrocknung ist kein Konzept und macht über kurz oder lang die Träger kaputt. Es ist zu entscheiden, welche Infrastruktur für Frauen in dieser Stadt gewollt wird, in welcher Qualität und zu welchen finanziellen Konditionen? Das ist die Frage, die beantwortet werden muß – und zwar in Abstimmung zwischen Abgeordnetenhaus, Senat, Bezirken und Trägern.

Befragt nach einer Utopie für Frauenprojekte stolpert mein Blick in die Zukunft schon gleich über den Haushalt 97, der noch in diesem Jahr zur Verabschiedung ansteht. Und der angesichts weiterer Einsparungen in Milliardenhöhe nichts Gutes verheißt. Überproportionale Streichungen und Kürzungen von Projekten und Programmen, deren Ziel die Förderung von Frauen ist, können nur durch Öffentlichkeit und eigene Vorschläge verhindert werden. Eine solche Initiative kann aber nicht nur auf den Schultern der Wenigen lasten, die in den letzten Jahren das feministische „Fähnchen" politisch hochhielten. Voraussetzung für eine solche Offensive ist, daß sich die Berliner „Frauenszene" endlich wieder ihre Kraft entdeckt und ihre Möglichkeiten nutzt, um deutlich zu machen: Frauenprojekte sind keine finanzierten Spielwiesen politischer Minderheiten, sondern professionell arbeitende Träger mit sozialer, kultureller, wissenschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Bedeutung und entsprechender Resonanz bei den Berlinerinnen. Wobei „Frauenszene" sowohl Frauen aus Verbänden, Initiativen, Parteien, Kirchen und Gewerkschaften, die Frauen- und

Gleichstellungsbeauftragten der Bezirke und Unis umfaßt als auch die Nutzerinnen und die über Zuwendungen oder Arbeitsmarktmaßnahmen bei den Projekten Beschäftigten. Es muß doch möglich sein, Interessen zu bündeln ohne sich dabei im konkurrenzlosen Interesseneinheitsbrei zu verrühren!
Ziele einer solchen Offensive oder Kampagne müßten sein: Leistungen deulich zu machen; gegen die bisherige Geheimhaltungsstrategie der Senatsverwaltung die Beteiligung an Planungen und Einsparungen im Vorfeld einzufordern und durchzusetzen; eigene Sparaber vor allem Gestaltungsvorschläge zu machen. So z.B. die Koordination der Planungen von Frauenbeschäftigungs- und Qualifizierungsträgern mit Arbeitsämtern, die Umstellung von Fehlbedarfs- auf Festbetragsfinanzierung, die Umstellung auf Leistungsverträge, Konzepte für die Erhöhung und Verwendung von Eigeneinnahmen, Vereinfachungen im Verwaltungs- und Abrechnungswesen, mehr Selbstbestimmung bei der Mittelverwendung. Letzteres würde aus meiner Sicht nicht nur die Kassen, sondern auch die Nerven aller Beteiligten schonen. Überzogene detailversessene Abrechnungsmodalitäten sind nicht nur Ausdruck von Mißtrauen, sie kosten auch mehr: Weil sie kontrolliert werden und mehr Kontrolle auch immer mehr Personal (im Projekt und in der Verwaltung) bindet; weil unsinnige Vorgaben (verständlicherweise) mit Tricks umgangen werden und weil es beim Kauf eines Radiergummis keine Mengenrabatte gibt.

Immer wieder erschallt der Ruf nach Evaluierung, Effizienzkriterien und Qualitätsstandards. Diese Debatte mit den Argumenten abzubügeln, Projekte würden schon immer effizienter als öffentliche Institutionen arbeiten und der Ruf nach Evaluierung würde zum Plattmachen von Trägern instrumentalisiert werden, halte ich für falsch und naiv – obwohl beide Aussagen in dieser Allgemeinheit stimmen. Das Fehlen einer Qualitätsdebatte wird auch von Frauen aus Projekten beklagt. Und die allermeisten teilen die Einschätzung, daß nicht alle Projekte und nicht alle Frauen in Projekten unablässig kreativ und engagiert 12 Stunden am Tag selbstausbeuterisch tätig sind. Das ist nicht die Realität und soll auch nicht der Maßstab sein. Ich erinnere mich gut an ein Projekt, das anläßlich einer der vergangenen Haushaltsberatungen dicht gemacht wurde. Öffentlich rief diese Schließung den Protest der Frauenprojekte hervor. Intern übten 80% meiner Gesprächspartnerinnen herbe Kritik am Verhältnis zwischen finanziertem Personal und Ergebnis und meinten, die Schließung sei kein Verlust. Wäre diese Kritik früher geübt und diskutiert worden, hätte es neben der Alternative Schließung vielleicht auch die Alternative veränderter, reduzierter Weiterführung gegeben.

Eine Debatte um die Zukunft der Berliner Frauenprojekte sollte sich jedoch keinesfalls auf den anstehenden Haushaltsrahmen beschränken, sondern u.a. auch debattieren, ob und in welchem Rahmen Antigewaltarbeit als gesetzliche Pflichtaufgabe verankert werden sollte, ob und wie das Verursacherprinzip z.B. bei der Finanzierung dieser Arbeit greifen kann. Die finanzielle Zukunft der Frauenprojekte wird weder über eine 100%ige staatliche Finanzierung noch allein über Einnahmen und Sponsoren laufen. Richtig wären Konzepte, die dem Motto „Wirtschaftlich, da wo möglich; öffentlich bezuschußt, da wo notwendig“ folgen.

Christine Weiß

Bundesgeschäftsführerin des UFV

„GESCHIEDENE ELTERN – GEMEINSAME SORGE ?"

In Kooperation mit der FrauenAnstiftung, Hamburg hat der Unabhängige Frauenverband am 16.3.1996 in Magdeburg eine überregionale Fachtagung zum derzeit brandaktuellen Thema der elterlichen Sorge nach Trennung und Scheidung durchgeführt.

Mehr als 120 interessierte Frauen und Männer – mehrheitlich Frauen aus den neuen Bundesländern und Berlin – haben an dieser Tagung teilgenommen, die sich zum Ziel setzte, einen wesentlichen und aus unserer Sicht höchst frauenfeindlichen Aspekt der vom Bundestag zu verabschiedenden Reform des Kindschaftsrechts kritisch zu beleuchten: Die geplante Reform des Kindschaftsrechts sollte zunächst aus der durchaus unterschiedlichen Sicht von Ost- bzw. Westfrauen betrachtet werden. Ein weiteres Ziel der Tagung war, die Reform ins Verhältnis zu internationalen Standards des Kindschaftsrechts zu setzen und sie in feministisch-rechtsgeschichtlicher Perspektive zu betrachten.

Das Einführungsreferat von *Christiane Schindler* belegte eindeutig den politischen Handlungsbedarf aus feministischer Sicht bezüglich der anstehenden Kindschaftsrechtsreform. Gemeinsames Sorgerecht für geschiedene Eltern: „Ja – aber nicht als Regelfall". Der Vortrag von *Edith Weiser* erhellte internationale Erfahrungen mit dem gemeinsamen Sorgerecht nach Trennung und Scheidung, wonach eindeutig kein nachweislicher Zusammenhang zwischen väterlichem (gemeinsamen) Sorgerecht und der tatsächlich vom Vater wahrgenommenen alltäglichen Sorge um das Kind besteht. Diese Sicht wurde nach dem Vortrag von *Jutta Bahr-Jendges* auch durch die anwaltliche Praxis bestätigt. Was Väter veranlaßt, sich um ihre Kinder auch nach Auflösung der Ehe bzw. Familie zu kümmern, ist entscheidend abhängig von der emotionalen Beziehung des Vaters zum Kind sowie von der Kooperationsfähigkeit und dem Kooperationswillen der geschiedenen PartnerInnen (Eltern).
Ein Rechtsstatus, der Vätern verliehen wird, ohne ihnen gleichzeitig auch praktische und vor allem festgeschriebene, definierte Sorgepflichten abzuverlangen, zementiert das asymmetrische Geschlechterverhältnis zwischen Müttern und Vätern, schreibt es über die Auflösung der Ehe hinaus fort und greift in nicht hinnehmbarer Weise in die Alltagspraxis der Mutter ein. Das gemeinsame Sorgerecht nach Trennung und Scheidung als Regelfall schwächt ohne Not die Rechtsposition der Mutter, schafft ein „Recht auf Einmischung" für Väter und setzt unzulässigerweise die einvernehmliche Kooperation der Eltern auch nach der Scheidung als gegeben voraus.

Die Referentinnen *Sibylla Flügge* und *Christina Niedermeyer* beleuchteten in ihren Vorträgen das Thema Sorgerecht in rechtshistorischer Sicht. Besonders einleuchtend war ihre Interpretation

Edith Weiser Christine Weiß

des Begriffs „Kindeswohl". Der zur Debatte stehende Gesetzentwurf schreibt dem Kind – in Parallele zum Ungeborenen im aktuellen §218 – erstmals in der deutschen Rechtsgeschichte eine eigenständige Rechtsposition zu, die als Gegensatz zur Rechtsposition der Mutter definiert wird. Die Ideologie, die hinter dem Gesetzentwurf steckt, meint offensichtlich, daß die Ein-Eltern-Familie, bestehend aus Mutter und Kind, ein Unglück ist, weshalb sich der Gesetzgeber im Schulterschluß mit den „rechtlosen Zahlvätern" gegen die geschiedenen Mütter meint verbünden zu müssen.

Zudem wurde klar, daß die Rechtsposition der Mutter zu ihrem Kind (d.h. daß das Sorgerecht im Allgemeinen der Mutter zufällt), im BGB erst seit 1960 (!) festgeschrieben ist.

Das ausführliche Referat von *Anita Heiliger* entlarvte unter anderem den Begriff des Kindeswohls als patriarchales Macht- und Kampfmittel vor allem der Väter. Unter dem Mantel des Kampfes ums Kind geht es real um die Machtverteilung zwischen den geschiedenen Eltern. Das Regelfallmodell unterstützt in skandalöser Weise den Machtanspruch der Väter und versucht, auf juristischer Ebene

eine Beziehung aufrechtzuerhalten, die real zerrüttet ist.

Der Diskussionsbedarf war nach jedem Vortragsblock hoch, die Teilnehmerinnen konnten oftmals durch praktische Beispiele belegen, warum das gemeinsame Sorgerecht als Regelfall auf jeden Fall abzulehnen ist. Selbst die anwesenden, meist aus der Vaterrechtsbewegung kommenden Männer konnten letztlich dazu angeregt werden, das Regelfallmodell kritisch zu betrachten.

In der Abschlußrunde verabschiedeten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung eine Resolution, in der begründet wird, warum alle Anwesenden das Gemeinsame Sorgerecht als Regelfall ablehnen und welche Reform aus feministischer Sicht wünschenswert und akzeptabel wäre.

Resolution des Unabhängigen Frauenverbandes

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachtagung „Geschiedene Eltern – Gemeinsame Sorge" lehnen die von der Bundesregierung vorgeschlagene Neuregelung des nachehelichen Sorgerechts ab, die eine automatische Fortexistenz des ehelichen gemeinsamen Sorgerechts trotz Scheidung vorsieht.

Wir fordern die Bundesregierung auf, die folgenden Eckpunkte bei der Neuregelung des Sorgerechts zu berücksichtigen:

1. Die gesetzliche Regelung des nachehelichen Sorgerechts hat so zu erfolgen, daß keine der unterschiedlichen Sorgerechtsformen (alleiniges Sorgerecht mit Umgangsrecht, gemeinsames Sorgerecht) bevorzugt wird.

2. Im Falle einer Scheidung sind die Eltern gehalten, dem Familiengericht einen gemeinsamen Vorschlag zur Regelung des nachehelichen Sorgerechts zu unterbreiten. Der Vorschlag muß eine Vereinbarung der Eltern über die folgenden Fragen enthalten:
- Bei wem werden die Kinder künftig leben?
- Wie sind die Besuche/Kontakte zum anderen Elternteil geregelt?
- Wer übernimmt welche Pflichten im Alltag?
- In welchen Lebensbereichen werden die Eltern künftig gemeinsam entscheiden?
- Gibt es eine Einigkeit über die Höhe des Kinderunterhalts?

Von einem übereinstimmenden Vorschlag der Eltern soll das Gericht nur dann abweichen, wenn es für das Wohl des Kindes erforderlich ist.

3. Können sich die Eltern nicht über die Wahrnehmung des Sorgerechts fnr ein gemeinschaftliches Kind einigen, bestimmt das Familiengericht dem Kindeswohl entsprechend, welchem Elternteil das Sorgerecht für ein gemeinschaftliches Kind zustehen soll. Die Fortexistenz des gemeinsamen Sorgerechts gegen den Willen eines Elternteils ist aus Gründen des Kindeswohl auszuschließen.

Gemeinsames Sorgerecht? Ja, auf Wunsch beider Eltern. Nicht als Regelfall!

Kommentar in eigener Sache
Zur Sonderbeilage Weibblick, Dezember 1995: „Geschiedene Eltern – Gemeinsame Sorge?":
Kaum hatten wir uns erlaubt, in der Debatte um die Neuregelung des Kindschaftsrechts öffentlich Position zu beziehen, als uns postwendend Materialien missionierender Leidensbrüder von „Väteraufbruch", „Kinder brauchen ihre Väter", „Elterliche Sorge und Kindeswohl" u.a. Vereinigungen in der Redaktion erreichten. Wir wurden überhäuft mit Schilderungen schrecklicher Erlebnisse mit der „unheiligen Allianz von strenggläubigen Katholiken, eifernden Feministinnen und beflissenen Amtspersonen".
Nun sind wir anderen Argumenten durchaus aufgeschlossen und stellen uns gern einer kontroversen Diskussion – nur daß wir massive Beschimpfungen über uns ergehen lassen müssen…
Als Redaktion tragen wir angeblich „zur Verdummung unsererLeserinnen" bei. Autorinnen der Sonderbeilage werden als fragwürdige wissenschaftliche Existenzen und als vollkommen inkompetent verleumdet. Über Telefon will man uns Druck machen.
Auf solche Reaktionen waren wir nicht gefaßt.
Bei solch einem Gegenüber fühlen wir uns bestärkt zu sagen: „Gemeinsames Sorgerecht ja, aber nur auf Antrag **beider** Eltern!" *(A. M.)*

HILFE ZUR SELBSTHILFE VON UNTEN

Katrin Wolf
Projekt „Owen"

Internationales Expertinnenseminar über Strategien und Methoden der lokalen Selbsthilfe von Graswurzelorganisationen

Hilfe zur Selbsthilfe – das ist in Deutschland eher als ein Begriff für kleine selbstorganisierte Gruppen, die sich in Krisensituationen Lebenshilfe geben, oder als Terminus aus der Entwicklungsarbeit in der sogenannten Dritten Welt bekannt. In dem Seminar „Lokale Selbsthilfe und Gemeinwesenentwicklung - Internationale Methoden und Strategien von Frauen", das das Ost-West-Europäische FrauenNetzwerk OWEN e.V. im April in Berlin organisierte, ging es um die Verknüpfung von politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen und persönlichen Dimensionen, die gerade Frauen durch Bewegungen und Initiativen „von unten" schaffen können.
Frauen des „Westens" (Westeuropa und den USA) und des „Südens" der Welt (Afrika, Lateinamerika) haben jahrzehntelang Erfahrungen in Selbstorganisation, gegenseitiger Unterstützung und Entwicklung eigener Initiativen (Landkooperativen, Kleinkreditwesen, politisches Empowerment) gesammelt. Der Arbeitsansatz von OWEN, der auch das Konzept für dieses Seminar bestimmte, ist es, diese Erfahrungen zu nutzen und mit Frauen des „Ostens" (Ost- und Mitteleuropa), die um ein Mitgestaltungsrecht beim Aufbau der neuen Gesellschaft kämpfen, eine produktive neue Verbindung einzugehen.
Die Hoffnungen, die in den ehemaligen sozialistischen Ländern in die Segnungen der Marktwirtschaft gesetzt wurden, sind einer manchmal verzweifelten Ernüchterung gewichen. Vor dem Hintergrund der Erfahrung einer Gesellschaft ohne Öffentlichkeit und ohne festgeschriebene BürgerInnenrechte wird oftmals vorschnell das bekannte Verhaltensmuster und Ohnmachtsgefühl aus der alten Gesellschaft in die „neue" übernommen: „Ich kann ja doch nichts machen."

OWEN hat in den letzten vier Jahren durch Fortbildungsprojekte, Workshops und zahlreiche Begegnungen in Rußland, Polen und der Ukraine (Rumänien wird hoffentlich folgen) Frauen dabei unterstützt, in den jeweiligen Ländern Gruppen, Projekte und Initiativen aufzubauen, in denen sie ihren eigenen Anspruch an eine demokratische Gesellschaft formulieren und selbst verwirklichen, auch, um sich eine eigene ökonomische Basis im Zusammenhang mit sozialen Projekten schaffen zu können.
In diesem Seminar suchten wir nach Partnerinnen, die ihr Wissen und Können in diesen Prozeß miteinbringen wollen.
Sind Strategien, die in einem anderen Kontinent von Frauen entwickelt wurden, auf Verhältnisse in Osteuropa anwendbar? Ein Beispiel aus einem anderen Land, das sich in einem existentiellen Wandel befindet: 1993 trafen sich in

Antje Schüttenhelm, Berlin

Thandiwe Ukomo, Bulawayo

Cecile Palmer, Johannesburg

Südafrika politische Aktivistinnen aus allen Teilen des Landes, um darüber nachzudenken, wie der Einfluß von Frauen in den Dörfern und Gemeinden der townships beim Aufbau der neuen Gesellschaft nach der Apartheid zu verstärken und längerfristig auszubauen sei. Das Ergebnis dieser Konferenz war die Gründung eines Frauen-Institutes für Leitung, Entwicklung und Demokratie. Cecilie Palmer, Gründungsmitglied und stellv. Direktorin des Instituts kam nach Berlin, um über ihre Arbeitsweise zu berichten. Die Frauen haben Trainingskurse entworfen, die von der Lebenssituation der Frauen ausgehen. Sie gehen in die Kommunen und trainieren aktive Gruppen entsprechend den Bedürfnissen und Problemlagen, die in den jeweiligen Kommunen vorhanden sind. Sie entwickeln die Selbstachtung der Frauen, ihre Fähigkeit zu kommunizieren und zu verhandeln und lokale Probleme im Zusammenhang wahrzunehmen. In wenigen Jahren ist es ihnen gelungen, daß über 50 Frauen in den kommunalen Verwaltungen mitregieren. Ihr Ziel bis 1999 ist es, 500 Frauen in Entscheidungspositionen auf lokaler und nationaler Ebene zu bringen.
Anfangs von der Frauengruppe des ANC argwöhnisch als Konkurrenz aufgefaßt, werden sie zunehmend als selbstbewußte Partnerinnen angesehen, die neue Impulse vermitteln.
Obwohl die Frauen in Osteuropa oftmals nicht auf eine langjährige Erfahrung im politischen Untergrundkampf zurückblicken können, ist der politische Ansatz dieses Trainingsmodells der südafrikanischen Frauen übertragbar: Nutze die Ressourcen der Frauen und baue darauf auf, schließe keine Gruppierung aus, fange mit der Bewußtmachung der Kontrolle und Machtausübung der Männer gegenüber Frauen an, nutze frauenfreundliche Trainingsmethoden, baue Netzwerke und Unterstützungsgruppen zwischen Frauen auf. Frauen gehören in Führungspositionen, sie sind die Katalysatorinnen für Veränderung.
Im Herbst 1996 beginnt in der Ukraine ein Projekt von OWEN, daß eine Entwicklungswerkstatt für lokale Selbsthilfe und Gemeinwesenarbeit für Frauen in und um Charkov aufbauen wird.
Für Elvira Yevtushenko, die Projektleiterin, ist das Beispiel aus Südafrika ein lebendiges Modell mit vielen Parallelen zu der Situation der Frauen in den Transformationsländern. Nicht zuletzt ist das Kennenlernen zielgerichteter erfolgreicher Projekte eine unschätzbare Ermutigung. Wir wollen „Hilfe zur Selbsthilfe" als ein politisches Konzept verstanden wissen, das Frauen ermutigt, ihre Vision einer Gesellschaft zu realisieren, die weibliche Werte und Lebenszusammenhänge nicht an den Rand drängt, sondern als wesentliches Element für eine nachhaltige Entwicklung nutzt.
Wir werden aus dem Material des Seminars eine Dokumentation (leider nur in englischer Sprache) zusammenstellen, die aus drei Kontinenten und 10 Ländern Aktivitäten, Projekte und Konzepte von Frauen mit Frauen beinhalten wird.

Ulrike Gramann

Germanistin

DIE UNHEIMLICHE MACHT DER DENUNZIATION"

Gisela Diewald-Kerkmann, Politische Denunziation im NS-Regime oder Die kleine Macht der Volksgenossen. Verlag J.W. Dietz Nachfolger Bonn 1995, 256 S., DM 48,–

Im Jahr 1937 untersagte ein Bauer wegen drängender Arbeit einem Landhelfer, während der Arbeitszeit eine „Führerrede" zu hören. Der Landarbeiter unterbrach seine Arbeit trotzdem. Nachdem ihm der Bauer drohte, er müsse den dadurch entstandenen Schaden tragen, denunzierte der Landhelfer den Bauern bei der NSDAP-Ortsgruppe, er triebe mit jüdischen Viehhändlern Handel. Der Streit dauerte über ein Jahr an. Der Bauer zeigte sich standhaft und erklärte dem NSDAP-Kreisleiter 1938 sogar schriftlich, er werde den Handel nicht aufgeben, bloß weil der Viehhändler als Jude geboren sei. Die Angelegenheit wurde an die Gestapo verwiesen, die den Bauern in einem Verhör derart unter Druck setzte, daß er schließlich nachgab und erklärte, ferner nicht mehr mit den jüdischen Händlern zu verkehren.

Das Beispiel ist dem Buch POLITISCHE DENUNZIATION IM NS-REGIME von Gisela Diewald-Kerkmann entnommen, in dem sich die Autorin dem individuellen Verhalten von Personen zuwendet, die das NS-Regime akzeptierten und aktiv unterstützten. Dabei zeigt sie eindringlich, wie Interessen des nationalsozialistischen Staates mit persönlich-privaten Absichten, Überzeugungen und Verhaltensweisen zusammenwirkten. DenunziantInnen tauchen in der Geschichtsschreibung bisher vor allem als Randfiguren auf, die gleichsam schicksalhaft dazu beigetragen haben, daß Widerstandsgruppen aufflogen und widerständige Frauen und Männer inhaftiert, verurteilt, hingerichtet wurden. Die Autorin kritisiert zu Recht die Tendenz der bisherigen Forschung, den Widerstand zu zeigen und dabei zu vernachlässigen, daß er die Ausnahme darstellte, wogegen die Täterschaft von Denunzianten und Denunziantinnen jedoch alltägliche Normalität und Akzeptanz oder Toleranz gegenüber dem NS-Regime die Regel waren.

Wer denunzierte, tat mehr als seine Pflicht. Die Autorin arbeitet in ihrem Buch heraus, daß es keine Anzeigepflicht gab, die durch Strafandrohung jeden und jede gezwungen hätte, Vergehen und Verbrechen gegen den NS-Staat anzuzeigen. Der NS-Staat war an Denunziationen interessiert, aber eine juristisch fixierte Anzeigepflicht wurde von Autoritäten des NS-Staates erwogen und dann als schädlich abgelehnt.

Die politische Denunziation Andersdenkender, die politische Denunziation von Jüdinnen und Juden waren Massenphänomene. Wer denunzierte, nahm in Kauf oder beabsichtigte, daß die denunzierte Person erhebliche Repressalien erleiden mußte. Die Autorin macht überzeugend deutlich, daß – anders als ständige Spitzel, die oft durch Zwang oder gegen Vorteile dazu gebracht wurden, mit der Polizei und den Behörden vertraulich zusammenzuarbeiten, – die DenunziantInnen meistens kein besonderes Verhältnis zu der jeweiligen Behörde hatten, bei der sie eine Person anzeigten. Denunziation war auch damals „anrüchig", und der staatliche Terror erklärt nicht, warum Menschen den deutschen Terrorstaat ohne Zwang unterstützt haben. Wer denunzierte, hatte verschiedenene politische, besonders aber persönliche Motive.

Diewald-Kerkmann zieht bei ihrer Untersuchung der ideologischen und individuellen Hintergründe beispielhaft die fast vollständig erhaltenen Akten der NS-Organisationen und der NSDAP im Landkreis Lippe in Westfalen heran. Dabei kommt sie zu Schlüssen, die über das relativ begrenzte Material aus Lippe hinausgehen und doch überzeugend sind, weil sie sie mit einer Analyse der Volksgemeinschaftsideologie und der gesellschaftlichen Normen im NS-Staat verbindet.

Die Autorin zeigt, wie die nationalsozialistische Partei und die nationalsozialistische Presse die Ideologie von der „Volksgemeinschaft" nutzten, Menschen zu systemkonformem Verhalten zu bringen. Früher geltende moralische und juristische Normen wurden unterhöhlt. „Volksgenosse" konnte zunächst nur sein, wer „deutschen Blutes" war. Die Gruppe derjenigen, die zur „Volksgemeinschaft" gehörten, wurde immer weiter begrenzt, indem das Volk als natürliche, unteilbare Einheit beschrie-

ben wurde, als „Schicksalsgemeinschaft" oder als ein Körper, an dem Krankheitszeichen „ausgemerzt" werden sollten. Eigentlich stand Denunziation, so die Autorin, der Idee der Gemeinschaft entgegen, und doch trug sie dazu bei, daß die denunzierende Person sich ganz besonders, ja exklusiv, zugehörig fühlen konnte. Gerade Arbeitslose, Kleinbürger, auch Arbeiter, waren offen für den phantomhaften Begriff einer „Volksgemeinschaft", in der scheinbar alle gleich waren. Um „dazuzugehören", waren sie bereit, Scham und Bedenken fallenzulassen. Von der Furcht durchdrungen, selbst ausgegrenzt zu werden, grenzten sie andere aus und zeigten sie wegen kritischer Worte oder wegen menschlich anständigen Verhaltens an. Die Aufgabe der individuellen Eigenart und politischen Eigenständigkeit wurde nicht mehr als bedrohlich angesehen, sondern als attraktiv, sicher, schutzversprechend.

Die Denunziationsbereitschaft der BürgerInnen war nicht zu allen Zeiten gleich, sie stieg in den prekären Augenblicken in der Geschichte des NS-Regimes:
Unmittelbar nach der nationalsozialistischen „Machtergreifung" hofften Denunzierende, die denunzierte Person auf ihrem Posten zu ersetzen. Doch der Staat förderte zu diesem Zeitpunkt die Denunziationen noch nicht so stark; ihre Zahl blieb vergleichsweise gering. Ab 1935, als deutlich wurde, daß die Erwartungen der Arbeiter und kleinen Geschäftsleute sich nicht erfüllten, die Löhne niedrig blieben, die Preise dennoch stiegen und der wirtschaftliche Erfolg kleiner Betriebe ausblieb, nutzte der NS-Staat, die Presse und die Gliederungen der NSDAP, um zuerst die Parteimitglieder und dann alle anderen gegen die jüdische Bevölkerung zu mobilisieren. Dies gelang, da viele Menschen nur zu gern bereit waren, der antisemitischen Hetze zu folgen, Jüdinnen und Juden anzuzeigen und sich dabei unter anderem geradezu in den Gedanken der möglichen „Rassenschande", der in ihren Augen abscheulichen Verbindung zwischen jüdischen und nichtjüdischen Frauen und Männern, hineinzusteigern. Die Autorin zeigt, wie die Denunziationen zugleich „von oben" und „von unten" produziert wurden. Indem man in der Zeitschrift „Stürmer" Namen und Bilder von Personen veröffentlichte, die sich beispielsweise bei jüdischen ÄrztInnen behandeln ließen, übte man öffentliche Denunziation und verstärkte so die Bereitschaft, Menschen zu isolieren. Um rassistische Prinzipien durchzusetzen, mußten die BürgerInnen bewußt mitwirken: Hetze und Bereitschaft zur Anzeige setzten nicht erst mit den Nürnberger Gesetzen ein, sondern die Rassengesetze waren die juristische Stütze für den schon bestehenden Haß gegen jüdische Menschen. Im Landkreis Lippe, in dem 1933 insgesamt 510 jüdische Menschen lebten (0,3 % der Bevölkerung) war „Umgang mit Juden" der häufigste Denunziationsinhalt (75 Anzeigen). Die Anzeigen hatten für die am „Umgang" beteiligten jüdischen Menschen fast immer gravierende Folgen.
Die Zahl der Denunziationen stieg zum zweiten Mal deutlich an, als sich abzeichnete, daß der Krieg verlorengehen würde. Opfer der Denunziation wurden „Drückeberger", also Männer, die nicht an der Front waren, oder Personen, die Unmut über den NS-Staat und den „Führer" geäußert hatten, am „Endsieg" zweifelten, ausländische Sender gehört und ähnliche „Delikte" begangen hatten. Immer mehr Verhaltensweisen wurden kriminalisiert; die Todesstrafe wurde exzessiv gegen angebliche „Besserwisser" und „Ungläubige" angewendet. Wer denunzierte, wußte meistens, daß das Opfer auf krasse Weise bestraft werden würde. Die Darstellung von Diewald-Kerkmann ergibt, daß, während das Vertrauen der Bevölkerung schwand, gleichzeitig gläubige Nationalsozialisten, die in Verkennung der Wirklichkeit noch immer vom Endsieg überzeugt waren, Personen anzeigten, die noch nicht einmal regimekritisch eingestellt waren.

In den Beispielen, die in den Kapiteln „Inhalte von Denunziationen" und „Denunzianten und Opfer" aufgeführt sind, macht die Autorin vielfältige Gründe für Denunziationen sichtbar: Überzeugung; die Absicht, persönliche Konflikte zu lösen; der Versuch, einer Denunziation der eigenen Person zuvorzukommen. Neid, geschäftliche Rivalitäten, Streitigkeiten oder Eifersucht tauchen in den Denunziationen oft stärker auf als politische Motive. Eine vereinfachte Täter-Opfer-Sicht wird aber vermieden. Die Leserin erfährt oft die Geschichte der Opfer nach der Denunziation, und die Reaktionen von ZeugInnen und staatlichen Stellen werden nachgezeichnet. „Volksgenossen" und „Volksgenossinnen" wurden vom NS-Staat und seinen Institutionen instrumentalisiert, wenn sie denunzierten, doch haben sie ihrerseits den Staat und seinen seelenlosen Apparat für sich beansprucht. Oft versuchten Denunzie-

rende, soziale Schranken zu überspringen und ein hierarchisches Verhältnis umzukehren, wie in dem anfänglich zitierten Beispiel des Landhelfers.

Diewald-Kerkmann diskutiert auch geschlechtsspezifische Aspekte von Denunziationen. Frauen denunzierten seltener als Männer, und aus anderen Gründen: Nur 11 Prozent der knapp 300 Anzeigen aus dem Landkreis Lippe stammten überhaupt von Frauen. An den Denunziationen wegen „Umgangs mit Juden" waren Frauen kaum beteiligt. Erfreulich, daß die Autorin nach der Geschlechtsspezifik der statistischen Ergebnisse fragt und sich kritisch mit dem Vorurteil auseinandersetzt, Frauen hätten häufiger denunziert als Männer und wären überhaupt eher zu Verrat bereit. Frauen denunzierten, wenn es sich aus ihrem Alltag heraus ergab – also kaum in der geschäftlichen Sphäre, aber wegen systemkritischer Äußerungen von Nachbarn. Doch läßt die Autorin mit dem aus zweiter Hand erteilten Hinweis, es sei zweifelhaft, ob die Betrachtung männlichen und weiblichen Verhaltens geeignet sei, historische Wirklichkeit zu beschreiben, Fragen ungefragt: Was bedeutet die Tatsache, daß Frauen seltener denunziert haben? Hängt dieser Befund vielleicht ursächlich mit der sozialen Rolle der Frauen im NS-Staat zusammen, und wie? Haben Frauen den NS-Staat weniger unterstützt, und wenn es so wäre, warum? Lohnt es nicht, nach Hintergründen zu fragen und Lücken für künftige sozialwissenschaftliche Forschung zu benennen?

Um so gründlicher analysiert die Autorin die juristische Aufarbeitung von Denunziationen in der Nachkriegszeit. Solange der alliierte Kontrollrat die Justiz ermächtigte, Verbrechen gegen die Menschlichkeit zu ahnden, wurden DenunziantInnen nach dem bestraft, was sie getan hatten: eine andere Person der nazistischen Gewalt- und Willkürherrschaft ausgeliefert. Ab 1951, nachdem diese Bestimmung aufgehoben worden war, wurden Denunziationen aus der NS-Zeit kaum noch geahndet. Hier drängen sich die Parallelen zur mißlingenden juristischen Aufarbeitung der DDR-Vergangenheit auf, bei allen Unterschieden und bei aller Vorsicht. Denunziert wurde in der DDR kaum, statt dessen gab es offizielle und inoffizielle „Mitarbeit". Öffentliche Diskussionen und private Gespräche über Verantwortung, Schuld und Unschuld von Personen, die in der DDR gelebt haben, prägten die letzten Jahre. In der bequemen Illusion, nur die DDR-BürgerInnen unter uns hätten eine Vergangenheit, über die geredet werden muß, wird die Vorgeschichte der beiden deutschen Nachkriegsstaaten verdrängt und als abgeschlossen bezeichnet. Aber auch in der früheren BRD wirkte fort, was Menschen im NS-Staat erlebt und getan hatten. Wenn wir uns einreden, daß der Staat allmächtig ist, schwindet scheinbar die persönliche Verantwortung. Diewald-Kerkmanns beeindruckendes Buch zeigt, daß auch im vermeintlich allmächtigen Staat individuelle Verantwortung bestehen bleibt.

Christina Schmidt

Til Brugman: Das vertippte Zebra, Lyrik und Prosa
Herausgegeben von Marion Brandt
Hoho Verlag Christine Hoffmann, Berlin 1995, 224 Seiten, 34,– DM

„Es war einmal ein Mädchen das war storr und stachlich und blühte selten. Selbst dazu war es noch zu dumm und glaubte, hölzern sein das sein nun mal die Welt. Wenn es aber blühte dann war es rot und prächtig..." So beginnt einer der sogenannten Brauttexte – Grotesken um wundersame Frauen wie Prinzessin Seidono. Die Dame aus dem MittelpunktLeckerspaß und Die Jungfrau mit der Schlinge.
Til Brugmann (1888–1958) war eine der Schriftstellerinnen der europäischen Moderne – und eine frauenliebende Künstlerin der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts. Auf der DADA -Ausstellung im Berliner Gropius-Bau im Januar 1990 war Til Brugmann mir zum ersten Mal begegnet, auf einem Foto mit Hannah Höch, deren Collagen sich inmitten der Werke männlicher Dadaisten behaupteten. Auf diesem Foto waren die beiden Frauen einander zugewandt zu sehen und die Unterzeile sprach von einer Lebensgemeinschaft, da merkt sich eine den Namen, für den Fall der Fälle… Der ist nun eingetreten. Es gibt ein Buch.
Im Nachlaß von Hannah Höch entdeckte Marion Brandt bei Recherchen 47 unveröffentlichte Prosatexte und Gedichte von Til Brugmann. Diese Typoskripte waren 1936 beim Auszug aus der gemeinsamen Berliner Wohnung von Brugmann zurückgelassen und nach Hannah Höchs Tod von der Schwester

Grete König mit in den Nachlaß übernommen worden. Aus den Fundstücken wählte die Herausgeberin 16 Texte und einige Gedichte, übernahm einige der (wenigen) bisher gedrucken Texte und versah diese mit einem Nachwort, einem biographischen Text über die Autorin und nützlichen editorischen Erläuterungen. Zusammen mit dem – grotesken aber angemessenen – Umschlag, einigen Fotos und Faksimiledrucken liegt nun ein außerordentliches Buch vor.
Es eignet sich zum Vorlesen im Bett, am Strand, auf der Wiese. Es eignet sich für Parties und Depressionen, für arbeitsame Tage und einsame Nächte (und vice versa), es ist universal. Kleine Juwelen des dadaistischen Lautgedichtes wie auch Liebes/Abschiedsgedichte (für H.H), eine (lesbische) Liebsgeschichte und andere und die (hier größtenteils zum ersten Mal auf deutsch veröffentlicht) heterosexuellen Grotesken, so absurd wie Realität nun mal ist… Die Brauttexte, beim ersten Lesen vielleicht befremdend, entpuppen sich spätestens beim dritten Mal als schalkhafte Jonglieren mit all dem verquasten Zeug der Redensarten und Sprichwörter, dagegen ist der Verfremdungseffekt von B.B. (Bardot? Bürgel?) graue Pappe. In anderen Geschichten – einfacher erzählt aber nicht weniger grotesk – geht es um Herrn Hirschfelds Erotisches Museum, um die Genetik (sind die Drüsen dran schuld) und um Vegetarismus, Reklame und Kleptomanie, den Alkohol und die Bibel und immer wieder die heterosexuelle Ehe.
Da kann eine nicht anders, da muß sie sich eben hinlegen... So viel haben wir sonst nicht zu lachen. Das hier sind keine Betroffenheitstexte, darin ist Distanz, sind Komik und Geist. Und damit hatte es Til Brugmann durchaus schwer im Männerclub der Moderne, dessen Konzept eher der Theoretiker, Herr van Doesburg u.a. so beschrieb: „Der Mann erkennt das Leben als Vorstellung, manchmal sogar als Begriff. Die Frau erkennt das Leben als Wirklichkeit, eine Erkenntnis, die sich in allem äußert, was mit Mutterschaft zu tun hat… Das Leben ist ihre Tatsache, Vermehrung die Bestätigung dieser Tatsache. Das aber schließt Vorstellung und Einsicht aus… Daher gibt es auch keine weiblichen Denker, Systematiker, Künstler usw. „ (Aus II. Manifest des „Stijl", zitiert nach Brugmann, s.o., aus dem Nachwort S. 213).
In den Niederlanden ist Til Brugmann dann auch eher nach 1945 und als Autorin von Romanen, Novellen und Kinderbüchern bekannt geworden. Til Brugmann war jedoch eine zentrale Figur der künstlerischen Avantgarde in Europa, sie war Freundin und Mitarbeiterin von Mondrian, Arp, El Lissitzky und Schwitters, schrieb die Dadaistischen Manifeste mit – unerwähnt. Die Frauen dieser Szene waren als eigenständige Künstlerinnen nicht gefordert. Von den zwischen 1917 und 1922 entstandenen Lautgedichten konnte sie nur wenige veröffentlichen, die Sammlung „Klankzin" ist heute verschollen. Erst in den 80er Jahren setzte mit zwei Veröffentlichungen von Lyrik in den Niederlanden das Interesse an Brugman ein und führte zu einer vor allem feministisch grundierten Rezeption. Mit dem „Vertippten Zebra" liegt nun eine klug zusammengestellte und kommentierte Kollektion vor, deren Herzstück die seit 1927 entstandenen, auf deutsch geschriebenen Grotesken sind.
Hannah Höch nannte Til Brugmann einen „Eulenspiegel unserer Tage, der seine Possen zwar nicht auf den Straßen trieb, aber mit den Drolerien auf hoher Ebene ihre Umgebung Tag und Nacht in Atem hielt... Diese nie endenden, purzelnden, sarkastischen, verrückten Einfälle, die auf einem riesigen Wissen „tanzten", machten die Jahre mit Til zu den amüsantesten meines Lebens. Ihre Beziehung dauerte von 1926 bis 1936. Seit 1929 lebte Til Brugmann in Berlin mit Hannah Höch zusammen, danach blieb Brugmann noch drei Jahre in Berlin, ehe sie nach Amsterdam zurückkehrte.
Die Geschichte vom Kakteenfräulein, nachdem es „wie es einem rechten Menschen geziemt" studieren geht und im Hörsaal den Bräutigam trifft, der ihr statt Romane seine Hand in den Schoß legt (worauf der Hörsaal immer mehr weggelassen wird, was der Bräutigam Abstraktion nennt), endet – wo sich's gehört – im Ehe- und Wochenbett: „Seitdem schwang sich in jedem Jahr einsam eine Blüte hoch über die Stacheln hinweg, pulste tiefe satte Töne in die Farben der Sonne, daß ihr übriges Leben grau und ohne Wesen zurücktrat. Denn zu oft darf man nicht blühn, wenn man Hausfrau ist."
Aber lesen darf man.