



**Arbeitskreis  
Frauengesundheit**  
in Medizin,  
Psychotherapie und  
Gesellschaft e.V.

Dokumentation der 16. AKF-Jahrestagung vom 31. Oktober bis 01. November 2009 in  
Kassel-Wilhelmshöhe

„Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit“

Grußwort von Anne Janz, Dezernentin für Jugend, Schule, Frauen und Gesundheit der Stadt Kassel	S. 3
„Programmierte Frauenarmut! – Ein biografischer Ansatz“ von Ulrike Hauffe	S. 4
„Hart(z)e Zeiten für Frauen. Armut, soziale Ungleichheit und strukturelle Benachteiligung von Frauen im Gesundheitssystem“ von Carola Bury	S. 10
„Gesundheit fördern – Lebensperspektiven eröffnen. Ressourcen von Frauen in Armutslagen stärken“ von Elisabeth Helming	S. 10
„Umgang mit Klientinnen in sozialen Notlagen – Entwicklungspotentiale und hilfreiche Strategien für Professionelle und für Klientinnen“ von Renate Wilkening	S. 10

„Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus – Erfahrungen und Perspektiven“ von Jessica Groß, Ysabell Vornhecke	S. 11
„Soziale Benachteiligung und Zugang von behinderten Frauen zum Gesundheitssystem – Selbstreflexion für Profis: Barrieren und Forderungen“ von Sabine Häfner	S. 14
„Rettet die Gemeindeschwester die Gesundheit auf dem Lande? Möglichkeiten und Grenzen eines Modells“ von Viola Schubert-Lehnhardt	S. 15
„Es geht auch anders! Perspektiven für eine lesbenfreundliche Gesundheitsversorgung“ Workshopbericht von Gabriele Dennert	S. 17
„Es geht auch anders! Perspektiven für eine lesbenfreundliche Gesundheitsversorgung“ Artikel von Gisela Wolf	S. 18
„Zur Gesundheitssituation von Frauen in den Armutsregionen der Welt“ von Katja Maurer und Silke Koppermann	S. 42
„Depression bei unterschiedlichen sozialen Frauengruppen“ von Renate Degner	S. 51
„Frauenleben im Alter – jetzt und in Zukunft“ von Josefine Heusinger	S. 54
"Unterschiedliches Krankheitsgeschehen von Frauen und Männern vor dem Hintergrund unterschiedlicher sozialer Lagen" Erika Zoike	S. 55
"Psychische Gesundheit und Armut von Frauen mit Migrationshintergrund" Maria Gavranidou	S. 63

## **GRUSSWORT**

Als Gesundheits- und auch Frauendezernentin der Stadt Kassel freue ich mich außerordentlich, dass die Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit mit einem sehr interessanten, ambitionierten und auch fachlich hervorragend besetzten Programm in unserem schönen Bergpark in Wilhelmshöhe stattfindet. Umso bedauerlicher finde ich es aber auch, dass meine Gesundheit so stark angegriffen ist, dass ich Sie nicht persönlich begrüßen kann.

Mit dem Tagungsthema "Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit" haben Sie ein brandaktuelles, politisches Thema gewählt. Es ist außerordentlich wichtig, die Verknüpfung von Armuts- und Gesundheitsrisiken auch unter Genderaspekten differenziert zu betrachten und in die öffentliche Diskussion zu bringen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und anregende Tagung, neben der Arbeit aber auch ein schönes Wochenende hier in Kassel.

Herzliche Grüße und viel Erfolg für die Tagung!

Anne Janz,

Dezernentin für Jugend, Schule, Frauen und Gesundheit der Stadt Kassel

## **PROGRAMMIERTE FRAUENARMUT! – EIN BIOGRAFISCHER ANSATZ**

### **Ulrike Hauffe**

Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen und Leiterin der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau

Warum stehe ich hier und leite eine Frauengesundheitstagung ein, in dem es um soziale Ungleichheit geht? Wo doch ein Bild von Krankheit und Gesundheit um sich greift, dass immer mehr die Verantwortung für beides beim Individuum sieht? Nicht umsonst greifen besonders Frauen gerne zu Ratgebern wie „Krankheit als Sprache“ oder „Was dir deine Krankheit sagen will“. Die Kernbotschaft solcher Publikationen lässt sich auf einen Nenner bringen: Wer nur genug Optimismus und innere Ausgeglichenheit „herstellt“, bekommt auch seine Krankheiten in den Griff. Übrigens: auch die Psychosomatik (der Frauenheilkunde und Geburtshilfe), der wir durchaus eine Menge zu verdanken haben, hat ihre Herkunft in diesem „biopsychosozialen“ Ansatz.

Diese AKF-Jahrestagung nimmt genau die andere Seite in den Fokus: Die *strukturellen* Ursachen für Krankheit und Gesundheit von Frauen. Und eine Erkenntnis ist dabei leider schlicht: Je ärmer Frauen sind, je prekärer ihre Lage ist, desto krankheitsgefährdeter sind sie auch. Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit<sup>1</sup> ist vielfach belegt. Armut ist eines der größten Gesundheitsrisiken für alle Menschen. Deshalb werde ich Ihnen jetzt zu Beginn darlegen, an welchen Stellen speziell Frauen strukturell benachteiligt sind, so dass sie leicht in Armut abrutschen. Am Ende meines Vortrages über „Programmierte Frauenarmut – der biografische Ansatz“ werde ich dann einige Aspekte ansprechen, die die Überleitung zu spezifischen Gesundheitsfragen aufzeigen und dazu, wo wir als Tätige im Bereich Frauengesundheit Handlungsoptionen haben.

Die geschlechtsspezifischen Ursachen und die unterschiedliche Betroffenheit von Frauen und Männern bleiben bei der Armutsdiskussion häufig ausgeblendet. Die Fachtagung „Programmierte Frauenarmut“, die am 17. Juni 2008 in Bremen stattfand und von meiner Behörde, der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau in Kooperation mit der Arbeitnehmerkammer Bremen organisiert wurde, hat sich ausschließlich mit den Armutsrissen von Frauen beschäftigt. Ansatz und Ergebnisse der Tagung sind die Grundlage für diesen Beitrag. (Die Tagungsdokumentation ist bestellbar oder auf [www.frauen.bremen.de](http://www.frauen.bremen.de) nachzulesen.)

Im Fokus stehen die spezifischen Armutsrissen von Frauen sowie ihre strukturellen Ursachen im Lebenslauf, an denen die Gefahr, in Armut zu geraten, besonders groß ist. Folgende vier

---

1 A. Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Einführung in die aktuelle Situation, Bern 2005.

wesentlichen biografischen Momente sollen hier näher beleuchtet werden:

- Ausbildung und der Übergang in den Beruf,
- Kinder als Armutrisiko,
- Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigung sowie schließlich
- Altersarmut und Pflegebedürftigkeit.

### **Mangelnde Bildungsrenditen von Frauen**

Mädchen haben in der Regel zwar höhere Bildungsabschlüsse, doch können sie diesen Vorsprung beim Übergang in den Beruf nicht nutzen, im Gegenteil. Die Erwerbsbiografien von Frauen verlaufen anders als die von Männern. Das beginnt bereits mit der Berufswahl: Typische Frauenberufe wie z.B. Pflege, Arzthelferin, Friseurin bieten nur wenig Aufstiegsmöglichkeiten und geringere Verdienste als die klassischen handwerklichen und technischen Ausbildungsberufe im dualen System. Soziale und personenbezogene Dienstleistungsarbeit ist in Deutschland unterbewertet. Dies hat seine Ursache auch darin, dass die so genannten Care-Tätigkeiten traditionell von Frauen getan wurden und werden – und zwar umsonst. Zudem gelten Frauen in einem männlich dominierten Alleinverdiener-Modell, auf das die hiesigen Steuer- und Sozialsysteme immer noch orientiert sind, nur als Zuverdienerinnen. Die Aufwertung dieser Arbeit ist mehr als überfällig.

Weitere Gründe für die Benachteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt sind Unterbrechungen der Erwerbsbiografie durch Kindererziehung, Pflege von Angehörigen sowie Teilzeitbeschäftigung und prekäre Arbeit – alles zentrale Merkmale weiblicher Beschäftigung.

Zentrales Anliegen muss es an dieser Stelle also sein, Dienstleistungsberufe in ihren Ausbildungsgängen zu standardisieren und zu akademisieren, um so nicht nur das inhaltliche Niveau, sondern auch Prestige und Verdienstmöglichkeiten dieser Berufe zu verbessern. Zu protegieren ist also eine Debatte um

- die Begrifflichkeit der „Heilhilfsberufe“. Sie gehören viel mehr in Augenhöhe zum ärztlichen Beruf. Deshalb muss auch gesprochen werden über
- das derzeitige Aufgabenspektrum der Pflege, das in anderen Ländern sehr viel weiter gefasst ist und sich auch schon hier als Lehrberuf (Universitätsabschluss) und als Managementberuf (Fachhochschulabschluss) etabliert hat, ohne dass sich Erkenntnisse aus dieser Entwicklung weitergehend in den versorgenden Alltag integriert haben. Auch die

- Physiotherapie existiert bereits als Studiengang (Fachhochschulabschluss). An dieser Stelle sei nur nebenbei vermerkt, dass die klassische Physiotherapie-Ausbildung eine durch die Schülerin jeweils teuer zu finanzierende Ausbildung ist – bei später relativ geringem Verdienst.

### **Der Exklusion der Mütter vom Arbeitsmarkt**

Familienpolitik ist in Deutschland vor allem finanziell (z.B. die Kindergelderhöhung der neuen Bundesregierung) und weniger infrastrukturell orientiert. Transferleistungen reichen nicht aus, um Erwerbslose, Geringverdienende und Teilzeitbeschäftigte mit geringem Entgelt über die Armutsschwelle zu heben. Da Kinderbetreuung in Westdeutschland für alle Altersklassen vorwiegend ein Teilzeitangebot ist, steht auch hier eine Armutsfalle: Vollzeit erwerbstätig zu arbeiten ist vielen Müttern von vornherein nicht möglich. Die Erwerbstätigkeit von Müttern muss somit konsequent und viel mehr als bisher gefördert, die Transferleistungen für Kinder erhöht werden. Dazu zählt natürlich die Bereitstellung qualitativ guter Kinderbetreuungsmöglichkeiten in Ganztagsangeboten, auch für Schulkinder.

Notwendig ist an dieser Stelle eine breite gesellschaftliche Debatte über unsere Arbeitszeitmodelle – mehr noch: über die Wertigkeit von Erwerbs-, Familien- und Care-Arbeit und vor allem auch über den finanziellen Wert, den wir ihr zuschreiben. Solange die Teilhabe an Erwerbsarbeit, aber auch Karrieremöglichkeiten vor allem von den zeitlichen Ressourcen der Einzelnen abhängen, werden wir die Orientierung auf das Alleinverdiener-Modell mit seiner vorprogrammierten Benachteiligung von Teilzeitbeschäftigten nicht verändern können.

Noch ein Detail, das es verdient erwähnt zu werden: Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Agenturen für Arbeit und der für das Arbeitslosengeld II zuständigen Behörden müssen die Zielgruppe der Mütter besser in den Blick bekommen. Sie müssen geschult werden, frauenspezifische Aspekte in ihre Arbeit zu integrieren und gendersensibel zu beraten.

Kinderbetreuungslosungen werden eher als Privatverpflichtungen angesehen und die erworbenen Qualifikationen durch die neue familiäre Situation nicht als karriereunterstützend betrachtet, sondern durch Formulierungen wie z.B. „Ausfallzeit“ eher als qualifikationsmindernd konnotiert – ein neues und interessantes Aufgabenfeld für „Personaler“ und Führungskräfte.

### **Armut trotz Arbeit / Armut durch Arbeitslosigkeit**

Inzwischen ist jeder zweite Vollzeit-Job eine Beschäftigung mit Niedriglohn. Dies gilt zunehmend

auch für den tarifgeschützten Bereich. Dass von dieser Entwicklung überproportional viele Frauen (zwei Drittel aller zu Niedriglohn Beschäftigten sind Frauen) betroffen sind, liegt unter anderem daran, dass die oft von Frauen bevorzugten Berufsbilder als klassische „Zuverdienerinnen“-Berufe definiert und entsprechend gering dotiert sind.

Die so genannten Mini-Jobs sind nach wie vor im Kommen. Etwa zwei Drittel aller Mini-Jobber sind Frauen. Diese Jobs sind in mehrerer Hinsicht prekär, denn sie liegen in der Regel im unteren Einkommens- und Stundenbereich, d.h. ermöglichen keine Existenzsicherung. 92% der geringfügig Beschäftigten arbeiten zum Niedriglohn. In Mini-Jobs herrscht hohe Fluktuation, Aufstiegsmöglichkeiten gibt es kaum. Entgegen politischer Behauptungen bieten Mini-Jobs meist keine Brücke in den sog. ersten Arbeitsmarkt.

Über das Konstrukt der „Bedarfsgemeinschaft“ im SGB II sind zudem viele Frauen aus der Arbeitslosenstatistik heraus gefallen. Sie erhalten keine Leistungen, und die Chance und der Druck, sie in Arbeit zu vermitteln ist nur gering. Dass Männer im SGB II bevorzugt, weil stärker gefördert (allerdings auch sanktioniert) werden, haben Untersuchungen deutlich gezeigt. Auch hier fehlt das bereits erwähnte Gender-Bewusstsein bei den Beschäftigten der handelnden Institutionen. Der Zugang zu allen Instrumenten der beiden Rechtskreise SGB II und SGB III, also für Empfängerinnen von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II, muss gleichberechtigt möglich und auf die individuellen Erfordernisse zugeschnitten sein.

### **Frauen leben länger – aber wovon? Altersarmut und Pflegebedürftigkeit**

Neben den unterbrochenen Erwerbsbiografien, die Frauen immer schon hinzunehmen – und zu bezahlen – hatten, verschärft auch Hartz IV die Folgen der bei Frauen häufigen Lücken in den Rentenanwartschaften und die unzureichende Alterssicherung. Zwar sind in den letzten Jahren einige Punkte bei den Rentenregelungen für Mütter verbessert worden, doch eigenständige Frauenrenten liegen im Durchschnitt weit unter denen der Männer. Auch im Hinblick auf Betriebsrenten und private Altersvorsorge sind Frauen schlechter abgesichert. Hier sind Boni für Kindererziehung und Pflegearbeit sowie eine generelle Versicherungspflicht in der Allgemeinen Rentenversicherung erste notwendige Schritte.

Dem Risiko pflegebedürftig zu werden und der Notwendigkeit, Pflege im familiären Bereich oder aber als niedrig bezahlte Tätigkeit zu übernehmen, unterliegen in hohem Maße Frauen. Dass häusliche Pflege im familiären Bereich funktioniert, liegt vor allem an der noch niedrigen Erwerbstätigkeit älterer Frauen und ihrer Bereitschaft, ihre Erwerbsarbeit aufzugeben oder zu reduzieren – trotz der negativen finanziellen Konsequenzen, die sie zu tragen haben. Gerade eine

veränderte Beschäftigungsstruktur, in der die Erwerbstätigkeit auch älterer Menschen zur Regel wird, wird hier neue Konzepte notwendig machen.

## **Fazit**

Frauen sind durch ihre spezifischen biografischen Situationen strukturell benachteiligt und unterliegen in höherem Maß als Männer dem Risiko in Armut zu geraten. Weil an bestimmten biografischen Schnittstellen mehrere strukturelle Faktoren wie rechtliche, gesellschaftliche oder arbeitsmarktliche/ökonomische Gegebenheiten zusammenwirken, ist eine systematische und konzertierte Bündelung von Veränderungsbemühungen nötig. Ein gleichstellungspolitisches Rahmenprogramm auf Bund-, Länder- und Kommunalebene kann hier ein Ansatz sein, der allerdings vielfach noch in weiter Ferne liegt. Für Bremen wollen wir ein Querschnittsprogramm zur strategischen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Gleichstellungspolitik entwickeln.

Nun komme ich auf meine Anfangsfrage zurück: Was hat das alles mit Gesundheit zu tun? Obwohl Frauen in den Industrieländern statistisch eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, ist sie bei arbeitslosen Frauen niedriger als bei Männern insgesamt. Sozial benachteiligte Frauen nutzen selten präventive Gesundheitsangebote, sie weisen einen hohen Alkohol- und Tabakkonsum auf und ernähren sich häufig unzureichend.<sup>2</sup> Weitere Gesundheitsbelastungen liegen in den meist schlechteren Wohnverhältnissen, der niedrigeren Qualifikation und schlechteren Arbeitsbedingungen. Dazu kommt die größere Wahrscheinlichkeit, Kinder allein aufzuziehen und die häusliche Gewalt als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen.

Gesundheitsförderung für Frauen muss sich an deren Lebenswelten und Lebensphasen orientieren. In der Praxis bedeutet das, Modelle zu entwickeln, mit denen vor allem jene Frauen erreicht werden können, die den geringsten Zugang zu Ressourcen haben: armutsgefährdete und von Armut Betroffene, Frauen mit niedriger Bildung, Alleinerziehende, Erwerbslose, alte Frauen und Migrantinnen.

### ▪ **Alleinerziehende Frauen**

Alleinerziehende Frauen haben aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen, schlechter Koordinierung der Gesundheitsangebote und zu hoher Kosten häufig nicht die Möglichkeit für ein gesundheitsförderliches Leben: sie verschieben Arztbesuche, haben einen höheren Verbrauch an rezeptfreien Medikamenten zur Selbstbehandlung und leiden stärker unter Stresssymptomen als andere Frauen. Sie sind die prioritäre Gruppe bei der Nutzung von Mutter-Kind-Kuren geworden – und müssen sich viel zu häufig ihren Anspruch auf Kur mithilfe von Widerspruchverfahren „erarbeiten“.

---

2 B. Blättner in.: R. Geene, C. Gold (Hrsg.) Armut macht krank Berlin 2001



- **Migrantinnen**

Menschen mit Migrationshintergrund weisen im Durchschnitt schlechtere gesundheitliche Befunde auf als die Mehrheitsbevölkerung. Unklar ist, inwieweit diese Unterschiede kulturell, migrationsbedingt oder sozial zu erklären sind.<sup>3</sup>

Migrantinnen nutzen die klassischen Angebote zu Gesundheitsförderung und Prävention wegen sprachlicher und sozial- kultureller Barrieren sehr viel weniger als deutsche Frauen.

- **Hartz IV- Empfängerinnen**

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das 2004 in Kraft trat, hat sich die Situation der Frauen, die Hartz IV beziehen, in verschiedenen Bereichen verschlechtert. Ein politisch bedeutsames Thema ist die Finanzierung von Verhütungsmittel, die im sog. „Warenkorb“ für Hartz IV-Bezieherinnen nicht durch eine adäquate Summe hinterlegt sind.

- **Migrantinnen ohne Papiere**

Menschen ohne Papiere haben bisher keinen ungehinderten Zugang zu medizinischer Versorgung, obwohl Deutschland das Recht auf Gesundheit in mehreren menschenrechtlichen Übereinkommen anerkannt hat. Schwangere Frauen ohne Papiere sind einer besonders hohen Gesundheitsgefährdung ausgesetzt.

Ich möchte Sie an dieser Stelle nicht entlassen mit dem Gefühl: Wenn die strukturellen Ursachen so prägend sind, kann ich als Einzelne nur noch bei den Frauen, die ich behandle oder begleite „reparieren“. So ist es nicht. Wir alle haben viele Möglichkeiten, uns einzumischen und so auch auf Strukturen einzuwirken! Beispiele: Selbstverwaltung der Krankenkassen, Einbringen Ihrer Kompetenzen in Frauengesundheitsnetzwerke auf kommunaler Ebene etc. In jedem Fall sollten wir alle die Zielgerichtetheit unserer eigenen Arbeit und unserer Angebote prüfen.

**DIESER VORTRAG IST AUßERDEM GESONDERT ALS POWER-POINT-PRÄSENTATION EINZUSEHEN.**

## **HART(Z)E ZEITEN FÜR FRAUEN. ARMUT, SOZIALE UNGLEICHHEIT UND STRUKTURELLE BENACHTEILIGUNG VON FRAUEN IM GESUNDHEITSSYSTEM**

**Carola Bury M.A.**

Arbeitnehmerkammer Bremen, Referentin für Gesundheitspolitik

Gesundheit wird wesentlich durch sozioökonomische Faktoren bestimmt. Dabei erweisen sich Einkommen und Geschlecht als entscheidende Determinanten. Im Durchschnitt verfügen Frauen über ein geringeres Einkommen aus Erwerbstätigkeit und sie leben in nahezu allen Lebensphasen häufiger an oder unter der Armutsgrenze als Männer. Diese finanziellen Belastungen sind dem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden auf Dauer abträglich. Armut macht krank und auch umgekehrt gilt: Krankheit kann arm machen.

Von Armut betroffene Frauen sind im Laufe ihres Lebens und in ihrer aktuellen Situation oft höheren Belastungen, Gewalterfahrungen und kritischen Lebensereignissen ausgesetzt als Männer. Armut beschränkt sich daher nicht auf das verfügbare Einkommen, sondern stellt ein mehrdimensionales Geschehen sozialer Benachteiligung dar, das auch die medizinische Versorgung umfasst.

Aktuell sind Frauen die Verliererinnen des neoliberalen Umbaus unseres Sozialsystems (Hartz I-IV). Und das gilt mehrfach. Dabei sind es nicht allein Probleme der einzelnen Reformen (Gesundheit, Arbeitsmarkt, Rente), eine besondere Brisanz ergibt sich aus den Wechselwirkungen der verschiedenen Reformen.

## **GESUNDHEIT FÖRDERN – LEBENSPERSPEKTIVEN ERÖFFNEN. RESSOURCEN VON FRAUEN IN ARMUTSLAGEN STÄRKEN**

**Elisabeth Helming**

DIESER VORTRAG IST GESONDERT ALS PDF-DOKUMENTATION EINZUSEHEN.

## **UMGANG MIT KLIENTINNEN IN SOZIALEN NOTLAGEN – ENTWICKLUNGSPOTENTIALE UND HILFREICHE STRATEGIEN FÜR PROFESSIONELLE UND FÜR KLIENTINNEN**

**Renate Wilkening**

DIESER WORKSHOP HAT NICHT STATTFGEFUNDEN.

## **MEDIZINISCHE VERSORGUNG OHNE LEGALEN AUFENTHALTSSTATUS ERFAHRUNGEN UND PERSPEKTIVEN**

**Ysabel Vornhecke, Jessica Groß**

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin  
www.medibuero.de

Das Problem der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen ohne legalen Aufenthaltsstatus rückt nach und nach in den Fokus der Politik. Trotz punktueller Verbesserungen sind Menschen ohne Papiere von einer gefahrlosen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen und können daher dauerhafte gesundheitliche Schäden erleiden.

Im Sommer 2009 haben Bundestag und Bundesrat neue allgemeine Verwaltungsvorschriften (VerwV) zum Aufenthaltsgesetz verabschiedet. Daraus ergeben sich zumindest bei der Notfallbehandlung von Menschen ohne Papiere wesentliche Veränderungen. Grundsätzlich wird es Flüchtlingen ohne legalen Aufenthaltsstatus durch die Meldepflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde (§ 87 Aufenthaltsgesetz) unmöglich gemacht, gefahrlos Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (nach § 4 bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen sowie nach § 6 Leistungen, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind) in Anspruch zu nehmen. Mit den neuen bundesweiten VerwV wird nun klargestellt, dass auch Verwaltungsangestellte von Krankenhäusern unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Somit dürfen durch den verlängerten Geheimnisschutz auch die Sozialämter keine Daten an die Ausländerbehörde weitergeben, wenn diese unter ärztlicher Schweigepflicht erhoben worden sind. Eine gefahrlose Notfallbehandlung von Menschen ohne Papiere in Krankenhäusern scheint daher nun rechtlich möglich.

In der Praxis ist vor allem die Frage noch ungeklärt, wie die Abrechnung zwischen Krankenhäusern und Sozialämtern geregelt wird. Schließlich müssen sich die zur Notfallbehandlung verpflichteten Krankenhäuser darauf verlassen können, dass die entstandenen Kosten tatsächlich erstattet werden. Offen ist bislang, ob sich eine unbürokratische Vorgehensweise etablieren lässt und Kosten real abgerechnet werden können.

Während also bei der Notfallbehandlung punktuelle Verbesserungen möglich erscheinen, bleibt Menschen ohne Papiere der Zugang zu einer ambulanten oder regulären medizinischen Versorgung durch § 87 AufenthG weiterhin versperrt. Dadurch entstehen gesundheitliche Schäden: Krebserkrankungen werden zu spät erkannt, bei chronischen Leiden entstehen Folgeschäden, Infektionskrankheiten werden nicht ausreichend therapiert, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nicht durchgeführt. Um eine Arztpraxis aufsuchen zu können, müssen die Betroffenen auch in Zukunft zunächst einen Krankenschein beim Sozialamt beantragen. In diesen Fällen sind die Sozialämter unverändert verpflichtet, Daten an die Ausländerbehörden zu übermitteln – mit der Folge einer drohenden Abschiebung.

Durch die insgesamt begrüßenswerte Änderung der VerwV entsteht eine absurde Situation: Die Vorstellung beim niedergelassenen Arzt kann nicht gefahrlos erfolgen. Entstehen durch die fehlende Versorgung jedoch Komplikationen, ist die Notfall- Behandlung im Krankenhaus möglich. Es kann nicht im Sinne der Gesetzgebenden sein, die einfache und kostengünstige Therapie z.B. eines Bluthochdruckes faktisch zu verhindern, beim dadurch ausgelösten Schlaganfall aber eine aufwendige intensivmedizinische Behandlung zu erlauben.

Eine Änderung des § 87 AufenthG auf Bundesebene erscheint zurzeit politisch schwer umsetzbar. Gerade deshalb ist auf lokaler Ebene die Einführung eines anonymen Krankenscheins sinnvoll und nötig, um auch ambulante und nicht akute stationäre Behandlungen abzudecken. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin, das seit 1996 Menschen ohne Papiere an kooperierende Berliner Arztpraxen und Krankenhäuser vermittelt, hat daher das Konzept einer geschützten Vermittlung von Krankenscheinen ausgearbeitet. Darin ist vorgesehen, dass eine ärztlich geleitete Stelle die Bedürftigkeit prüft, anonymisierte Krankenscheine ausgibt und eine Lotsenfunktion für die weitere Gesundheitsversorgung übernimmt. Die Abrechnung der anonymisierten Krankenscheine wäre dann gefahrlos über das Sozialamt möglich. Dieses Konzept, das seit über einem Jahr Gegenstand von Gesprächen mit der Berliner Senatsverwaltung ist, erlaubt jedoch nur eine Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz – damit bleibt die Behandlung von chronischen Erkrankungen und von EU BürgerInnen, die nicht unter das AsylbLG fallen, problematisch.

Menschen aus den neuen EU Ländern, die sich seit der Osterweiterung der EU nicht mehr illegal in Deutschland aufhalten, sind jedoch oft nicht krankenversichert. Sie haben keinen regulären Zugang zum Arbeitsmarkt hier und sind, wenn sie sich hier länger aufhalten, auch oft in ihren Heimatländern nicht mehr krankenversichert. Nach den Erfahrungen des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe in Berlin ist dies ein zunehmendes Problem.

EU BürgerInnen, die keine Krankenversicherung haben und Illegalisierte können nach § 25 SGB XII im Notfall und bei Mittellosigkeit durch das Sozialamt eine Kostenübernahme für medizinische Hilfe sowie Unterstützung zum Lebensunterhalt bekommen. Problematisch ist in der Regel dabei der Nachweis der Mittellosigkeit. Wenn Menschen in einer Notfallsituation direkt ein Krankenhaus aufsuchen, kann das Krankenhaus als Nothelfer seinen Erstattungsanspruch beim Sozialamt anmelden.

Schwangere ohne legalen Aufenthaltsstatus können in der Regel während der Zeit des Mutterschutzes (sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt) eine Duldung beantragen – wenn ein medizinisches Risiko ärztlich attestiert wird, auch schon früher. Durch die Ausstellung einer Duldung wird die Kostenübernahme des Sozialamtes für die Geburt ermöglicht und die Ausstellung einer Geburtsurkunde erleichtert. Für eine Geburtsurkunde müssen folgende Dokumente vorgelegt werden: der Pass, die eigene Geburtsurkunde der Mutter und es muss eine Meldeadresse angegeben werden. Bei illegalem Aufenthalt droht durch das Standesamt die Meldung an die Ausländerbehörde. In manchen Städten, wie z.B. Berlin und München, gelten sogar großzügigere Duldungsregelungen – hierbei muss jedoch beachtet werden, dass solange die Schwangeren als reisefähig gelten, unter bestimmten Umständen eine Umverteilung in andere Bundesländer drohen kann.

In Frankfurt bietet das Gesundheitsamt eine „Internationale Humanitäre Sprechstunde“ an und in München bestehen zwei Anlaufstellen, die von der Malteser Migranten Medizin sowie der Organisation Ärzte der Welt getragen und finanziell durch einen Fonds, in den die Stadt München jährlich 100.000 Euro einzahlte, unterstützt werden. In München wird darüber hinaus die Rechtsberatung durch eine „Hotline“ zur Ausländerbehörde erleichtert – durch diese vorab Klärung kann in etwa 2/3 der Fälle eine Legalisierung bzw. Kostenübernahme durch das Sozialamt erreicht werden. Die stationäre und fachärztliche Behandlung wird auch in diesen Kommunen durch kostenlose ärztliche Arbeit und Spenden geleistet.

Es nicht hinnehmbar, dass die Verwirklichung eines Menschenrechtes vom ehrenamtlichen Engagement von ÄrztInnen, Hebammen oder anderer Fachgruppen des Gesundheitssystems abhängig gemacht wird. Darüber hinaus ist eine suffiziente Gesundheitsversorgung aus medizinischer Sicht in Parallelstrukturen nicht zu leisten. Die medizinische Versorgung muss

unabhängig vom Aufenthaltsstatus das gesamte medizinische Spektrum umfassen, von der Hausarztbehandlung bis zur Intensivstation. Das bestehende lückenhafte Netzwerk kann die Probleme nur unbefriedigend lösen.

Gefordert werden muss daher die Abschaffung der Meldepflicht nach § 87 AufenthG, um eine Eingliederung in die medizinische Regelversorgung zu ermöglichen. Die Einschränkungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (Behandlung nur bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen sowie wenn es zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich ist) sind aus gesundheitlicher und aus menschenrechtlicher Sicht abzulehnen. Für die neuen EU BürgerInnen muss der freie Zugang zum Arbeitsmarkt und zu sozialen Leistungen ermöglicht werden.

Weitere Informationen:

[www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

[www.medibueros.org](http://www.medibueros.org)

## **SOZIALE BENACHTEILIGUNG UND ZUGANG VON BEHINDERTEN FRAUEN ZUM GESUNDHEITSSYSTEM – SELBSTREFLEXION FÜR PROFIS: BARRIEREN UND FORDERUNGEN**

**Sabine Häfner**

Lage:

- Frauen mit Behinderungen sind mehrfach belastet durch soziale und ökonomische Situation, Geschlecht und Behinderung
- 
- erschwerter Zugang zu Gesundheitsleistungen und gesunder Ernährung

Erforderliche Konzepte auf der Grundlage der Behindertenrechtskonvention der VN 2006:

- Zugang zu erschwinglichen Gesundheitsleistungen
- 
- qualitativvoll ? gemeindenah ? geschlechtersensibel ? barrierefrei (Förderung)
- spezifische Patientenberatung ? Information über barrierefreie Praxen
- Vergütung des zusätzlichen Zeitaufwands ? barrierefreie Frauenberatungsstellen
  
- Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsangeboten
- Sexualaufklärung ? Familienplanung ? Schwangerenversorgung
- Stärkung des Selbstbewusstseins ? Gewaltprävention ? selbst bestimmte Entscheidungen ? keine Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche ? Finanzierung von Verhütungsmitteln ? gesellschaftliche Bewusstseinsbildung
  
- Zugang zu auf verschiedene Behinderungen spezialisierte Gesundheitsleistungen
- 
- z.B. Einrichtung von Kompetenzzentren
  
- Ausbildung und Schulung von Gesundheitspersonal (zum Thema Behinderung)
  
- Entwicklung von Leitlinien
  
- Verstärkte Versorgungsforschung
  
- Berücksichtigung des Themas Frauen und Behinderung im Aktionsplan der Bundesregierung (geplant)

## **RETTET DIE GEMEINDESCHWESTER DIE GESUNDHEIT AUF DEM LANDE? MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN EINES MODELLS**

### **Dr. habil. Viola Schubert-Lehnhardt**

Mitglied der Enquete-Kommission des Thüringer Landtages zur „Wahrung der Würde menschlichen Lebens in Grenzsituationen“

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist ein wichtiger Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge und als so genannter weicher Standortfaktor ein wichtiger Indikator für die Lebensqualität einer Region. Die demografische Entwicklung in den neuen Bundesländern (u.a. in Sachsen-Anhalt) und die seit Jahren anhaltenden Schrumpfungsprozesse in der Wirtschaft haben zur Folge, dass die Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung immer schwieriger wird und insbesondere im ländlichen Raum neuer Lösungsansätze bedarf.

Gerade hier lebt die ältere Bevölkerung, diese ist wenig mobil. Das bestehende Ungleichgewicht an medizinischen Versorgungsangeboten zwischen Stadt und Land ist eines der gravierendsten Versorgungsprobleme, es wird sich in naher Zukunft durch den weiteren Ärztemangel (Schließung von Praxen aus Altersgründen ohne NachfolgerInnen) weiter verschärfen. Betroffen sind insbesondere Frauen, da diese zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für sich und ihre Kinder auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen sind (dieser wird zunehmend „ausgedünnt“, hinzu kommt, dass Frauen einen geringeren PKW- und Führerscheinbesitz ausweisen). Als eine Lösungsmöglichkeit wurde das Projekt "Gemeineschwester Agnes" in einigen neuen Bundesländern erfolgreich getestet und jetzt bereits zur Entlastung der vorhandenen Ärzte eingesetzt. Der Workshop soll unter Einbeziehung des Filmes „Schwester Agnes“, der diesem Model den Namen geliefert hat, Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen.

Im Workshop wurden die positiven Ergebnisse der Evaluierungsphase vorgestellt (sowohl durch beteiligte ÄrztInnen, als auch durch die betreuten Personen sowie die Krankenkassen), sowie auf die bereits erfolgte Überführung in die Praxis mit den dazu notwendigen gesetzlichen Änderungen verwiesen (Regelung der Ausbildung, Vergütung dieser Leistungen und Regelungen zur Übertragung ärztlicher Aufgaben).

Gleichzeitig zeigten sich in den Modellversuchen folgende Grenzen:

- durch die unterschiedlichen Modelle wurden auch unterschiedliche Curricula für die Weiterbildungen erarbeitet; die einzelnen Zertifikate werden nicht gegenseitig anerkannt. Es entwickelt sich ein „Weiterbildungsmarkt“ mit eigener Dynamik.
- Pflegedienste empfinden dieses Angebot nach wie vor als Konkurrenz, obwohl teilweise erst durch den vorherigen Einsatz einer „Agnes“ überhaupt eine Pflegestufe und damit die Einschaltung eines Pflegedienstes beantragt wurde.

In der Diskussion im Workshop wurde außerdem darauf verwiesen, dass

- derzeit die Betreuungsleistungen nur für Menschen über 65 Jahre vorgesehen sind

- die Leistungen eher schulmedizinisch orientiert sind, d.h. diese Richtung überwiegt
- die Leistungen sind arztgebunden (d.h. in Gebieten, wo es schon keine ÄrztInnen mehr gibt, kann es dann auch keine Gemeindefachkräften geben)
- es kommt zu einer Parallelversorgung
- beim Einsatz müssen die Ländergrenzen beachtet werden, d.h. in Grenzgebieten wird nicht immer der effektivste Fahrweg gewählt. Somit ist diese Lösung global betrachtet nicht in jedem Fall die kostengünstigste.



## ES GEHT AUCH ANDERS! PERSPEKTIVEN FÜR EINE LESBENFREUNDLICHE GESUNDHEITSVERSORGUNG. KURZBERICHT VOM WORKSHOP

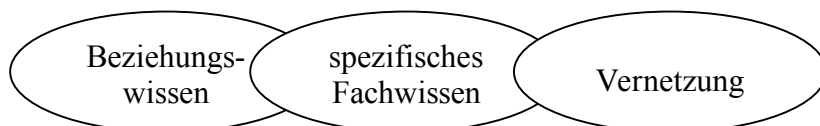
**Gabriele Dennert & Gisela Wolf**

Nach einer Vorstellungsrunde und zwei thematischen Kurzreferaten von Gisela Wolf (Gesundheitsversorgung von lesbischen Frauen) und Gabriele Dennert (Diversity, soziale Ungleichheit und Gesundheit lesbischer Frauen) haben wir anhand folgender Qualitätskriterien in der Gruppe diskutiert:

### Qualitätskriterien der Zugänglichkeit von Institutionen der Gesundheitsversorgung für lesbische Frauen (modifiziert nach Ohms / Müller, GLMA):

- Sichtbarkeit: Materialien, Sprachwahl, offen lesbische Mitarbeiterinnen, ...
- Fachkompetenz: Coming-out, sexuell übertragbare Erkrankungen, ...
- Vernetzungswissen, kompetente Weiterverweisung
- Nicht-diskriminierende Einstellung der Professionellen: eigene Auseinandersetzung mit ‚sexueller Orientierung‘. ‚Normalität‘ (Nach Ohms/ Müller, GLMA)

Die Diskussion unterstrich, dass es für eine qualitativ hochwertige Versorgung von lesbischen Frauen in Medizin und Psychotherapie einer Verbindung der Kompetenzbereiche psychosoziale Kompetenz/Beziehungswissen – Fachwissen – Vernetzungswissen unter lesbenspezifischen Gesichtspunkten benötigt:



Psychosoziale Kompetenz und Beziehungswissen umfasst neben einer nicht-diskriminierenden Haltung gegenüber Lesben auch das Wissen um die Auswirkungen von gesellschaftlicher Diskriminierung und die Fähigkeit, ressourcenorientiert die Gesundheit von Lesben zu fördern. Als Beispiele für lesbenspezifisches Fachwissen sprachen wir über sexuelle Übertragung von Erkrankungserregern unter Frauen sowie über Schwangerschaftsfragen von lesbischen Frauen. Vernetzungswissen umfasst z.B. das Wissen um kompetente Ansprechpartner/innen bei Weiterverweisung an Beratungsstellen, Facheinrichtungen oder ambulante Versorger/innen.

Die Teilnehmerinnen des Workshops wünschen sich vom AKF, Lesbengesundheit als Thema weiter zu unterstützen und zu fördern. Vorschläge und Wünsche an den AKF waren:

- Unterstützung der Qualitätskriterien für eine lesbengerechte Versorgung
- Vernetzung
- themenbezogene Projekte
- Sichtbarkeit lesbischer Frauen im AKF sowie von deren thematischen Anliegen stärken

(Workshopbericht: Gabriele Dennert)

## **ES GEHT AUCH ANDERS! PERSPEKTIVEN FÜR EINE LESBENFREUNDLICHE GESUNDHEITSVERSORGUNG**

**Dr. Gisela Wolf**

### **Die gesundheitliche Situation lesbischer und bisexueller Mädchen und Frauen in Deutschland**

Lesbische Mädchen und Frauen sind aufgrund ihrer gesellschaftlichen Marginalisierung von spezifischen Gesundheitsrisiken bedroht, zeigen Spezifika beim gesundheitsbezogenen Handeln und bei der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und verfügen über spezifische Gesundheitsressourcen. Die Berücksichtigung der soziosexuellen Orientierung einer Klientin ist ein wichtiges Kennzeichen fachgerechter und heterogenitätssensibler Medizin und Psychotherapie. Im Folgenden wird die Forschungslage zur gesundheitlichen Situation und zum Gesundheitshandeln lesbischer Mädchen und Frauen referiert. Die Forschungslage zum Thema ist in Deutschland noch sehr unvollständig. Der Forschungsstand ist sehr viel besser in den USA, wo es umfassende epidemiologische Untersuchungen und Untersuchungen zu einer Vielfalt von Fragestellungen zur Lesbengesundheit gibt. Dem entsprechend werden wir hier auch vielfach Rückgriff auf die US-amerikanischen Daten nehmen müssen, obwohl davon ausgegangen werden kann, dass sich die Lebenssituation von lesbischen Mädchen und Frauen in Deutschland auch von der in den USA unterscheidet.

Lesbische Mädchen und Frauen stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. So gibt es lesbische Mädchen und Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, arme und sehr reiche Lesben, Lesben mit einem bildungsbürgerlichen Hintergrund und Lesben, die aus ArbeiterInnenfamilien stammen, Lesben mit einem Hochschul- und solche mit einem Hauptschulabschluss, Lesben mit oder ohne Behinderungserfahrungen etc. Alle diese intersektional miteinander verschränkten Merkmale von Diversity müssen bei einer differenzierten, gerechten und adäquaten Gesundheitsversorgung mit bedacht werden.

Lesben treffen als Klientinnen im Gesundheitssystem auf lesbische, heterosexuelle, asexuelle oder bisexuelle Fachfrauen: Medizinerinnen, Hebammen, Psychotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen. Die Reflexion des Umgangs mit der eigenen soziosexuellen Orientierung und der institutionsinterne Umgang mit der Vielfalt soziosexueller Orientierungen in Teams der Gesundheitsversorgung bilden zentrale Bausteine reflektierter Professionalität.

## **Gesundheitliche Beeinträchtigungen lesbischer Frauen als Folgen der Belastungen durch antilesbische Repressionen**

Risiken für die Gesundheit lesbischer Mädchen und Frauen bestehen in unserer Gesellschaft u.a. aus sexistischer und lesbenfeindlicher Gewalt und Diskriminierung. Lesben sind als Frauen zunächst einmal von allen Diskriminierungs- und Gewaltformen betroffen, die sich gegen Frauen in dieser Gesellschaft richten. Nach einer 2005 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichten repräsentativen Studie

- haben 37 % der befragten Frauen in der BRD ab dem 16. Lebensjahr körperliche Gewalt und Übergriffe erlebt.
- Jede siebte Frau hatte seit ihrem 16. Lebensjahr sexuelle Gewalt (gemäß der strafrechtlich engen Definition erzwungener sexueller Handlungen) erlebt.
- 40% der befragten Frauen haben seit ihrem 16. Lebensjahr körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides erlebt.
- Unterschiedliche Formen der sexuellen Belästigung haben 58% der befragten Frauen erlebt.
- Rund 25% der in der BRD lebenden Frauen haben Formen körperlicher oder sexueller Gewalt oder beides durch aktuelle oder frühere BeziehungspartnerInnen erlebt. 99% der Täter in Beziehungen waren Männer.

Die von Helfferich, Hendel-Kramer, Tov & von Troschke (1997) zusammengefassten Studien dokumentieren, dass ungefähr 10% der erwachsenen Frauen in Deutschland bereits vergewaltigt und/oder sexuell genötigt wurden. Zwei Drittel der Täter stammen aus dem sozialen Nahraum. Nach auf Befragungsdaten basierenden Schätzungen sind 11,9 bis 23% aller Frauen in Deutschland als Mädchen sexuell misshandelt worden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001, S. 257).

Gegen Lesben richten sich zum einen sexistische Diskriminierungen und Gewalttaten, von denen alle Mädchen und Frauen in dieser Gesellschaft betroffen sind. Zudem werden lesbische Mädchen und Frauen auch noch in besonderer Weise durch antilesbische Diskriminierungen und Gewalt bedroht (Bischoff et al. 1999). Im Vergleich mit heterosexuellen Kontrollgruppen erleben Lesben, Schwule und Bisexuelle überproportional häufig Gewalt (vergl. hierzu z.B. Balsam, Beauchaine & Rothblum 2005).

Im Folgenden möchten wir einige beispielhafte Untersuchungen aus dem bundesdeutschen Raum referieren, in denen lesbische Mädchen und Frauen gezielt nach Arten und Ausmaß der Diskriminierungen und Gewalt gegen sie gefragt worden sind:

Nach einer 1999 von der Berliner Senatsverwaltung publizierten Fragebogenuntersuchung haben

drei Viertel von 106 befragten jungen lesbischen Frauen und Mädchen schon einmal negative Reaktionen auf ihre sexuelle Identität erlebt. Dabei handelt es sich insbesondere um Beschimpfungen und Kontaktabbruch. Jede zehnte junge Lesbe war schon körperlich angegriffen worden. Viele waren mit Nicht-Wahrnehmung, Nicht-ernst-genommen-werden und Gleichgültigkeit ihnen gegenüber konfrontiert worden. Als sehr belastend wurde von den befragten Lesben auch die „Schein-Akzeptanz“ genannt, mit der Personen ihnen gegenüber den Anschein einer „toleranten“ und sozialen Einstellung zu erwecken suchen. Scheintolerante Einstellungen tragen jedoch tatsächlich eher zur Kaschierung und Verfestigung der Diskriminierung lesbischer Lebensweisen bei. Die befragten jungen Lesben berichten außerdem von störenden Blicken und Tuscheleien, vom Ausschluss aus ihrer Bezugsgruppe und sexualisierten und anderen Belästigungen (Senatsverwaltung 1999).

Bereits die Fragebogenuntersuchung von Reinberg und Roßbach aus dem Jahr 1985 ergab, dass 16% der 372 befragten Lesben körperlich angegriffen worden waren, während 70% verbale Angriffe erleben mussten (Reinberg & Roßbach 1995). Diskriminierungserfahrungen hatten die von Reinberg und Roßbach befragten lesbischen Frauen in allen untersuchten Lebensbereichen gemacht: in der Öffentlichkeit, innerhalb der (Herkunfts-) Familie, im FreundInnen- und Bekanntenkreis, in der Schule/Universität, im medizinischen/therapeutischen Bereich, am Arbeitsplatz und im Wohnbereich. In allen Bereichen waren einigen der befragten lesbischen Frauen von Männern Angebote, Aufforderungen und Druck zu heterosexuellen Handlungen gemacht worden. Mehr als die Hälfte der befragten Lesben waren in der Familie, rund drei Viertel in der Öffentlichkeit diskriminiert worden. Reinberg und Roßbach sprechen aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse von einem System von Diskriminierungen, das die Funktion hat, Lesbischsein nicht als positive Lebensmöglichkeit wahrnehmbar werden zu lassen:

*„Dadurch, dass keine Bereiche ausgelassen sind, keine Freiräume vorgesehen sind oder geduldet werden, wird eine Selbstverständlichkeit geschaffen, die Diskriminierungen geradezu als 'natürlich' erscheinen lässt und keine Ansatzpunkte für Infragestellungen bietet. So werden die Diskriminierungen in jedem einzelnen Bereich durch die Diskriminierungen in den anderen Bereichen gerechtfertigt; sie werden schon deshalb 'rechtmäßig', weil es ja überall so ist. Durch alle Bereiche läßt sich verfolgen, dass das System der Lesbendiskriminierung nach zwei Strategien verläuft; einerseits werden Lesben und Lesbischsein totgeschwiegen, d.h., es wird auf verschiedenen Wegen die Auseinandersetzung mit dem Lesbischsein verweigert, andererseits wird aggressiv reagiert, lesbische Frauen werden beschimpft, verächtlich gemacht, bedroht, angegriffen usw.“*

(Reinberg & Roßbach 1995, S. 147)

In ihrer umfangreichen Studie zur Gewalt gegen Lesben haben Stein-Hilbers et al. (1999) 757 lesbische Frauen mittels eines Fragebogens bundesweit nach ihren Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen befragt. Ergänzt wurde die Studie durch fünf qualitative Interviews. 98% der

befragten Lesben hatten mehrfach verbale Herabwürdigungen und Ausgrenzungen erlebt. Jede dritte Befragte war explizit beleidigt, beschimpft, angepöbelt oder mit anzüglichen Bemerkungen konfrontiert worden. 44% berichteten von sexuellen Übergriffen und Belästigungen. Jede vierte der befragten Lesben hatte körperliche Attacken, Bedrohungen oder Sachbeschädigungen erlebt. Fast jede zehnte Lesbe war bereits wiederholt körperlich angegriffen, gestoßen oder angerempelt worden (Stein-Hilbers et al. 1999). In einer weiteren Fragebogenuntersuchung von Ohms (2000) im Bundesland Hessen haben 78% der 87 befragten lesbischen und bisexuellen Frauen angegeben, bereits selbst lesbenfeindliche Angriffe erlebt zu haben. TäterInnen antilesbischer Gewalt waren nach den Befunden dieser Untersuchung zu 80% Männer, 15% der männlichen Täter waren zum Tatzeitpunkt in Begleitung einer Frau gewesen. 58% der Täter waren den befragten lesbischen Frauen unbekannt, bei 13% der Täter handelte es sich um Nachbarn, 10% der Täter stammten aus dem Bekanntenkreis der befragten lesbischen Frauen, bei 5% der Täter handelte es sich um den ehemaligen Ehemann. Die Gewalt gegen die befragten Frauen war in 3% der Fälle von der ehemaligen Partnerin und in einem Prozent der Fälle von der aktuellen Partnerin ausgegangen (Ohms 2000). Andere Untersuchungen gehen von einer erheblich höheren Gewaltrate in lesbischen Beziehungen aus (vgl. ILGA 2006, S. 34/35).

Gewalt gegen offen lebende Lesben hat auch Auswirkungen auf versteckt lebende Lesben. Mit Gewalt gegen Lesben verfolgen die Täter das Ziel, die angegriffenen lesbischen Frauen für ihren Geschlechterrollenübertritt zu sanktionieren und sie wieder auf die Rolle der angepassten und heterosexuellen Frau zurückzuwerfen. Gesellschaftlich dienen Diskriminierungen und Gewalt gegen einzelne Lesben dem Ziel, andere Lesben zu bedrohen und sie damit in ihrer Lebensgestaltung einzuschränken und sie zum Verstecken ihrer soziosexuellen Identität zu zwingen. Versteckt Leben kann erhebliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Wolf 2004).

Werden lesbische oder bisexuelle Mädchen und Frauen zum Ziel von Diskriminierungen, Mobbing oder gegen ihre körperliche Integrität gerichteten Angriffen, können gravierende psychische, körperliche und soziale Beeinträchtigungen resultieren. An körperlichen Folgen ist alles möglich, was Mädchen und Frauen durch Angriffe von anderen Personen davontragen können. Dies können vorübergehende oder auch dauerhafte körperliche Verletzungen sein, die oft auch mit Schmerzen, Schwindelgefühlen und Beeinträchtigungen in der Körperwahrnehmungsfähigkeit verbunden sind. Fast alle angegriffenen lesbischen Frauen reagieren auch mit Wut und dem Gefühl der Demütigung auf die Verletzung ihrer Grenzen (Ohms 2000). Eine psychische Reaktion auf Diskriminierungen, Mobbing und Gewalt ist die Angst vor einer Wiederholung der Angriffe (Lesbenberatung 1994). Aus dem Bemühen heraus, sich vor erneuten Angriffen zu

schützen, entwickeln die betroffenen Frauen eine erhöhte Sensibilität und richten ihre Gedanken auf das Geschehene. Dies kann zu Anspannungen führen, die von starken Stimmungsschwankungen oder reduziertem Affekterleben, Konzentrationsschwierigkeiten und ständigem Grübeln über das Geschehene begleitet sein können. Im Verlauf der Verarbeitung von Diskriminierungen und Gewalt können bei den Betroffenen auch weitere psychische und körperliche Reaktionen auf die Belastungen (Knoll et al. 1997, Müller & Faulseit 2001) sowie Beeinträchtigungen in Entwicklungsaufgaben wie z.B. im Coming-out-Prozess (Müller & Faulseit 2001) auftreten.

Die Erfahrung wiederholter antilesbischer Bemerkungen, die Belastungen durch andauerndes Mobbing oder auch eine mehrfache Traumatisierung durch Angriffe gegen die körperliche und sexuelle Integrität können die Widerstandskraft der betroffenen Frauen schwächen und zu Depressionen, Verlust der Selbstachtung, Energieverlust, vermindertem Interesse an Aktivitäten, Verzweiflung oder krisenhaften Reaktionen führen. So fand Herek (1991) in einer umfangreichen Untersuchung bei Lesben und Schwulen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Erfahrungen antilesbischer/antischwuler Gewalt und depressiven Symptomen. Psychische Beeinträchtigungen und auch das nach den Befunden einiger Untersuchungen vermutlich erhöhte Suizidrisiko von Lesben werden oft nicht als Gewaltfolgen erkannt.

Viele Lesben entwickeln nach Diskriminierungserfahrungen Misstrauen gegenüber Personen, die sie mit den Tätern in Verbindung bringen, verändern ihr Verhalten, ziehen sich zurück und schränken sich in ihrem öffentlichen Leben ein (Lesbenberatung 1994). Viele machen sich auch Vorwürfe, sich nicht ausreichend gegen den/die Täter gewehrt zu haben und folgen damit der innerhalb der Gesellschaft tradierten Haltung, nicht etwa nach der Schuld der Täter, sondern vielmehr nach den Verantwortlichkeiten der von einem Angriff Betroffenen zu fragen (Ohms 2000). Sexistische Angriffe können auf Seiten der davon betroffenen Lesben Schamgefühle und Gefühle von Demütigung oder Beschmutzung auslösen (Stein-Hilbers et al. 1999). Nach einer Verletzung ihrer sexuellen Selbstbestimmung ist es für lesbische Mädchen und Frauen besonders schwer, darüber zu sprechen und sich Unterstützung zu suchen, da sich einer Veröffentlichung dieser Erfahrungen zusätzliche gesellschaftliche Tabus entgegenstellen.

### **Untersuchungen zum Gesundheitshandeln lesbischer Frauen und zur Epidemiologie von Erkrankungen bei Lesben**

Die Ergebnisse von Studien deuten darauf hin, dass sich Lesben in dieser Gesellschaft mit spezifischen Belastungen auseinandersetzen müssen. Es gibt auch Hinweise darauf, dass Lesben sich in verschiedenen Aspekten ihres gesundheitsbezogenen Handelns von Heteras

unterscheiden können. Befunde aus größeren epidemiologischen Studien zur Lesbengesundheit in den USA zeigen, dass Lesben seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen (O' Hanlan 1995, ILGA 2006). Eine Übersicht europäischer Studien zur psychischen Gesundheit von lesbischen Frauen zeigte, dass lesbische Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen ein erhöhtes Risiko für affektive Erkrankungen, Substanzmissbrauch und selbst verletzendes Verhalten tragen. Die Unterschiede zeigten sich besonders im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz, weniger in Bezug auf das gegenwärtige Auftreten (Dennert 2006). Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass Lesben als Reaktion auf die gesellschaftliche Abwertung ihrer Lebens- und Liebesweise gerade zu Beginn der Bewusstwerdung ihrer soziosexuellen Identitätsentwicklung ein höheres Risiko für selbstdestruktive Verhaltensweisen, psychische Störungen oder Suizidgefährdung tragen können (Gruskin 1999, S. 65-66).

Repressionen gegen junge Lesben im Coming-out können die „üblichen Probleme“ der Pubertät massiv verschärfen und krisenhaften Entwicklungen Vorschub leisten (D'Augelli & Garnets 1995, Hershberger & D'Augelli 1993). Nach Wieland (1999) erfahren lesbische wie auch schwule Jugendliche gerade dort Ablehnung, wo sie am ehesten auf Unterstützung und Begleitung zählen: unter Gleichaltrigen, bei Eltern, in der Schule und auch in Einrichtungen der Jugendhilfe. Sie leben die Zeit, bevor sie ihr Lesbisch- oder Schwulsein öffentlich machen, isoliert von anderen Lesben und Schwulen und haben für ihre Sexualität und für viele soziale Verhaltensweisen kaum Orientierungshilfen. Ihre Identitätsentwicklung ist dementsprechend stark belastet. Diese Risiken lesbischer/schwuler Sozialisation gewinnen wahrscheinlich zusätzlich an Gewicht bei Jugendlichen, die aus benachteiligten sozialen Schichten stammen (Wieland 1999, S. 55-56).

In einer Studie der Berliner Senatsverwaltung (1999) beschrieben die befragten jungen Lesben Einsamkeit als eines ihrer häufigsten Probleme. Daneben hatten viele von ihnen Probleme mit ihren Eltern und/oder konnten mit niemandem über ihre Gefühle sprechen. Von Jugendlichen mit Suizidversuch wurden diese drei Probleme besonders häufig genannt. Fast zwei Drittel der jungen Lesben hatten schon einmal mit Alkohol, Drogen oder anderen alarmierenden Strategien auf Probleme reagiert. Sechs von zehn befragten jungen Lesben, Schwulen und Bisexuellen hatten schon einmal daran gedacht, ihrem Leben ein Ende zu setzen, die Mädchen/Frauen etwas häufiger als die Jungen/Männer. 18% der befragten lesbischen, schwulen und bisexuellen Jugendlichen hatten bereits einen (oder mehrere) Suizidversuch(e) hinter sich. 15% der weiblichen und 8% der männlichen Befragten waren schon einmal von zu Hause weggelaufen. Insgesamt nannten die Mädchen/Frauen häufiger destruktive Strategien als die Jungen/Männer. In ihren offenen Antworten berichteten sie relativ häufig von Ess-Störungen (6%), Selbstverletzungen (5%) und Depressionen/Tablettensucht (2%). Die Befunde von Dennert (2005) zeigen, dass junge Lesben mehr rauchen als Heteras und somit auch ein erhöhtes Risiko für die daraus

resultierenden Erkrankungen tragen (Bronchialkarzinome, koronare Herzkrankheit, Hirn-Ischämien, arterielle Verschlusskrankheit, Blasen- und Pankreaskarzinome, vgl. Classen, Diehl & Kochsiek 2004, S. 202). Über 90% der in der Studie der Berliner Senatsverwaltung (1999) befragten jungen Lesben, Schwulen und Bisexuellen versteckten ihre soziosexuelle Identität in verschiedenen sozialen Kontexten, um sich vor weiteren Belastungen zu schützen. Nur ca. 8% der befragten jungen Lesben, Schwulen und Bisexuellen lebten weitgehend offen (Senatsverwaltung 1999). Auch Hershberger & D'Augelli (1999) und Bradford & White (2000) haben darauf aufmerksam gemacht, dass offen lebende lesbische und schwule Jugendliche im Coming-out besonders gefährdet sind, die Belastungen durch antihomosexuelle Übergriffe mit Suchtmittelkonsum, Ess-Störungen und anderen gesundheitsschädigenden Handlungen emotional abzuwehren. Nach Dworkin (1999) können die Schikanen gegen lesbische, schwule und bisexuelle Jugendliche zu Entwicklungsrückschritten im Coming-out-Prozess führen, wie z.B. zum erneuten versteckt Leben zu einem Zeitpunkt, an dem der/dem Jugendlichen die eigene soziosexuelle Identität bereits klar ist.

Im Laufe ihrer Biografie gelingt es offensichtlich vielen lesbischen Frauen, sich Ressourcen für eine Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu schaffen. Dies steht wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer verbesserten Selbstakzeptanz als Resultat des Coming-out-Prozesses und der Einbindung in ein die lesbische soziosexuelle Identität stärkendes soziales Netz. So machen die Daten von Dennert (2005) deutlich, dass ältere Lesben sich deutlich gesundheitsbewusster verhalten als jüngere. Einige Forschungsbefunde deuten darauf hin, dass Lesben und Schwule relativ häufig Psychotherapie in Anspruch nehmen (Brown 1999, S. xiii, Jones & Gabriel 1999, Reinberg & Roßbach 1995, Roberts et al. 1995, Stein-Hilbers et al. 1999).

Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass die lesbische Lebensweise Möglichkeiten schaffen kann, sich vom herrschenden Schlankeitsdruck zu distanzieren und somit auch einen protektiven Faktor in Bezug auf die Entwicklung von Essstörungen darstellen kann (Siever 1996). Die Daten zum tatsächlichen Körpergewicht lesbischer Frauen differieren allerdings. Während die Befunde von Dennert (2005) aus der BRD darauf hinweisen, dass einige Lesben einen sehr niedrigen BMI aufweisen, sprechen andere Untersuchungen eher von einem häufig erhöhten BMI bei lesbischen Frauen (ILGA 2006). Diese unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse lassen sich u.a. darauf zurückführen, dass die Befunde in unterschiedlichen lesbischen Communities gewonnen wurden. Die befragten Lesben brachten in den unterschiedlichen Communities jeweils unterschiedliche Sozialisationserfahrungen mit, die wiederum differenzierten Einfluss auf ihren Umgang mit Ernährung nahmen.



Leider sind viele Untersuchungen zur Lesbengesundheit mit Problemen behaftet. So werden zahlreiche Erkrankungen nicht aufgeführt (z.B. Bronchialkarzinome) und es ist sehr schwierig, mit solchen Untersuchungen versteckt lebende lesbische Mädchen und Frauen zu erreichen. Gerade versteckt lebende Lesben haben jedoch vermutlich auch mit speziellen Herausforderungen an ihre Gesundheit zu kämpfen.

### **Spezifische Belastungen im Coming-out-Prozess**

Bei lesbischen Frauen, die sich in ihren Coming-out-Prozess begeben, treten zahlreiche Veränderungen in zentralen lebensbestimmenden Bereichen ein. So können lesbische Coming-out-Prozesse mit Veränderungen des sozialen Netzes, der PartnerInnenbeziehung, der Arbeits- und Lebenssituation, des religiösen/spirituellen Wertesystems, des soziokulturellen Umfeldes, der politischen Einstellungen etc. einhergehen. Lesben im Coming-out-Prozess integrieren zahlreiche neue Lernerfahrungen. Sie müssen sich mit erheblichen Belastungen durch antilesbische Diskriminierungen und Gewalt auseinandersetzen, können sich aber auch besonders im äußeren Coming-out neue Ressourcen erschließen. Erst durch eine umfassende Betrachtung unter Berücksichtigung der sozialen und gesellschaftlichen Gegebenheiten, in denen lesbische Mädchen und Frauen leben, können auch die Bedeutungen ihrer gesundheitlichen Entwicklungen erfasst werden.

Die Arbeit von Wolf (2004) legt nahe, dass es im lesbischen Coming-out-Prozess mehrere Situationen geben kann, die mit spezifischen, auch gesundheitsrelevanten Belastungen einhergehen können. Gleichzeitig zeigt die Arbeit auch Ressourcen lesbischer Frauen auf, die auch ihre Gesundheit unterstützen können.

Wenn Lesben *versteckt leben*, haben sie sich mit den Folgen des Verschweigens und dem Fehlen eines sozialen Netzes, in dem sie mit ihrer soziosexuellen Identität aufgehoben sehen können, auseinandersetzen. Forschungen zu den gesundheitlichen Folgen des Verschweigens bedeutsamer Lebenserfahrungen (Pennebaker 1993) legen die These nahe, dass ein Verschweigen der lesbischen soziosexuellen Identität auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann.

Bei ihren Auseinandersetzungen mit ihrer soziosexuellen Identität sind lesbische Mädchen und Frauen vor der Initiierung ihres äußeren Coming-out wegen der gesellschaftlichen Stigmatisierung lesbischer Lebensweisen weitgehend auf innere Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten

angewiesen sind. In der *Zeit der intensiven Auseinandersetzung mit der sexuellen Identität* kann der Konflikt zwischen dem Bedürfnis, die Identität zu benennen und damit auch weiter zu entwickeln und der Angst vor Sanktionen massiv zunehmen. In diesem Konflikt können Krisen und Belastungssymptome auftreten. Es ist nicht leicht, in solch einer Situation die eigene Gesundheit zu erhalten. So greifen manche Lesben in dieser Konfliktlage auch auf gesundheitsschädigende Handlungsstrategien zurück, um ihre Gefühle und Gedanken zu regulieren (z.B. durch süchtiges Verhalten).

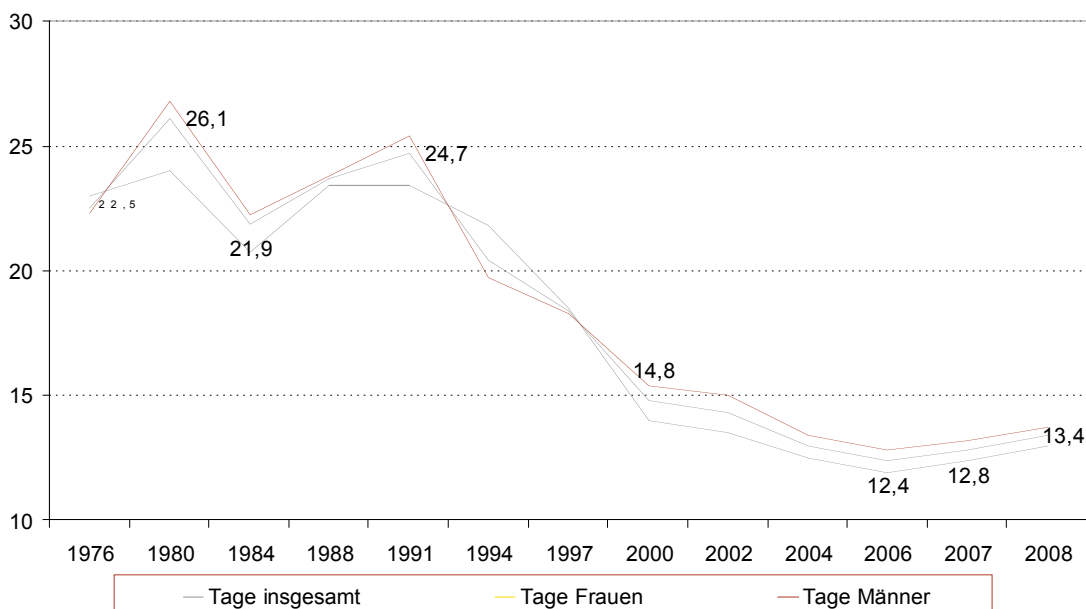
Wenn lesbische Mädchen und Frauen sich im *äußeren Coming-out* für ein *Offenleben* entscheiden, begeben sie sich damit in das Risiko, von Menschen angegriffen zu werden, die Lesben als Angehörige einer bestimmten sozialen Gruppe betrachten, gegen die sie ihre Vorurteile richten. Die Belastungen im äußeren Coming-out können besonders diejenigen Lesben sehr hart treffen, die Situationen, in denen ihnen Gewalt angetan wird, nicht ohne weiteres verlassen können (z.B. sehr junge Lesben oder Lesben, die in homophob geprägten Institutionen leben müssen).

Trotz dieser Belastungen schaffen es viele lesbische Frauen, sich zu outen und ihre Gesundheit zu erhalten. Mit ihrem äußeren Coming-out/Going-public bringen lesbische Frauen offensichtlich einen Prozess voran, in dessen Verlauf sie ihre kognitiven Konzepte erweitern und Veränderungen ihrer äußeren Situation (Wohnumfeld, Arbeitsplatz etc.) initiieren. Soziale Unterstützung im äußeren Coming-out geht meist von anderen lesbischen Frauen aus. Durch eine Integration ihrer neuen Erfahrungen können lesbische Mädchen und Frauen auch ihre Ressourcen erweitern. Damit kann das äußere Coming-out auch neue Möglichkeiten eines selbstbewussten und gesundheitsfördernden Handelns eröffnen.

### **Theoretische Ansätze und Modelle zu gesundheitlichen Entwicklungen in Coming-out-Prozessen**

Bereits 1981 hat sich Virginia Brooks mit einer Analyse möglicher Zusammenhänge zwischen Belastungen, gesundheitlichem Status und soziosexueller Identität auseinander gesetzt. Sie bezog schon damals die gesellschaftsstrukturell bedingten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in ihre Überlegungen mit ein. Mehr als zehn Jahre später Meyer (1995, 2007) die „Minoritäts-Stress-Theorie“, die die gesundheitlichen Auswirkungen des Drucks von Seiten der VertreterInnen einer gesellschaftlichen Mehrheit gegen Angehörige einer gesellschaftlichen Minderheit zu fassen versucht. Sanders beschrieb 1996 in seinem Ansatz die inneren Auswirkungen einer heterosexistischen Gesellschaftsstruktur auf Lesben und Schwule. DiPlacido (1998) erweiterte

später die Überlegungen von Meyer (1995) und ging dabei erneut gezielt auf die spezielle Situation lesbischer Frauen ein.



### LGB-Minoritätenstress-Modell nach Meyer

(Abbildung aus: Meyer/Northridge, New York 2007, *The Health of Sexual Minorities*, S. 248)

### Wie reagieren medizinische/psychotherapeutische/psychiatrische Systeme darauf, wenn Lesben als Klientinnen sichtbar werden?

Lesbische und bisexuelle Klientinnen nehmen aus ganz unterschiedlichen Gründen die Leistungen medizinischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Systeme in Anspruch. Mit der Information, dass sie lesbisch sind, gehen sie dabei oft sehr vorsichtig um. Unabhängig davon, mit welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sich eine Lesbe auseinandersetzt, steht sie vor einer Konsultation eines Mediziners/einer Medizinerin bzw. einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten immer auch vor der Entscheidung, ob und inwieweit sie ihre Lebensweise benennen kann. Manche Lesben vertreten selbst die Ansicht, es sei irrelevant, ob ihr Arzt/ihre Ärztin ihre soziosexuelle Identität kenne. Interessanterweise wird diese Ansicht selbst von vielen lesbischen Klientinnen vertreten und auch von manchen lesbischen Ärztinnen. Eine beträchtliche Anzahl lesbischer Frauen outet sich nicht einmal als Klientin im Setting einer langfristigen psychotherapeutischen Behandlung (Reinberg & Roßbach 1995, Dennert 2005). Betrachtet man demgegenüber, dass heterosexuelle ÄrztInnen, TherapeutInnen und KlientInnen mit ihrer Lebensweise offen umgehen, wird hier ein Missverhältnis in den Möglichkeiten, einen entscheidenden Aspekt der eigenen Persönlichkeit im medizinischen/psychotherapeutischen Setting benennen zu können, deutlich. Die Möglichkeit, die eigene soziosexuelle Identität als Klientin im medizinischen/psychotherapeutischen Setting benennen zu können, ist wichtig zur

Bildung einer Vertrauensbeziehung zwischen Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeut/Psychotherapeutin. Eine lesbische oder eine bisexuelle Frau, die sich im medizinischen/psychotherapeutischen Setting nicht outen kann, muss damit gleichzeitig bedeutsame soziale Beziehungen verschweigen oder falsch darstellen. Ihre Compliance kann dadurch, dass die Ärztin/der Arzt bzw. die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut die Lebensumstände der Klientin nicht erfassen kann, beeinträchtigt sein.

Die Gründe dafür, dass Lesben ihre soziosexuelle Identität im medizinischen/psychotherapeutischen Setting verstecken, liegen in den dort weit verbreiteten lesbenfeindlichen Einstellungen.

Der medizinisch-psychotherapeutische Bereich gehört in unserer Kultur zu den gesellschaftlichen Bereichen, in denen traditionell die entscheidenden Positionen von Männern besetzt wurden. Von Medizinern und Psychologen sind zahlreiche Sichtweisen und Praktiken ausgegangen, die Frauen pathologisieren und in ihrer unterprivilegierten gesellschaftlichen Rolle festhalten sollen. In aktuellen fachbezogenen Lehrbüchern finden sich noch zahlreiche Ausführungen, durch die Frauen von Medizinern und Psychologen abgewertet werden.

Medizin und Psychologie spielen auch eine unrühmliche Rolle in der Geschichte und den aktuellen Erfahrungen von lesbischen Frauen. Um homosexuelle Entwicklungsprozesse zu verhindern, bemühten (und bemühen) sich Forscher, den „Ursachen“ der Homosexualität auf die Spur zu kommen. Aus den so durchgeführten medizinischen und psychologischen Forschungen wurden und werden Modelle zur „Entstehung“ und Klassifikation von Homosexualität entwickelt. So gilt Homosexualität je nach theoretischer Ausrichtung der Forschenden als gesellschaftliche Bedrohung, als Sünde, Krankheit, Persönlichkeitsstörung oder eben als „Hormonstörung“. In psychoanalytischen Ansätzen wurde Homosexualität als „Perversion“ und als „psychoneurotisch“ konzipiert und damit diffamiert. Auch aktuell gibt es noch zahlreiche MedizinerInnen und PsychologInnen, die auf der Basis solcher diskriminierenden Modelle „Therapien“ lesbischer und schwuler KlientInnen durchführen (vgl. dazu Wolf 2009).

Offiziell gilt „Homosexualität“ in keinem der anerkannten diagnostischen Systeme mehr als „Krankheit“. Die Weltgesundheitsorganisation hat 1990 die diskriminierende Diagnose der „Homosexualität“ aus dem aktuell gültigen ICD 10 gestrichen (ILGA 2006). Im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ wurde Homosexualität per se auf Druck engagierter Lesben und Schwuler bereits seit 1973 nicht mehr als psychische Störung eingestuft. Stattdessen (und ebenfalls problematisch) wurde 1987 die Kategorie „Nicht Näher Bezeichnete Sexuelle Störung“

eingeführt. Die Diagnose der „Nicht Näher Bezeichneten Sexualstörung“ ist unter anderem definiert durch „andauerndes und ausgeprägtes Leiden an der sexuellen Orientierung“. Damit können Lesben, Schwule und bisexuelle Frauen und Männer pathologisiert werden, für die die Auseinandersetzungen mit ihrer soziosexuellen Identität mit erheblichen inneren Belastungen verbunden sind. Dass die Ursachen dieser Belastungen in dem für diese Gesellschaft strukturellen Heterosexismus liegen, wird an dieser Stelle im DSM nicht benannt.

Lesbische Frauen müssen mit Diskriminierungen innerhalb des Gesundheitssystems rechnen. Dies gilt sowohl für Deutschland als auch für den ausführlicher untersuchten US-amerikanischen Raum. Werden beispielsweise Angehörige therapeutischer Berufe direkt oder mittels eines Fragebogens nach ihren Einstellungen befragt, so antworten sie in der Regel weniger homophob als die Gesamtbevölkerung und geben an, sie stünden lesbischen und schwulen KlientInnen nicht abwertend gegenüber. Untersuchungen mit Verfahren, die weniger anfällig für Verzerrungen im Sinne sozial erwünschter Antworten sind, machen allerdings deutlich, dass PsychotherapeutInnen oft geneigt sind, auf der Basis gesellschaftlicher Stereotypen zu agieren. So ordnen viele PsychotherapeutInnen Informationen, die ihnen lesbische und schwule KlientInnen geben, vorurteilsbehaftet ein. PsychotherapeutInnen erinnern sich unzutreffend an das, was lesbische und schwule KlientInnen ihnen berichtet haben und zeigen auch ein deutliches Vermeidungsverhalten in der Interaktion mit lesbischen und schwulen KlientInnen (Bieschke et al. 1999).

Viele der gegenwärtig lehrenden und arbeitenden TherapeutInnen versuchen mit einer Mischung aus persönlichen Vorbehalten und veraltetem Wissen auf lesbische Klientinnen regulierend einzuwirken (Behrmann & Trampenau 1991, S. 93/94, Bieschke et al. 1999, Cabaj & Stein 1996, Gruskin 1999, Lesbenberatung 1994, Rauchfleisch 2002).

Mehr als zwei Drittel von in den USA befragten lesbischen und schwulen MedizinerInnen kennen KlientInnen, die wegen ihrer soziosexuellen Identität mit dem Ziel einer Konversion behandelt worden sind und fast alle haben von KollegInnen abwertende Kommentare über lesbische und schwule KlientInnen gehört. Mehr als die Hälfte der lesbischen und schwulen MedizinerInnen kennen auch KollegInnen, die sich weigern, Lesben oder Schwule wegen einer Erkrankung fachgerecht zu behandeln. Besonders häufig werden lesbische und schwule MedizinerInnen in der Psychiatrie und in der Gynäkologie von KollegInnen diskriminiert (O'Hanlan 1995, Schatz & O'Hanlan 1994). Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass auch viele lesbische, schwule und bisexuelle MedizinerInnen im Gesundheitssystem nicht offen leben. Wenn medizinische Institutionen heterosexistischen Druck auf KollegInnen ausüben, braucht sich niemand zu wundern, dass lesbische, schwule und bisexuelle KlientInnen diesen Druck spüren und sich gegen ein Coming-out im medizinischen Setting entscheiden.

Sowohl von Seiten lesbischer Klientinnen als auch von ForscherInnen und von ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen gibt es immer wieder Berichte über ärztlichen/psychotherapeutischen Voyeurismus gegenüber Lesben, abwertendes „mitleidsvolles“ Verhalten, Verletzung der Schweigepflicht, grobe Behandlung oder Zurückweisung lesbischer Frauen, über moralisierende lesbenfeindliche Vorverurteilungen, invasive Fragerei, abwertende Kommentare und über Missachtung der Partnerin einer lesbischen Klientin. 15 bis 70% der in Studien befragten Lesben konnten von solchen negativen Erfahrungen berichten (Bieschke et al. 1999, Frossard 2000). Viele MedizinerInnen und PsychologInnen sind sich offensichtlich der heterosexistischen Vorannahmen, die sie in ihrer Arbeit benutzen, nicht bewusst. Die oberste Stufe der Akzeptanz scheinen TherapeutInnen oftmals darin zu sehen, dass sie homosexuelle und heterosexuelle Orientierungen und Lebensstile als „das Gleiche“ bezeichnen. In der Ausbildung lernen angehende MedizinerInnen und PsychologInnen in der Regel nichts über einen angemessenen und kompetenten Umgang mit lesbischen Klientinnen.

Diskriminierende Äußerungen und Handlungen von PsychotherapeutInnen lassen sich wie folgt zusammenfassen (vergl. Garnets et al. 1991):

- TherapeutInnen mangelt es an Wissen über lesbische Identitätsentwicklungen. Sie betrachten beispielsweise lesbische Entwicklung nur für Erwachsene als möglich, interpretieren lesbische Identitäten als ein ausschließlich sexuelles Verhalten oder werten lesbische Identitäten als „Phase“ ab.
- TherapeutInnen unterschätzen die Wichtigkeit lesbischer Beziehungen.
- TherapeutInnen sprechen sich allein deshalb für die Auflösung einer Beziehung aus, weil sie lesbisch ist.
- TherapeutInnen benutzen häufig ein ausschließlich ein heterosexuelles Bezugssystem.
- TherapeutInnen betrachten Lesben und Schwule per se als schlechte Eltern und sprechen sich gegen ein Sorgerecht für Lesben und Schwule aus.
- In der Ausbildung tätige TherapeutInnen verbreiten Mythen und Vorurteile über Lesben und Schwule.

Psychopathologisierenden Vorannahmen auf Seiten vieler TherapeutInnen führen auch dazu, dass die Behandelnden die Problemlagen lesbischer Frauen (wie z.B. Diskriminierungen, Stigmatisierung und Ausgrenzung) nicht erkennen. Die weit verbreiteten Wissensdefizite und die homophoben Haltungen auf Seiten medizinischer und psychologischer TherapeutInnen können mit dazu beitragen, dass Selbstakzeptanz und Coming-out ihrer lesbischen Klientinnen erschwert

werden. Für Lesben stellt es also ein risikoreiches Unterfangen dar, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. Aus Angst vor Diskriminierungen und aufgrund von konkreten Diskriminierungserfahrungen begegnen viele Lesben VertreterInnen des medizinischen und psychologischen Systems mit Misstrauen, vermeiden die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen, nehmen bei Beschwerden seltener als heterosexuelle Frauen Kontakte ins medizinische System auf, schieben notwendige Behandlungen auf, vermeiden die Konsultierung von MedizinerInnen oder PsychotherapeutInnen insgesamt oder outen sich nicht gegenüber den behandelnden MedizinerInnen (Stevens 1994, VanScoy 1997 und Zeidenstein 1990).

Diskriminierungen durch MedizinerInnen führen dazu, dass lesbischen Frauen adäquate diagnostische Maßnahmen, kunstgerechte Behandlungen und der Respekt für ihre Menschenwürde im therapeutischen Setting vorenthalten werden. TherapeutInnen, die an negativen Sichtweisen über Lesben festhalten, erfassen die Gesundheitsrisiken lesbischer Mädchen und Frauen unkorrekt, attribuieren die Ursachen von Symptomaten fehlerhaft und können lesbischen Mädchen und Frauen keine adäquate Gesundheitsvorsorge anbieten. Homophobie auf Seiten therapeutisch Tätiger hat negative Auswirkungen auf die Gestaltung und Wirksamkeit therapeutischer Beziehungen und ist verantwortlich für negative Therapieverläufe.

Viele Lesben nutzen bei ihrer Suche nach geeigneten MedizinerInnen/PsychotherapeutInnen Informationen aus der Szene bzw. von Freundinnen. Dieses Verfahren ist offensichtlich sinnvoll. Lesbische Frauen, die ihre Therapeutinnen aufgrund von in der Szene weitergegebenen Informationen auswählen, erfahren die anschließende Therapie auch als hilfreicher (Bieschke et al. 1999). Ein kompetenter und respektvoller Umgang mit lesbischen Klientinnen trägt deutlich zu einer verbesserten Gesundheitsvorsorge bei. Lesben, die sich gegenüber den von ihnen konsultierten MedizinerInnen outen können, nehmen bei gesundheitlichen Problemen eher Kontakt zu ihren ÄrztInnen auf, sind zufriedener mit ihrer medizinischen Versorgung und nehmen auch eher regelmäßig präventive Untersuchungen in Anspruch (Bradford & White 2000, Gruskin 1995, White & Dull 1998).

### **Lesbengerechte Angebote im Gesundheitswesen fördern die Gesundheit lesbischer Mädchen und Frauen**

Wenn sich eine lesbische oder bisexuelle Frau für die Konsultation von MedizinerInnen und/oder PsychotherapeutInnen entscheidet, ist der Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Klientin und MedizinerIn/Psychotherapeutin grundlegend für eine kompetente Behandlung. Leitlinie von Umgang mit lesbischen Klientinnen im medizinischen Setting sowie in der Psychotherapie sollte

also ein lesbische oder bisexuelle Identitäten und Lebensweisen akzeptierender Standpunkt von MedizinerInnen/PsychotherapeutInnen sein.

Coming-out-Prozesse und ein Offenleben lesbischer Mädchen und Frauen sollten auch in medizinischen und psychotherapeutischen Kontexten unterstützt werden. D.h. auch, dass psychotherapeutische und medizinische Settings so gestaltet werden müssen, dass Lesben bei einem Coming-out nicht mit Schikanen rechnen müssen.

In der therapeutischen Situation ist von MedizinerInnen/PsychotherapeutInnen auf eine sensible Wortwahl zu achten, die der Selbstwahrnehmung und den Lebensumständen der Klientin gerecht wird. Durch die von MedizinerInnen/BeraterInnen und/oder TherapeutInnen gewählten Begriffe sollten den Klientinnen die Möglichkeiten offen gelassen werden, ihre soziosexuelle Identität selbst zu definieren (Frossard 2000). Das bedeutet beispielsweise konkret, dass ein/e MedizinerIn oder Psychotherapeut/in gegenüber Klientinnen bei Fragen nach sozialen Beziehungen auch von „Partner oder Partnerin“ sprechen sollte und somit bereits in der Sprachwahl beide Möglichkeiten einer PartnerInnenwahl berücksichtigt. Die Sprachwahl von PsychotherapeutInnen/ÄrztInnen ist ein wichtiges Kriterium für deren fachliche Eignung.

Therapien fokussieren oft auf die Probleme und Belastungen von KlientInnen. Diese Fokussierung wird sowohl von MedizinerInnen/PsychotherapeutInnen als auch von KlientInnen, die von einer Behandlung oder Psychotherapie ja eine Problembewältigung erwarten, vorgenommen. Hinzu kommt speziell bei lesbischen Mädchen und Frauen, dass in der Literatur bislang eher ihre Schwierigkeiten thematisiert worden sind und nur wenig Wissen über die Ressourcen lesbischer Mädchen und Frauen weitergegeben wird. Therapeutische Interaktionen sollten trotzdem (oder gerade deshalb) auch **ressourcenorientiert** durchgeführt werden. Ressourcen sind entscheidend zur Unterstützung von Veränderungsprozessen und auch für die Stärkung salutogenetischen Handelns. Auch im medizinischen Setting sollte deshalb der Fokus sowohl auf die individuellen Ressourcen der Klientin als auch auf die Ressourcen, die sich bei einer lesbischen Lebensweise eröffnen, gerichtet werden. Hierbei ist auch zu beachten, dass unterschiedliche Ressourcen ineinander greifen und sich verstärken können (so können beispielsweise Kontakte zu anderen lesbischen Frauen auch den Zugang zu weiteren Ressourcen eröffnen). Informationen über die lesbische Community und die für die Klientin erreichbaren Angebote für lesbische Frauen können bei der Suche nach einem passenden sozialen Netzwerk unterstützen.

In der **Zeit der intensiven Auseinandersetzung mit der soziosexuellen Identität und zu Beginn des äußeren Coming-out** sind Gesprächsangebote besonders wichtig, um Belastungen



durch das Schweigen und der daraus resultierenden sozialen Isolation entgegenzutreten zu können. Da gerade diese Zeit für lesbische Mädchen und Frauen mit starken Anforderungen verbunden ist, sollte in Therapiesituationen nach weiteren Möglichkeiten der Entlastung gesucht werden. So ist es zum einen wichtig zu benennen, dass viele frauenliebende Frauen im Coming-out-Prozess eine solche vorübergehende Zeit der Anspannung erleben, zum anderen sollte auch darauf hingewiesen werden, dass die Gründe für die Belastungen in der strukturellen Benachteiligung lesbischer Frauen liegen. Realitätsangemessene Informationen über lesbische und bisexuelle Lebensweisen können eine Entlastung darstellen und auch die Entscheidung bezüglich der soziosexuellen Identität und Lebensweise unterstützen.

Im **äußeren Coming-out** sollten die Bedingungen und sozialen Umfeldler, in denen ein lesbisches Mädchen/eine lesbische Frau lebt, auch danach betrachtet werden, in welchen sozialen Umfeldern Widerstand und in welchen Unterstützung im Coming-out-Prozess zu erwarten ist. Zu einem äußeren Coming-out sollte zunächst in den sozialen Situationen geraten werden, in denen positive Reaktionen zu erwarten sind. In diesem Zusammenhang kann auch darüber gesprochen werden, ob und wie Umfeldler, in denen Widerstand zu erwarten ist, verlassen werden können. Wenn eine soziale Situation, in der Widerstand zu erwarten ist, zunächst einmal nicht verlassen werden kann, muss hier ein Coming-out besonders sorgfältig abgewogen werden.

Besonders im medizinischen Setting kann sich die Entscheidung für oder gegen ein äußeres Coming-out schwierig erweisen. Ist eine lesbische Frau darauf angewiesen, aufgrund einer Erkrankung beispielsweise das Team einer Universitätsklinik zu konsultieren, so können HausärztInnen die Klientin unterstützen, indem sie sie gezielt an die KollegInnen dort weiter verweisen, die zu einem kompetenten und wertschätzenden Umgang mit lesbischen Frauen in der Lage sind. Lesbenberatungsstellen, Lesbentelefone und Frauengesundheitszentren verfügen oft über Informationen zu lesbengerecht arbeitenden Medizinerinnen und Psychotherapeutinnen.

Ein weiterer wichtiger Themenbereich in einer lesbengerechten Behandlung umfasst den **Umgang mit Erfahrungen mit Diskriminierungen und Gewalt** (Frossard 2000). Im Gesundheitswesen Tätige sollten die gesellschaftlichen Repressionen gegen lesbische Mädchen und Frauen wahrnehmen und Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen bei lesbischen Klientinnen ansprechen können (Frossard 2000).

Es ist hier auch wichtig, Erfahrungen mit Diskriminierungen und Gewalt innerhalb medizinischer und psychotherapeutischer Settings zu beachten. Wenn lesbische Frauen von MedizinerInnen/PsychotherapeutInnen diskriminiert oder angegriffen werden, empfiehlt sich ein Wechsel des Mediziners/der Medizinerin bzw. des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.

Aber was ist, wenn der diskriminierende Mediziner **die** Koryphäe vor Ort für beispielsweise Brustkrebserkrankungen ist? In Situationen, in denen keine Informationen darüber vorliegen, ob MedizinerInnen, die konsultiert werden müssen, zu einem respektvollen Umgang mit einer lesbischen Klientin in der Lage sind, sollte ein Coming-out sorgfältig abgewogen werden.

Es ist im Vorstehenden deutlich geworden, dass Lesben im Zusammenhang mit den Belastungen durch die gesellschaftliche Stigmatisierung ihrer Lebensweise und durch Diskriminierungen und Gewalterfahrungen auch verschiedene **gesundheitliche Beeinträchtigungen** entwickeln können. Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen bedürfen einer differenzierten Auseinandersetzung. Sie sollten sorgfältig in ihrer Entstehungsgeschichte analysiert werden. Dabei ist zu beachten, dass die soziosexuelle Identität nicht als „Schuldfaktor“ für eine Erkrankung präsentiert wird (Frossard 2000). Symptomaten erfüllen in bestimmten Situationen einen Sinn für die betreffenden Mädchen und Frauen, können vor Belastungen schützen und ermöglichen oftmals eine Distanzierung von Stress-Situationen, für die im Moment keine besseren Überlebensstrategien zur Verfügung stehen. Bei der therapeutischen Bearbeitung von Belastungssymptomen sollte einerseits deren ursprüngliche Sinnhaftigkeit beachtet und gewürdigt, andererseits müssen die beeinträchtigenden und selbstschädigenden Aspekte von Symptomen aufgegriffen und andere Umgangsweisen mit Belastungen erlernt werden.

**Das Ideal der starken, autonomen Lesbe** kann sowohl der Bearbeitung von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen als auch der Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Problemen entgegenstehen. Dem Berichten besonders von gesundheitlichen und auch von psychischen Beeinträchtigungen steht oft auch die Angst von lesbischen Klientinnen entgegen, als schwach zu erscheinen und ein schlechtes Licht auf ihren lesbischen Lebensentwurf fallen zu lassen, wenn sie auch als offen lebende Lesbe noch mit Problemen zu kämpfen hat. Hier ist es wichtig, dass MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen die Möglichkeit lesbischer Frauen, Belastungen durch ein starkes Gegenideal zu verdecken, bekannt ist und dass sie eine lesbische Klientin auch auf potentielle gesundheitliche Probleme und auf tabuisiertes gesundheitsschädigendes Handeln ansprechen können.

Informationen über verschiedene Unterstützungsangebote für Lesben erweitern die Wahlmöglichkeiten und schaffen die Grundlagen für lesbische Mädchen und Frauen, sich auch im Gesundheitssystem für die Wege zu entscheiden, die ihnen in ihrer Situation am ehesten entsprechen.

Ohms und Müller haben (2004, S. 44) einen Kriterienkatalog erarbeitet, mit denen Institutionen ihre

Offenheit für lesbische und bisexuelle Klientinnen prüfen können (Ohms & Müller 2004, S. 44). Dieser Kriterienkatalog umfasst die Sichtbarkeit von Angeboten für lesbische und bisexuelle Klientinnen sowie die fachbezogene, Vernetzungs- und spezifische Beziehungskompetenzen der in der Institution tätigen Professionellen und eignet sich für die Evaluation der Strukturqualität von Institutionen in der Versorgung lesbischer und bisexueller Klientinnen:

## **Qualitätskriterien, um die Zugänglichkeit/Erreichbarkeit von Einrichtungen für lesbische und bisexuelle Klientinnen zu überprüfen**

modifiziert von G. Wolf nach GLMA (2006) und Ohms & Müller (2004, S. 44)

### **Sichtbarkeit von lesbischen und bisexuellen Frauen:**

- Wird eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit geleistet, die lesbische und bisexuelle Frauen mit einschließt?
- Werden Angebote für lesbische und bisexuelle Frauen offeriert?
- Sind in den Räumen auch Plakate, Symbole, Faltblätter, Informationsmaterial vorhanden, die sich an lesbische und bisexuelle Frauen richten? Sind Zeitschriften, Literatur und andere Materialien für lesbische und bisexuelle Frauen vorhanden?
- Gibt es offen lesbische und offen bisexuelle Mitarbeiterinnen?

### **Fachliche Kompetenz:**

- War die Vermittlung von Kenntnissen über Homosexualität und lesbische und bisexuelle Lebensweisen Teil der Ausbildung der MitarbeiterInnen? Werden diese Kenntnisse auch in der Arbeit umgesetzt?
- Werden Fortbildungsangebote zu homosexuellen Lebensweisen angeboten und wahrgenommen?
- Gehören zur Fachliteratur auch Themen wie der Ablauf von Coming-out-Prozessen, Art, Ausmaß und Auswirkungen von Gewalt und Diskriminierung auf lesbische und bisexuelle Frauen, Auswirkungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf den sozialen Nahraum und die Beziehungen?
- Wird auf eine inklusive Sprache geachtet?
- Werden Anamneseformulare und testdiagnostische Instrumente verwandt, die es möglich machen, lesbische, transgender und bisexuelle Lebensweisen anzugeben?
- Wird auf heterozentristische Formulierungen verzichtet?
- Besteht ein reflektierter Umgang mit Klientinnen mit Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen?
- Ist eine fachkompetente Reaktion auf negative Erfahrungen von lesbischen und bisexuellen Klientinnen mit GesundheitsversorgerInnen möglich?

### **Vernetzung und Überweisung:**

- Ist die Einrichtung mit anderen Einrichtungen, die ergänzende Angebote haben, vernetzt?
- Gibt es eine Kooperation mit Kriseneinrichtungen, Krankenhäusern, der Polizei und Beratungsstellen für lesbische und bisexuelle Frauen?
- Gibt es eine aktuelle interdisziplinäre Verweisdatei, in der Angebote, die offen für lesbische und bisexuelle Frauen sind, verzeichnet sind?

### **Einstellung der MitarbeiterInnen**

- Wird die homosexuelle Lebensweise ebenso akzeptiert und wertgeschätzt wie die heterosexuelle?
- Hat eine Auseinandersetzung mit der Konstruktion von Normalität stattgefunden?
- Hat eine Auseinandersetzung mit der eigenen psychosexuellen Orientierung der Teammitarbeitenden stattgefunden?
- Gehört es zum Selbstverständnis der Institution, einen diskriminierungsfreien Raum zu schaffen?

## **Veränderungsbedarf innerhalb des Gesundheitswesens für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung lesbischer und bisexueller Mädchen und Frauen**

Die Vielzahl von Schutzstrategien, auf die lesbische Klientinnen Rückgriff nehmen müssen, wenn sie medizinische und/oder psychotherapeutische Dienste in Anspruch nehmen müssen, weist deutlich auf einen Handlungsbedarf zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsdienste für lesbische Frauen hin. In den USA haben lesbische Frauen bereits in Reaktion auf Homophobie und Heterosexismus im allgemeinen Gesundheitswesen eigene Gesundheitssysteme aufgebaut (Bradford & White 2000). In einigen bundesdeutschen Städten gibt es unterdessen (vielfach „ehrenamtlich“ = unbezahlt getragene) Beratungsangebote für lesbische Mädchen und Frauen, die für die Lesbengesundheit von erheblicher Bedeutung sind. Die Verankerung von Basiswissen über lesbische Lebensweisen gehört in Deutschland immer noch nicht zur ärztlichen/psychotherapeutischen Ausbildung und es gibt auch noch keine einzige Klinik, in der explizit lesbengerecht gearbeitet wird.

### **Daraus leiten sich folgende Forderungen für eine Verbesserung des Gesundheitssystems für lesbische und bisexuelle Mädchen und Frauen ab:**

1. Die Forschung zur Lesbengesundheit muss finanziell unterstützt werden, denn bislang ist die Datenlage zum Thema in der BRD unzureichend.
2. Hinreichend dokumentiert sind die Diskriminierungen, durch die Lesben eine gute gesundheitliche Versorgung in der BRD vorenthalten wird. Hier muss eine Verankerung des vorhandenen Fachwissens zu lesbischen und bisexuellen Lebensweisen in die Grundausbildung von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen stattfinden, damit Vorurteile auf Seiten der im Gesundheitswesen Tätigen durch Fachwissen ersetzt werden können.
3. In der Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt bzw. zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten muss auch eine Auseinandersetzung mit Homophobie stattfinden.
4. Fachverbände im Gesundheitssystem (wie der AKF) sollten die o.a. Qualitätskriterien ihren Mitfrauen und Mitgliedern zugänglich machen, diese selbst umsetzen und Fortbildungen zum Thema anbieten
5. Eine große Gefährdung für die Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen und Mädchen geht von der Diskriminierung und Gewalt gegen nicht-heterosexuell lebende Menschen in dieser Gesellschaft aus. Hier sind gesellschaftspolitische Maßnahmen für eine primäre und sekundäre Gewaltprävention notwendig (vergl. hierzu Ohms 2000, Ohms & Müller 2001).

## Literatur

Balsam, Kimberly F./ Beauchaine, Theodore P. & Rothblum, Esther D.: Victimization Over the Life Span: A Comparison of Lesbian, Gay, Bisexual, and Heterosexual Siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005, No 3, 477-487.

Behrmann, Kathrin & Trampenau, Bea: *Mit der Doppelaxt durch den Paragraphen-Dschungel*. Hamburg: FrühlingsErwachen. 1991.

Bischoff, Sandra/ Grenz, Wilfried & Sielert, Uwe: *Gleichgeschlechtliche Lebensweisen in Schleswig-Holstein*. Kiel 1999. (Erhältlich über: Ministerium für Frauen, Jugend, Wohnungs- und Städtebau des Landes Schleswig-Holstein).

Bieschke, Kathleen J./ McClanahan, Mary / Tozer, Erinn/ Grzegorek, Jennifer L. & Park, Jeeson: Programmatic research on the treatment of lesbian, gay, and bisexual clients: the past, the present, and the course for the future. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HglInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 309-335.

Bradford, Judith & White, Jocelyn C.: *Lesbian Health Research*. In: Goldman, Marlene B. & Hatch, Maureen C. (Hginnen): *Women & Health*. San Diego/San Francisco/New York/Boston/London/Sydney/Tokyo: Academic Press, 2000, S. 64–78.

Brooks, Virginia R.: *Minority Stress and Lesbian Women*. Lexington/Massachusetts/Toronto: Lexington Books. 1981.

Brown, Laura S. : (foreword). In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HglInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. xiii.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland*. Berlin: Verlag W. Kohlhammer. 2001. (Erhältlich über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 11018 Berlin).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. –Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse–*. Bonn. 2005.

Cabaj, Robert P. & Stein, Terry S. (Hg.): *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. 1996.

Classen, Meinhard/ Diehl, Volker & Kochsiek, Kurt (Hrsg.): *Innere Medizin*. München & Jena: Urban & Fischer. 2004.

D’Augelli, Anthony R. & Garnets, Linda D.: *Lesbian, Gay, and Bisexual Communities*. In: D’Augelli, Anthony R. & Patterson, Charlotte J. (HglInnen): *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan*. New York: Oxford University Press. 1995, S. 293-320.

Dennert, Gabriele: *Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland*. Herbolzheim: Centaurus. 2005.

Dennert, Gabriele: Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2006, 38. Jg. (3), 559-576.

DiPlacido, Joanne: Minority Stress Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. A Consequence of Heterosexism, Homophobia, and Stigmatization. In: Herek, Gregory M. (Hg.): *Stigma and Sexual Orientation. Understanding Prejudice Against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues (Vol. 4)*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications. 1998, S. 138-159.

Dworkin, Sari H.: Individual therapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HglInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999, S. 157-181.

Frossard, Jacqueline: *Lesbische Frauen in der Psychotherapie*. Dissertation, vorgelegt der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel. Basel. 2000.

Garnets, Linda/ Hancock, Kristin A./ Cochran, Susan D./ Goodchilds, Jaqueline, & Peplau, Letitia Anne: Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. A survey of psychologists. *American Psychologist*, 46 (9), 1991, S. 964-972.

GLMA (Gay & Lesbian Medical Association): Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. 2006.

<http://www.clark.wa.gov/public-health/hiv/documents/GLMA%20Welcoming.pdf>,

Meldung vom 21.10.2009

Gruskin, Edith Paige: The contra costa lesbian/bisexual women's health study. Unpublished master's thesis. University of California, Berkeley 1995. (Literaturangabe aus: Gruskin, Edith Paige: *Treating Lesbians and Bisexual Women*. London/New Delhi/Thousand Oaks: Sage Publications. 1999, S. 175).

Gruskin, Edith Paige: *Treating Lesbians and Bisexual Women*. London/New Delhi/Thousand Oaks: Sage Publications. 1999.

Helfferich, Cornelia/ Hendel-Kramer, Anneliese/ Tov, Eva & Troschke, Jürgen von (AutorInnen)/ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hgin): *Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen: Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung/Abteilung für Medizinische Soziologie*, Freiburg. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer. 1997.

Herek, Gregory M.: Stigma, prejudice and violence against lesbians and gay men. In: Gonsiorek, John C. & Weinrich, James D. (Hg.): *Homosexuality: Research Implications for Public Policy*. Newsbury Park, CA: Sage Publications. 1991, S. 60-80.

Hershberger, Scott L. & D'Augelli, Anthony R.: Issues in counseling lesbian, gay, and bisexual adolescents. In: Perez, Ruperto M./ DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (HglInnen): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC.: American Psychological Association. 1999.

ILGA (International Lesbian and Gay Association): *Lesbian and Bisexual Women's Health: Common Concerns, Local Issues. Issue 121, March 2006*.

Jones, MaryAnn & Gabriel, Martha A.: Utilization of psychotherapy by lesbians, gay men, and bisexuals: findings from a nationwide survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (2), April 1999, S. 209-219.

Knoll, Christopher/ Edinger, Manfred & Reisbeck, Günter: Grenzgänge-Lesben und Schwule in der Arbeitswelt. München: Edition Gay Studies im Profil-Verlag. 1997.

Lesbenberatung-Ort für Kommunikation, Bildung, Kultur und Information e.V.: Zwischen Ohnmacht und Wut. Gewalt gegen Lesben. Berlin. 1994. (Erhältlich über: Lesbenberatung-Ort für Kommunikation, Bildung, Kultur und Information e.V., Kulmer Str. 20a, 10783 Berlin).

Meyer, Ilan: Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health Sciences and Social Behavior*, 36 (March), 1995, S. 38-56.

Meyer, Ilan H.: Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In: Meyer, Ilan H. & Northridge, Mary E. (Hginen): *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*. Springer: New York. 2007, 242-267.

Müller, Karin & Faulseit, Andrea: Auswirkung von Diskriminierung und Gewalt auf lesbische Identität. In: Lesben Informations- und Beratungsstelle e.V. (Hgin): 1. Europäisches Symposium Gewalt gegen Lesben. Berlin. 2001, S. 53-62. (Erhältlich über LIBS e.V., Alte Gasse 38, 60313 Frankfurt).

O'Hanlan, Katherine A.: Lesbian health and homophobia: Perspectives for the treating obstetrician/gynecologist. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility*, 18 (4), 1995, S. 97-133.

Ohms, Constance: *Gewalt gegen Lesben*. Berlin: Querverlag. 2000.

Ohms, Constance & Müller, Karin/ Anti-Gewalt-Projekt der Lesben Informations- und Beratungsstelle Frankfurt am Main e.V. (Hg.): *Gut aufgehoben? Zur psychosozialen Versorgung lesbischer Frauen mit Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen*. Frankfurt 2001. (Erhältlich über: Anti-Gewalt-Projekt LIBS e.V., Alte Gasse 38, 60323 Frankfurt am Main).

Ohms, Constance & Müller, Karin (Hginen): *Macht und Ohnmacht. Gewalt in lesbischen Beziehungen*. Berlin: Querverlag. 2004.

Pennebaker, James W.: Overcoming inhibition: Rethinking the roles of personality, cognition, and social behavior. In: Traue, Harald C. & Pennebaker, James W. (Hg.): *Emotion, inhibition and disease*. Kirkland, WA. 1993, S.100-115.

Rauchfleisch, Udo: Therapieschäden bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Klientinnen und Klienten. In: Märtens, Michael & Petzold, Hilarion (Hg.): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag. 2002, S. 282-292.

Reinberg, Brigitte & Roßbach, Edith: *Stichprobe Lesben* (3. Auflage). Pfaffenweiler: Centaurus-Verlags-Gesellschaft. 1995.

Roberts, Susan Jo & Sorensen, Lena: Lesbian health care: A review and recommendations for health care promotion in primary care settings. *Nurse Practice*, 20 (6), June 1995, S. 42-47.



Sanders, Gary L.: Die Liebe, die ihren Namen zu nennen wagt: Von der Heimlichkeit zur Offenheit bei schwuler und lesbischer Neigung. *System Familie*, 9, 1996, S. 153-166.

Schatz, B. & O'Hanlan, K.: Anti-gay discrimination in medicine: Results of a national survey of Lesbian, Gay and Bisexual Physicians. San Francisco 1994. Zitiert in: Gruskin, Edith Paige: *Treating Lesbians and Bisexual Women*. London/New Delhi/Thousand Oaks: SAGE Publications. 1999, S. 42.

Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen: Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin. 1999. (Erhältlich über: Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Beuthstr. 6-8, 10117 Berlin).

Siever, Michael D.: The Perils of Sexual Objectification: Sexual Orientation, Gender, and Socioculturally Acquired Vulnerability to Body Dissatisfaction and Eating Disorders. In: Alexander, Christopher, J. (Hg.): *Gay and Lesbian Mental Health. A Sourcebook for Practitioners*. New York/London: Haworth Park Press. 1996, S. 223-247.

Stein-Hilbers, Marlene (Projektleitung)/ Holzbecher, Monika/ Klodwig, Bernadette/ Kroder, Uta/ Soine, Stefanie/ Goldammer, Almuth & Noack, Inka (Projektmitarbeiterinnen) (Hg.: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen): *Gewalt gegen lesbische Frauen: Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen*. Düsseldorf. 1999. (Erhältlich über das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf).

Stevens, Patricia E.: Protective strategies of lesbian clients in health care environments. *Research in Nursing & Health*, 17, 1994, S. 217-229.

VanScoy, Holly: Health behavior in lesbians. In: Gochman, David S. (Hg.): *Handbook of health behavior research III. Demography, Development, and Diversity*. New York: Plenum Press. 1997, S. 141-162.

White, Jocelyn C. & Valerie T. Dull: Room for Improvement: Communication Between Lesbians and Primary Care Providers. In: Ponticelli, Christy M. (Hgin): *Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care: Opening Doors*. New York, London: Haworth Press. 1998, S. 95-110.

Wieland, Norbert: Lesbische/schwule Jugendliche-dazu fällt der Jugendhilfe wenig ein. In: Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen (Hg.): *Anti-Diskriminierungsgesetz für Berlin!?* Berlin. 1999, S. 55-60. (Erhältlich über: Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Beuthstr. 6-8, 10117 Berlin).

Wolf, Gisela: *Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess*. Herbolzheim: Centaurus 2004.

Wolf, Gisela: Konversions- und „reparative“ Therapien. [www.lesbengesundheit.de](http://www.lesbengesundheit.de), Meldung vom 23.9.2009.

Zeidenstein, Laura: Gynecological and Childbearing Needs of Lesbians. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35 (1), January/February 1990, S. 10-18.

Weitere Daten zur Lesbengesundheit: [www.lesbengesundheit.de](http://www.lesbengesundheit.de)

## ZUR GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN DEN GLOBALEN ARMUTSREGIONEN

### **Katja Maurer**

Die letzte Tote vom Juni 1993 hieß Margarita López Santos und war vor mehr als vierzig Tagen verschwunden. Am Tag ihres Verschwindens war sie für die dritte Schicht von neun Uhr abends bis fünf Uhr früh eingeteilt. Ihren Kolleginnen zufolge war sie wie immer pünktlich zur Arbeit erschienen – Margarita galt als außergewöhnlich zuverlässig und pflichtbewusst, weshalb ihr Verschwinden in die Zeit nach dem Schichtwechsel und dem Verlassen der Fabrik fallen muss. Margarita López kam also um halb sechs aus der Fabrik. Das steht fest. Dann verließ sie auf unbeleuchteten Straßen das Industriegelände. Vielleicht sah sie den Lieferwagen, der jede Nacht an einem verlassenen Rondell neben dem Parkplatz der Maquiladora-WS-Inc. stand und Milchkaffee, kalte Getränke und Backwaren aller Art an die kommenden und gehenden, meist weiblichen Arbeiter verkaufte. Sie hatte jedoch keinen Hunger oder wusste, dass zu Hause ein Essen auf sie wartete, und ging weiter. Sie ließ den Industriepark und den immer ferneren Lichtschein der Maquiladoras hinter sich. Sie überquerte die Hauptstraße nach Nogales und nahm den Weg durch die Siedlung Guadalupe Victoria, für den sie nicht mehr als eine halbe Stunde brauchte. Dahinter würde die Siedlung San Bartolomé auftauchen, wo sie wohnte. Alles in allem ein Fußmarsch von rund fünfzig Minuten. Aber irgendwo auf dem Weg kam es zu einem Zwischenfall oder zum Äußersten, und ihrer Mutter sagte man später, es könne doch sein, dass sie mit einem Mann durchgebrannt sei. Sie ist erst sechzehn, sagte die Mutter, und ein anständiges Mädchen. Vierzig Tage später fanden Kinder ihre Leiche unweit einer alten Baracke in der Siedlung Maytorena. Ihre linke Hand ruhte auf einem Büschel Guaco-Blätter. Wegen des Zustands der Toten war der Gerichtsmediziner nicht in der Lage, die genaue Todesursache festzustellen. Dafür war einer der an der Bergung der Leiche beteiligten Polizisten in der Lage das Guaco zu erkennen. Gut gegen Mückenstiche, sagte er, beugte sich und pflückte einige der lanzettförmigen, harten grünen Blätter.

Der chilenische Schriftsteller Roberto Bolano erzählt diese fiktive Geschichte von Margarita López in seinem auf Deutsch posthum in diesem Jahr erschienen Roman 2666. Gar nicht fiktiv ist die Realität, die er als Romanvorlage benutzte. In seinem Roman heißt die Stadt Santa Teresa in Wirklichkeit Ciudad Juarez, im Norden Mexikos gelegen. Auch „Stadt der toten Mädchen“ genannt. Hier sind in den letzten zehn Jahren etwa 600 Mädchen und Frauen ermordet worden. Maquiladora-Arbeiterinnen, Rechtsanwältinnen, Migrantinnen auf dem Weg in die USA. Kaum einer der Fälle ist aufgeklärt worden, manche der ermordeten Frauen bleiben für immer namenlos.

Ihr Tod wird als Kollateralschaden einer Globalisierung gezählt, die Menschen zwingt, sich überall und unter allen Bedingungen auf die Suche nach Lohn und Brot zu begeben. Die Namenlosigkeit der ermordeten Frauen, damit das Fehlen von Empathie und Trauer für ihr Leben und Schicksal, symbolisiert so das „gefährdete Leben“, von dem die US-amerikanische Philosophin Judith Butler spricht. Das gefährdete Leben, das aus der öffentlichen Wahrnehmung ausgeschlossene Leben wie das der ermordeten Frauen in Ciudad Juarez stellt radikal die Frage danach welches Leben uns wie viel Wert ist.

Wenn ich hier über Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit und ihr globales Gesicht spreche, dann scheinen mir die systematischen Frauenmorde, die als Phänomen vor allen Dingen in Mittelamerika zu beobachten sind, ein unerträglich beredtes Beispiel dafür, wie Ausgrenzung, Armut, die Zerstörung sozialer Bindungen das Leben von Frauen, den weiblichen Körper an sich gefährdet. Wenn Judith Butler ein gleichermaßen „gültiges“ Leben als Ausgangspunkt von Wahrnehmung und Handlung beschreibt, dann muss eine Beschäftigung mit Frauengesundheit unter den heutigen Bedingungen diese soziale Ausgangslage mit erfassen.

### **Frauengesundheit ist eine soziale Frage – auch global**

Gesundheit ist eben nicht in erster Linie eine Frage des biomedizinischen Fortschritts und der Entwicklung neuester Pharmaprodukte, sondern zu allererst eine soziale Frage. Die Zahlen dazu liegen auf dem Tisch. Zwei Milliarden Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser. 800 Millionen leiden an Unterernährung. Die UN fürchten, dass das 21. Jahrhundert als Jahrhundert des Hungers in die Geschichte eingehen wird. Ein Drittel der Weltbevölkerung hat keinen sicheren Zugang zu den unentbehrlichen Medikamenten. In diesen Zahlen spiegelt sich – man möchte hinzufügen: noch – ein Nord-Süd-Verhältnis wider. Aber auch im Norden lässt sich soziale Ungleichheit am Zugang zu qualitativen Nahrungsmitteln messen und auch der Zugang zu Gesundheitsversorgung wird hier mit der Privatisierung der sozialen Sicherungssysteme und der Aufkündigung der solidarischen Absicherung für sozial Ausgegrenzte immer schwieriger. Das Nord-Süd-Gefälle wird so zu einer globalen Metapher. Privilegierte und unterprivilegierte Zonen, Zentrum und Peripherie sind mittlerweile eine charakteristische Verfasstheit für die meisten Länder.

Bislang schien dieser große Kluft im Gesundheitsstatus geographisch festgelegt. Die unterprivilegierten, arm gehaltenen Länder wiesen Negativ-Rekorde in Kinder- und Müttersterblichkeit sowie in der Lebenserwartung auf. In vielen entwickelten Ländern des Nordens schien zumindest der Zugang zum Gesundheitswesen einigermaßen gerecht verteilt.

Den US-amerikanischen Filmemacher Michael Moore veranlasste diese Errungenschaft eines sozialdemokratisch orientierten Wohlfahrtsstaates in seinem Film „Bowling for Colombine“ zu einer Eloge auf Kanada. Bei seiner Untersuchung des Schulmassakers von Colombine beschäftigt er sich mit der Frage, warum ein Fremder auf einem Grundstück in den USA ein hohes Tötungsrisiko durch den Besitzer eingeht und in Kanada bei gleichen liberalen Waffengesetzen nicht einmal die Türen verschlossen sind. Die Antwort des Films ist recht verblüffend: Der an den Bedürfnissen aller ausgerichtete gerechte Gesundheitszugang in Kanada schafft ein Klima der sozialen Integration und Sicherheit. Die systematische Ausgrenzung des US-amerikanischen Systems hingegen, das nirgendwo so sichtbar wird wie in der unterschiedlichen Gesundheitssituation der Menschen, führt zu einer Gesellschaft voller Angst und Misstrauen. Und zu einer extremen Zunahme von Gewalt. Dazu gehört auch die eingangs beschriebene Gewalt gegen Frauen.

Armut macht krank und Krankheit macht arm – dieser Satz gilt längst weltweit. Die Welt teilt sich so nicht mehr ein in reichen Norden und armen Süden, sondern in Gewinner und Verlierer. Die systematische Ausgrenzung der „Verlierer“, ihr Ausschluss vom sozialen Sein ist in Leben oder in Lebensjahren zu messen. Nur an ihrer Situation lässt sich letztlich messen, wie sich die Gesundheitssituation der Menschen in der Welt darstellt. Die Kommerzialisierung der Gesundheit als weltweite Tendenz ist dabei das Menetekel, das das höchst Gut des Menschen, das Leben selbst, zur Ware macht.

### **Brain Drain von Gesundheitsarbeiterinnen aus dem Süden**

Was bedeutet das für die Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit? Zunehmende Gewalt und gerade für Frauen zunehmende informelle Beschäftigungsverhältnisse und zunehmende Migration im Land oder in andere Länder auf der Suche nach Arbeit. Dabei ist das Gesundheitswesen in den privilegierten Regionen traditionell ein Bereich, der immer wieder Gesundheitsarbeiterinnen aus aller Welt anwirbt und vorhandenen Fachkräftemangel auf diese Weise ausgleicht.

### **Umverteilung von Arm nach Reich, von Süd nach Nord**

Der Brain-Drain von Gesundheitsarbeiterinnen ist ein Phänomen des sich globalisierenden Arbeitsmarktes und der sich verschlechternden Arbeitsbedingungen in den Gesundheitssystemen der Entwicklungsländer. Ähnlich wie in anderen Bereichen der sozialen Ungleichheit erleben wir auch hier eine Umverteilung von Arm nach Reich. In den Entwicklungsländern und Schwellenländern ausgebildete Gesundheitsarbeiterinnen wandern in den reichen Norden ab. Damit nicht nur ausgebildetes Personal, sondern auch die Ressourcen, die in ihre Ausbildung geflossen sind. 1990 betrug die Zahl der in Großbritannien registrierten Krankenschwestern, die im Ausland ausgebildet wurden, zehn Prozent. 2001 waren es mehr als die Hälfte. Die Gründe: Ein wachsender Bedarf in den entwickelten Ländern durch eine älter werdende Bevölkerung, eine

aktive Anwerbe-Politik der entwickelten Länder in den Entwicklungsländern, zum Teil betrieben von kommerziellen Anbietern. Die USA sind dafür bekannt, Gesundheitspersonal weltweit offensiv zu werben. 2010 werden die USA eine Million mehr Krankenschwestern brauchen.

Es gibt ja schließlich auch genug Gründe auszuwandern. Die Arbeits- und Einkommensbedingungen sind im Norden wesentlich besser. (Die Gesundheitsarbeiterinnen gehören zu den „privilegierten“ Migrantinnen, weil sie zumindest in den Gesundheitssystemen in formellen Beschäftigungsverhältnissen tätig sind.) Während die öffentlichen Gesundheitssysteme der armen Länder seit den 1980er Jahren durch die Strukturanpassungsmaßnahmen von Weltbank und Internationalem Währungsfonds systematisch ausgehöhlt wurden.

Das Drama dahinter erläutert der alternative Weltgesundheitsbericht (Global Health Watch): „Die Abwanderung von Gesundheitspersonal kann eine Abwärtsspirale in der Qualität der Gesundheitsversorgung auslösen, die ganz schwer umzukehren ist. Der Verlust von institutionellem Wissen, über das erfahrenes Personal verfügt, kann nicht einfach durch jüngere ersetzt werden. Je mehr Personal abwandert, umso größer wird der Arbeitsstress für die verbliebenen, ein Grund mehr, selbst zu gehen. Die Migration selbst einer kleinen Gruppe von erfahrenem und ausgebildetem Personal kann dramatische Auswirkungen auf die unterfinanzierten Gesundheitssysteme haben.“ (Global Health Watch, 2005 – 2006).

### **Vom öffentlichen ins private System**

Neben der Abwanderung von erfahrenem Gesundheitspersonal in den Norden, gibt es eine weitere Abwanderung vom öffentlichen Gesundheitswesen in das Private, vom Land in die Stadt. Je ärmer und marginalisierter die Region und die Menschen, umso schlechter versorgt sind sie mit gut ausgebildetem Personal. Je höher der Bedarf nach guter Versorgung umso geringer ist sie tatsächlich vorhanden. Ausgelöst wird dieses Phänomen durch die Privatisierung des Gesundheitswesens selbst in den ärmsten Regionen der Welt. Im Irak und in Afghanistan war die Privatisierung des Gesundheitswesens eine der Hauptmaßnahmen nach den Militärinterventionen. Privatisierung findet auch durch Hilfe statt. So haben die gut finanzierten AIDS-Programme zu einer völligen Verschiebung im Gesundheitswesen insbesondere in Afrika geführt. Hierhin ist Gesundheitspersonal abgewandert auf Kosten anderer ebenso wichtiger Gesundheitsprogramme. Die Auswirkungen auf die Frauengesundheit lassen sich statistisch nachweisen. Die Müttersterblichkeit, die sicherlich auch noch viele andere Ursachen hat, wächst mit abnehmender Anwesenheit von Gesundheitsarbeiterinnen.

### **Frauengesundheit und die Millennium-Entwicklungsziele**

Dies ist insofern interessant, da die Verminderung der Müttersterblichkeitsrate zu den zentralen Millenniumsentwicklungszielen (MDG) gehört, die die UNO im Jahr 2000 beschlossen haben. Bis 2015 soll sie um zwei Drittel gesenkt werden, so wie der Hunger halbiert. Zwei von acht MDGs, die beide – das ist jetzt schon klar, erheblich verfehlt werden. Nun kann frau sagen, dass die MDGs zu Recht von Gesundheitsfachleuten erheblich kritisiert werden. Nichtsdestotrotz deutet ihr angekündigtes Scheitern auf die globale Armuts- und Gesundheitskrise hin, die in den nächsten Jahren auf uns zukommen wird.

### **Wider technokratische Lösungen**

Die Kritik der Gesundheitsorganisationen an den MDGs lautet kurz gefasst. Es ist kein integrierter Ansatz, sondern die acht Ziele laufen unverbunden nebeneinander her. Es gibt keine Mechanismen der Partizipation und Mitbestimmung durch die betroffenen Länder und Zivilgesellschaften. Es sind im Gesundheitsbereich Programme mit einem Top-Down-Ansatz. Aktuell ist das besonders in Ländern wie Kenia oder Tansania zu sehen, in denen bis zu 20 verschiedene Gesundheitsprogramme mit internationaler Finanzierung (wie die großen Global Public Private Partnerships for Health wie „Roll back Malaria“, „Stop TB“ die Global Alliance for Vaccines and Immunisation“) parallel durchgeführt werden (WEMOS, 2004). Vielleicht noch problematischer ist, dass die Schwerpunkte dabei in aller Regel von außen verordnet werden. Das läuft der Entwicklung einer Kultur des Beteiligtseins, des Mitbestimmens, der „Ownership“ der Gesundheitsfachkräfte sowie der aktuellen und zukünftigen Patienten – also aller vor Ort relevanten Beteiligten – diametral entgegen.

### **Rückkehr zu Alma-Ata**

Die Millenniums-Entwicklungsziele haben solche ambitionierten Überlegungen wie die in Alma-Ata 1978 beschlossene Strategie der „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ abgelöst. Letztere hat in ihrem gesamten Denken und Programmen viel mehr die Politik der Beseitigung von sozialer Ungleichheit in den Mittelpunkt gerückt, statt einzelner Krankheitsthemen, die durch schnell durchzuführende Impfkampagnen in den Griff zu kriegen sind. In der WHO stellt sich nun mit der Finanzkrise die Frage nach einem anderen Denken in der Gesundheit neu. Und eine Rückbesinnung auf die Grundsätze von Alma-Ata und die Bekämpfung der sozialen Ungleichheit als einer der Hauptfaktoren für schlechte Gesundheit rückt wieder in den Mittelpunkt. Einer der Indikatoren für diesen Schwenk ist der 2008 verabschiedete Bericht zu den Sozialen Determinanten von Gesundheit, der in jeder Hinsicht lesenswert ist, weil er sich von dem kurativ-medizinischen, auf Individualversorgung und Selbstverantwortung ausgerichteten Ansatz verabschiedet.

## **Warum die Rückbesinnung auf Alma-Ata eine entscheidende Frage für die Frauengesundheit ist: Gewalt gegen Frauen**

Frauengesundheit wird gern auf die reproduktive Gesundheit von Frauen reduziert. MDG 5 ist dafür das beste Beispiel. Zwar ist das Verständnis von reproduktiver Gesundheit längst um die sexuelle Selbstbestimmung und Wahlfreiheit erweitert worden. Aber vielleicht wird an der desolaten Situation, in der wir uns heute befinden, deutlich, wie schwach der MDG-Ansatz ist. Denn die rasant zunehmende Gewalt gegen Frauen, die zunehmende Beschneidung von Wahlfreiheit in Fragen von Schwangerschaft sind Indikatoren für eine tiefe Krise der Frauengesundheit weltweit.

Es gibt in diesem Bereich Lieblings-Themen in der Öffentlichkeit. Insbesondere der Islam, nicht nur der islamische Fundamentalismus, und seine frauenfeindliche Aspekte werden gern lauthals diskutiert. Wenn man sich die Situation der Frauen in der Welt anschaut, die mit dem Thema Gewalt, sexueller Missbrauch, Mord konfrontiert sind, wird man schnell feststellen, dass diese Phänomene keinen in erster Linie religiösen Hintergrund haben. Im gar nicht islamischen Lateinamerika sind in den letzten Jahren nicht nur die Möglichkeiten für Abort in einigen Ländern erheblich eingeschränkt worden. Darunter in Nicaragua und Chile, wo auch der therapeutische Abort verboten wurde. In Mexiko haben Frauen zwar in der Hauptstadt durchsetzen können, dass Abort bis zu drei Monaten in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden darf. Die konservative neoliberale Regierung aber überlegt bundesweite Gesetze, um Landesgesetze aufzuheben und ähnliche restriktive und gesundheitsgefährdende Regeln zu erlassen wie in Nicaragua und Chile. Dieselbe Regierung hat vor wenigen Monaten einen der infamsten Staatsanwälte in Sachen Gewalt gegen Frauen zum Generalbundesanwalt ernannt. Herr Chavez Chavez war nämlich bis dato Staatsanwalt in Ciudad Juarez und hat in aufsehen erregenden Erklärungen die Opfer für ihren Tod verantwortlich gemacht. Die Straflosigkeit bei Frauenmorden hat nicht nur in Mexiko System

Auch in Guatemala werden jährlich 600 Frauen umgebracht, ohne dass eine nennenswerte Zahl von Tätern verurteilt worden wäre. Nach Umfragen haben 70 Prozent der Frauen in Lateinamerika Erfahrungen von häuslicher Gewalt, 30 Prozent haben ihren ersten sexuellen Kontakt gegen ihren Willen gehabt.

Diese tödliche Gewalt gegen Frauen wird in Lateinamerika „Feminizid“ genannt. Es gibt darauf keine einfachen Antworten. Ich würde aber die These wagen, dass der Nährboden des Machismo nur eine von vielen Ursachen ist. Die Zerstörung der sozialen Strukturen, die der Neoliberalismus

hinterlassen hat, die Auflösung sozialer Beziehungen, die brutalen Überlebensverhältnisse in der Ausgrenzung gehören als Ursachenbeschreibung genauso mit dazu wie die Straflosigkeit. Sie betrachtet Gewalt gegen Frauen als Kavaliersdelikt, genauso wie die Tötung von indigener Bevölkerung. (In Guatemala waren es 200.000 Morde), ebenso wie Korruption und Wirtschaftskriminalität. Mit einem Wort: Sie ist Ausdruck eines staatlichen Zerfalls, der nicht nur in Afrika, sondern auch in Ländern wie Mexiko, Guatemala oder vielleicht auch Italien zu beobachten ist. Mit direkten Auswirkungen auf die Frauen.

Die equitäre Strategie von Alma-Ata, das Denken in Kategorien von „bestmögliche Gesundheit für alle gleichermaßen“, ein gesellschaftlicher Umbau, der sozial ausgeglichene Verhältnisse ermöglicht – das wären die Prioritäten einer Gesundheitspolitik, die ihren Namen zum Schutz der Schwächsten wirklich verdiente. Das brächte auch mehr Schutz für Frauen.

### **Möglichkeiten alternativen Handelns**

Im Jahr 2000 hat nicht nur die UNO ihre Millennium-Entwicklungsziele verkündet. Im Jahr 2000 hat sich auch die globale alternative Gesundheitsbewegung neu formiert. Die Gründung des „People’s Health Movement“, das Basis-Gesundheitsinitiative aus aller Welt vereinigt und die Verabschiedung der „People’s Health Charta“, die Gesundheitspolitik wieder in die Sozialpolitik zurückholt und Zugang zu Gesundheit als Menschenrecht einfordert, waren ein Zeichen, dass die Traditionen alternativen Gesundheitsdenkens lange nicht tot sind.

Im Gegenteil, sie sind quicklebendig und höchst erfolgreich. Ein Beispiel aus Bangladesh.

Die wesentlich von Frauen getragene Gesundheitsorganisation Gonoshastaya Kendra (GK) entstand im Rahmen des Unabhängigkeitskrieges von Bangladesh in den 1970er Jahren. Einer der Gründungsväter ist der Arzt Zafrullah Chowdhury, der sehr schnell verstanden hat, dass man mit einem kurativen Verständnis die Gesundheitskatastrophe in Bangladesh, die extreme Unterversorgung der ländlichen Gemeinden und die schwierigen geographischen Bedingung nicht bewältigen kann. Ausgehend von den Überlegungen von Alma-Ata entstand bei GK ein Netz vorwiegend aus weiblichen Gesundheitspromotorinnen, die die Basisgesundheit von etwa einer Million Menschen in Bangladesh sichert. Mit erstaunlichen Ergebnissen. Laut einer Studie der Weltbank hat GK in den Gemeinden, in denen sie arbeitet Gesundheits-MDGs bereits erreicht.

Ein Beispiel ist die Müttersterblichkeit. Mutter-Kind-Programme gehören seit Gründung der Organisation zur grundlegenden Arbeit. In einer eigenen Schule, die direkt neben der eigenen Universität gelegen ist, bildet GK Frauen aus den entlegenen Regionen Bangladeshs zu Gesundheitsarbeiterinnen (Promotorinnen) aus.



Die Frauen leben während der Ausbildung in Unterkünften der Schule und kehren anschließend in ihre Heimatregionen zurück. Dort betreiben sie ausgehend von lokalen Gesundheitszentren GKs eine aufsuchende Gesundheitsbetreuung. Hier im Detail die Mutter-Kind-Programme, sie sind aber Teil eines Gesamtprogramms von Basisgesundheitsversorgung.

Das GK-Mutter-Kind-Programm besteht aus:

- regelmäßige, aufsuchende Schwangerschaftsbetreuung, Früherkennung von Risikogeburten, gezielte Präventionsaktivitäten (Tetanusimpfung der Mütter, Behandlung von Vaginalinfektionen, Verhinderung von Blutarmut, Beratung zu Ernährung, und Geburtsvorbereitung)
- Begleitung von Geburt und Wochenbett durch ausgebildete Professionelle, Paramedics und/oder traditionelle Hebammen – Organisation stationärer Geburt im vorhersehbaren Risikofall und Notfalleinweisungen bei unvorhergesehenen und nicht lösbaren Problemen in der Hausgeburt – Krankenversicherungsmodell zur Finanzierung der Kosten
- Nachverfolgung von mütterlichen und kindlichen Todesfällen unter der Geburt und Diskussion mit den beteiligten Familienmitgliedern über mögliche Ursachen des Todes und wie sie hätten vermieden werden können
- Fortsetzung der Betreuung der Kinder und Mütter, Impfungen, Angebote der reproduktiven Gesundheit incl. Familienplanung.

Und das sind die Ergebnisse dieser Arbeit im Vergleich mit entsprechenden Regierungsprogrammen:

- 100 % (47%) der schwangeren Frauen nehmen am Vorsorgeprogramm teil, 66% (21%) werden drei mal oder öfter besucht
- 97% (87%) wurden in der letzten Schwangerschaft gegen Tetanus geimpft
- 87% (24%) der Geburten werden von Professionellen (Paramedics, traditionellen Hebammen, ÄrztInnen) betreut.

Die Mutter-Kind-Programme von GK haben so nach ca. zehn Jahren Arbeit sowohl die MDG-Ziele für Mütter- wie für Kindersterblichkeit erreicht.

Worin besteht das Erfolgsmodell von GK. GK setzt auf Partizipation. Die Gemeinden, in denen die Programme stattfinden, sind bei der Entwicklung und Ausführung beteiligt. Die Promotorinnen werden geschult in der Einbeziehung der lokalen Strukturen in die Arbeit. Hauptsächlich Frauen sind die Akteurinnen der Programme, ihre Bildung und Weiterbildung, ihre Anbindung an GK und ihre Wertschätzung macht den Erfolg der Arbeit aus. GK mystifiziert nicht die Medizin, stellt nicht den Arzt als zentrale Autorität in den Mittelpunkt von Gesundheit, sondern vertritt die Philosophie

(lange vor Obama) „Yes, we can“ – wir können das selbst. Und GK und seine MitarbeiterInnen haben nie aufgehört, politisch zu intervenieren. Von den lokalen Organen bis zur nationalen Regierung und der internationalen Arbeit. Das Menschenrecht auf bestmögliche Gesundheit ist Mittelpunkt der politischen Arbeit von GK. Deshalb gehört die Organisation auch zu den wichtigsten Gründungsorganisationen des People's Health Movements. Es ist in jeder Hinsicht ein anderes politisches und menschenrechtlich ausgerichtetes Gesundheitsverständnis, das diese Arbeit so erfolgreich macht. Und nur mit einem solchen integrativen und höchstpolitischen Ansatz ist eine andere Gesundheit für Frauen denkbar.

## **DEPRESSION BEI UNTERSCHIEDLICHEN SOZIALEN FRAUENGRUPPEN**

**Dr. phil. Renate Degner,**

Psychologische Psychotherapeutin

Auch wenn der Titel meines Workshops suggeriert, dass ich jetzt Zahlen und Daten wiedergeben sollte und die Häufigkeiten und Ausprägungen von Depression referieren, muss ich Sie enttäuschen. Dies überlasse ich anderen Sozialwissenschaftlerinnen. Allerdings teile ich nachher schriftlich einige aktuelle epidemiologische und psychosoziale Daten zu „Depression“ aus.

Der Ablauf wird in etwa folgender sein:

1. Stelle ich Ihnen kurz ein wichtiges Instrument zu Diagnostik und Heil- Behandlung von unipolarer Depression vor: die Nationale Versorgungsleitlinie Depression (= NVL).<sup>4</sup>
2. Danach bitte ich Sie, aus Ihrem persönlichen Erfahrungsschatz mit depressiven Frauen zu schöpfen. Ich gehe davon aus, dass jede von Ihnen beruflich oder privat eine Frau kennt, die sie für klinisch depressiv hält, so dass eine WS-Übung mit explorativem Charakter sinnvoll wird.
3. Im Anschluss daran gebe ich Ihnen noch einige zusammengestellte Informationen aus der NVL an die Hand. Vielleicht auch, um anhand einiger Daten die von Ihnen im 2. Teil gemachte Erfahrung mit den Leitlinien-Empfehlungen zu vergleichen.

### **Ad 1.)**

Ich gehe davon aus, dass Sie alle wissen, dass in sämtlichen größeren Studien und Untersuchungen der westlichen Industrieländer (ebenso wie in den hier seltener vorliegenden nicht-westlichen Studien) der Anteil klinisch depressiver Frauen ein Mehrfaches der der Männer ist. Deswegen müsste die NVL auch einen Frauen-Bias aufweisen. – Ob dies so ist, wie sich das ausdrückt, ob wir das Frauenspezifische (in Diagnostik-, Therapie- oder Behandlungsanweisungen) expliziter hervorheben können, sind nur einige der handlungsrelevanten Fragen.

---

4 [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de)

## Erklärungen zu NVL unipolare Depression

Auch in unserem Gesundheitssystem und Sozialrecht wird Qualitätssicherung und -management immer wichtiger genommen. In diesem Zusammenhang forderte ab 1995 der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ besondere Standards und Leitlinien für ärztliches Handeln, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauen.

Definition: „Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Hilfen zur Entscheidungsfindung über die angemessene therapeutische Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“. „Sie sollen den Angehörigen des Berufs Orientierung im Sinne von Entscheidungsoptionen und Handlungsempfehlungen geben“.

Um der Vielzahl danach entstandener Interessen geleiteter Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften begegnen zu können, wurden seit 2002 vermehrt NVL erstellt. Für PsychotherapeutInnen ist erst eine NVL – nämlich zu unipolarer Depression – erstellt worden. Daran beteiligt waren 31 Fachgesellschaften, Berufsverbände, Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer, PatientInnen- und AngehörigenvertreterInnen etc., die in einem über mehrere Jahre laufenden komplexen Arbeitsprozess zu dem 260-Seiten Ergebnis führten. Der letzte Konsensusprozess war am 31. August 09 zu Ende, so dass die endgültige NVL-Fassung in der nächsten Zeit vorliegen müsste.

*Ich beziehe mich im folgenden auf die Langfassung vom 28.5.2009 „Version Konsultation 1.0.“*

Bevor wir zum Erfahrungsteil kommen, möchte ich Ihnen einige meiner Fragen nennen, die ich mir vor der Rezeption des NVL-Text gestellt habe. Ich habe die ca. 160 Textseiten dahingehend durchgelesen und werde Ihnen einige wesentliche Antworten im 3. Teil des WS als Kopie mitgeben.

- Wer sind die LeistungserbringerInnen?
- Gibt es Aussagen zum Rahmen, in dem Depression entstanden ist: z.B. Entwicklungs-/Reifungskrise, auch aufgrund von Arbeitslosigkeit, sozialem Abstieg – d.h. die gesellschaftliche Situation; Folge von Verlust; altersbedingt; Folge somatischer Erkrankung; Komorbiditäten etc.?
- Ist NVL-Vorgehen nur mittelschichtorientiert, so dass ‚bildungsferne‘ Sozialschichten nicht erreicht werden? Können die unterschiedlichen (Richtlinien-) therapeutischen Schulen auf ihren jeweiligen Handlungs-, Denk- oder Beziehungsebenen die NVL-Vorgaben modifizieren oder müssen sie einem Standard folgen?
- Woran kann „Depression“ als klinische Störung erkannt werden – und gibt es frauenspezifische Hinweise?
- Welche diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen geben die ExpertInnen auf Grundlage der evidenzbasierten Studienanalysen?
- Sind Bezugspersonen integriert?

## **Ad 2.)**

### **I. Grossgruppe**

Jetzt bitte ich Sie, in Ihrem Schatz der beruflichen oder persönlichen Erfahrungsdaten mit klinisch relevanter Depression bei Frauen zu suchen, um zu meinen nunmehr folgenden Fragen in Stichworten Daten zu notieren. Wobei Sie subjektiv entscheiden, was für Sie klinisch relevant wäre

- wann sie jemandem empfehlen würden, sich zu Therapie oder Beratung zu begeben aufgrund von Depression.
- Notieren Sie jetzt den (fiktiven) Namen einer depressiven Frau, der Sie empfehlen würden, sich aufgrund von Depression „in Therapie“ zu begeben. Stellen Sie sich die Frau so genau wie möglich vor Ihrem geistigen Auge vor.
- Fügen Sie dann einige persönliche Daten hinzu (z.B. Akademikerin, 53, liebt Kanarienvogel, etc.), so dass die Frau plastischer wird.
- Fügen Sie dann in Stichworten hinzu, was sie – die Frau mit ihren Worten – sagen würde, wenn sie ihre Leiden einer Psychotherapeutin, einer Hausärztin/einem Hausarzt/einer Gynäkologin etc. mitteilen müsste. Nennen Sie dabei fünf „Symptome“.
- Schauen Sie sich Ihre Notizen noch einmal an.

**II. In 3er-Gruppen** (Patientin/Therapeutin/Beobachterin) Rollenspiel: 1.) in eigener Gestaltung, wobei Austausch ungeleitet erfolgt. 2.) Mit Leitfragen aus NVL-Diagnostik-Vorschlag (Tabelle 12 „Leitfragen zur Symptomerfassung“).

**III. Austausch in Großgruppe.** Erfahrungsaustausch in Großgruppe und stichwortartige Ergebnispräsentation aufschreiben.

**Ad 3)** Austeilen meiner 10-seitigen (subjektiven) Zusammenstellung der wichtigsten Daten aus der NVL Depression.

## FRAUENLEBEN IM ALTER – JETZT UND IN ZUKUNFT

### Josefine Heusinger

An dem Workshop nahmen rund 20 Frauen teil, die ganz unterschiedliche berufliche Hintergründe hatten. Die Altersspanne war beträchtlich: Sowohl Frauen am Anfang der Erwerbsphase als auch solche, die diese bereits hinter sich haben, waren dabei.

Nach einer kurzen Kennenlernrunde begaben sich die Teilnehmerinnen auf eine angeleitete Phantasiereise in ihr 99. Lebensjahr, die an einem sonnigen Morgen im gemütlichen Bett beginnt...

Im Anschluss an diese Reise – auf die mitzukommen einigen schwer gefallen war, zu weit weg scheint ihnen diese Vorstellung – schrieben alle ihre Überlegungen zu den Themen

- Aktivitäten im Ruhestand
- Körper, Gesundheit, Krankheit
- Krankheit, Pflege, Verlust
- Freunde, Familie, Soziale Beziehungen
- Zukunftspläne

auf Karten, und zwar jeweils unter den Gesichtspunkten: was war gut – was brauche ich dafür/was war schlecht – was hat gefehlt.

Entlang der an die Pinnwände gehängten Karten entspann sich eine interessante Diskussion, in der persönliche Erfahrungen, Befürchtungen, Wünsche und Pläne einerseits, strukturelle Probleme und Anforderungen an Gesellschaft und Versorgungssystem andererseits zur Sprache kamen. Deutlich wurde, wie vielfältig das Alter selbst ist, und wie wichtig ökonomische und soziale Ressourcen für ein glückliches und gesundes Altern sind. Viele Ambivalenzen, z.B. Freiheit/Entpflichtung versus Nicht-mehr-gebraucht-werden/Nicht-mehr-für-andere-wichtig-sein, Sozial-Eingebunden-sein-wollen versus Niemandem-zur Last-fallen-wollen kamen zur Sprache.

Das heutige Versorgungsangebot für gebrechliche, pflegebedürftige Menschen wurde insgesamt als unzureichend, zu wenig individuell, schwer veränderbar und unterfinanziert charakterisiert. Keine der Frauen schien sich darauf zu freuen, auf dieses System angewiesen zu sein. Dafür gab es einen angeregten Austausch über Alternativen wie Wohngemeinschaften.

Zu allen Themen gab es von der Referentin fachliche, überwiegend praxisbezogene Inputs, zu den heutigen Rahmenbedingungen, aktuellen Konzepten und Ansätzen und weitreichenderen Zukunftsprojekten. Aus der Diskussion ergaben sich folgende Forderungen:

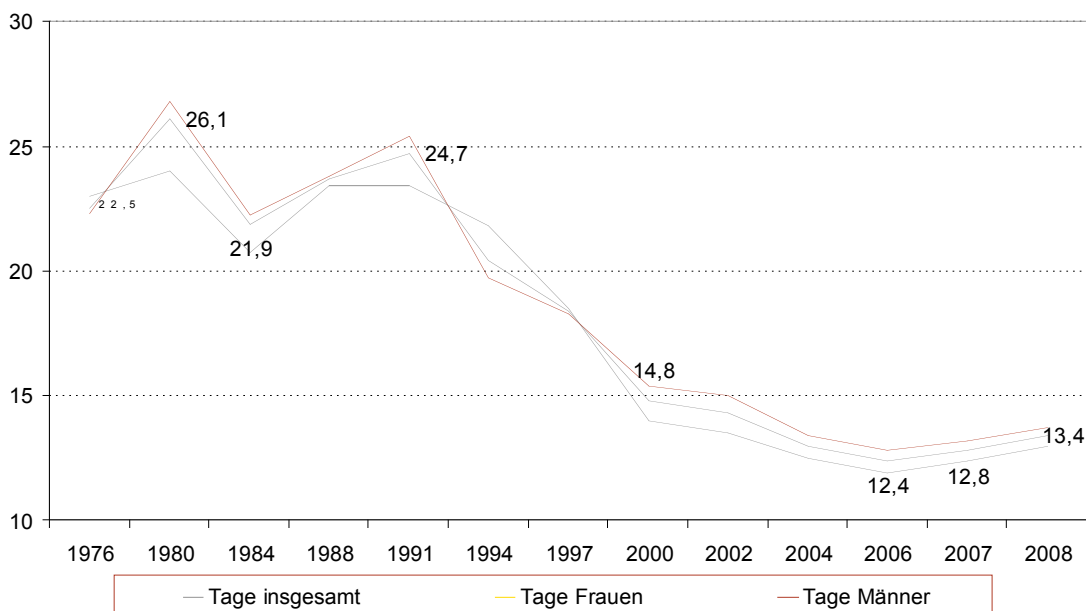
- mehr Geld, um die absehbar stark zunehmende Altersarmut zu verhindern
- ‚ausschleichende‘ Arbeitsmöglichkeiten zur (finanziellen und sozialen) Erleichterung des Übergangs in die Nacherwerbsphase
- Aufgaben; das Gefühl, bedeutsam zu sein; Selbstwertkultur
- Möglichkeiten, Interessen pflegen zu können
- größere Barrierefreiheit und bessere Beleuchtung im öffentlichen Raum
- mehr Alters-WGs, hierfür sofort mehr kostenlose, mehr juristisch-finanzielle und gruppenspezifische Beratung
- gute medizinische Versorgung
- mehr geriatrische Forschung
- Möglichkeiten, Interesse am Leben, an der Welt weiter zu verfolgen
- Kultur der Trauer und des Umgangs mit Verlusten
- Kultur des Sich-Helfen-Lassens entwickeln

## GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN IN UNTERSCHIEDLICHEN SOZIALEN LAGEN

**Erika Zoike,**  
spectrum|K – Das BKK Gemeinschaftsunternehmen, Berlin

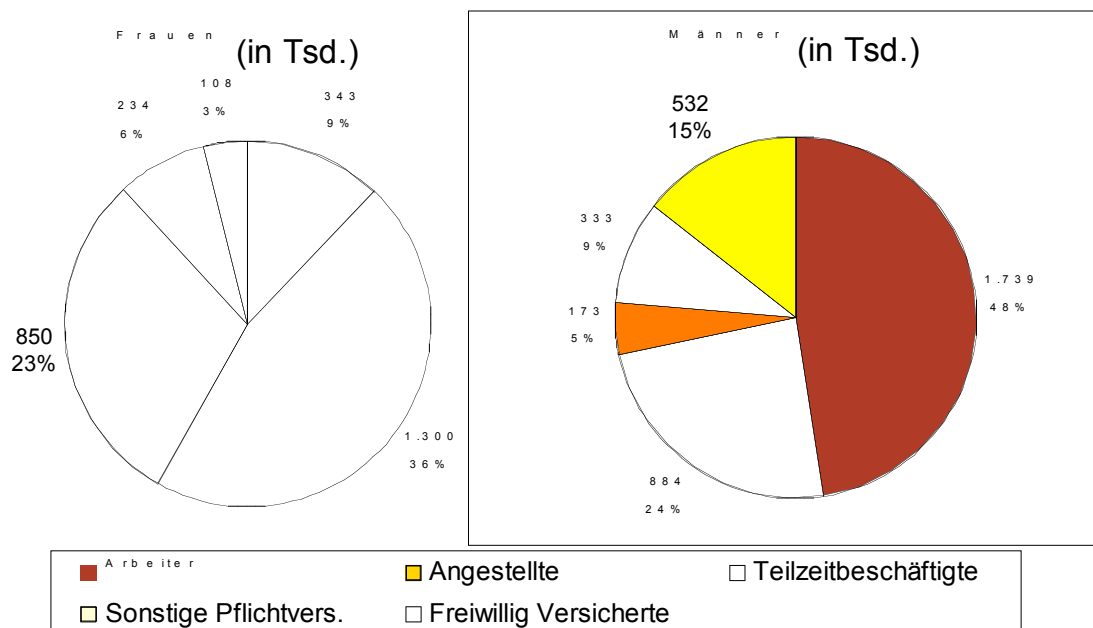
Der Krankenstand der Erwerbsbevölkerung bewegt sich seit Ende der Neunzigerjahre auf keinesfalls ‚gesundem‘ aber niedrigen Niveau, wengleich seit 2007 kassenübergreifend wieder leichte Anstiege zu verzeichnen waren. Mit 13,4 AU-Tagen je beschäftigtes BKK Pflichtmitglied wird annähernd wieder das Niveau von 2004 erreicht.

Grafik 1: Langfristige Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit



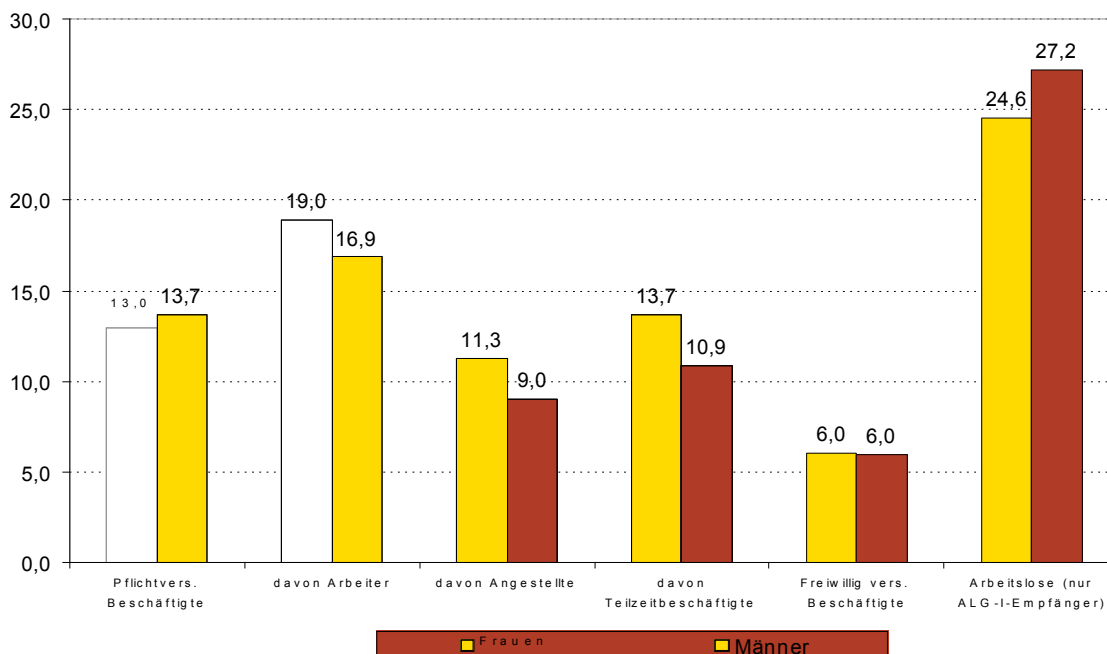
Weibliche BKK Mitglieder weisen insgesamt weniger Arbeitsunfähigkeitstage als die männlichen auf, was hauptsächlich mit einem höheren Anteil von Männern in gewerblichen Berufen mit stärkeren körperlichen Belastungen zusammenhängt. So werden fast die Hälfte der Männer, aber weniger als ein Zehntel der Frauen als Arbeiter(innen) ausgewiesen.

Grafik 2: Beschäftigungsstrukturen



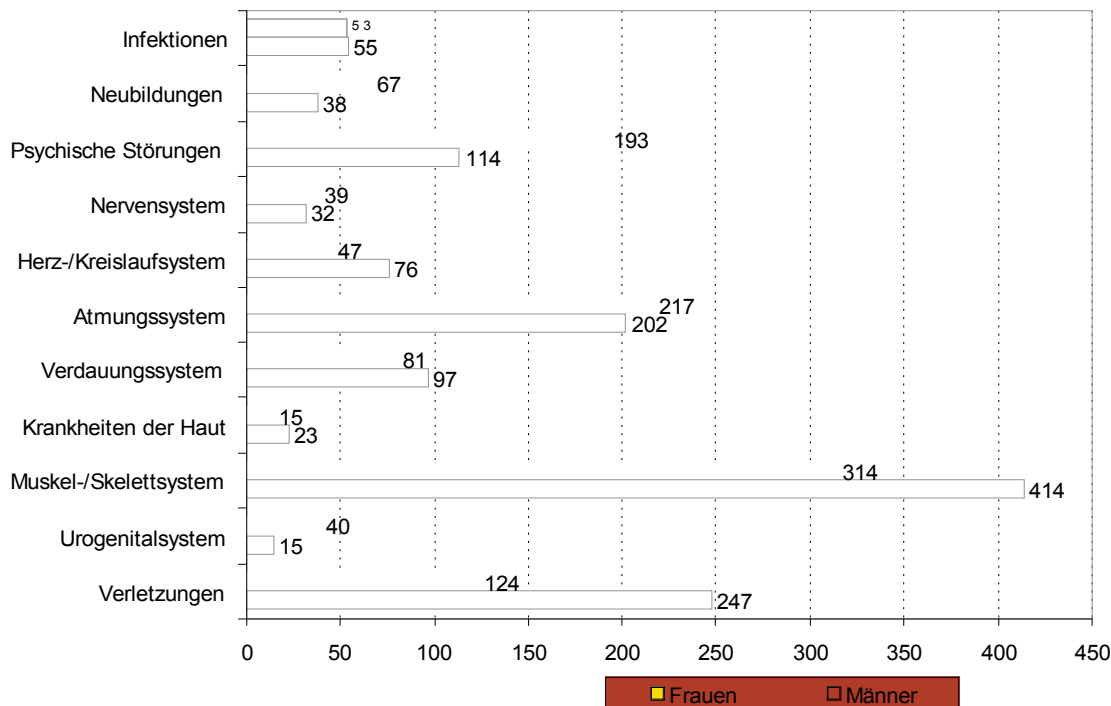
Innerhalb der unterschiedlichen Erwerbsgruppen verzeichnen Frauen jeweils mehr Krankheitstage als Männer. Diese Unterschiede innerhalb der Statusgruppen dürften durch die in der Regel relativ schlechteren beruflichen Positionen der Frauen im Vergleich zu den Männern sowie zudem durch häufige familiäre Mehrfachbelastungen beeinflusst sein.

Grafik 3: AU nach (Erwerbs-)Status



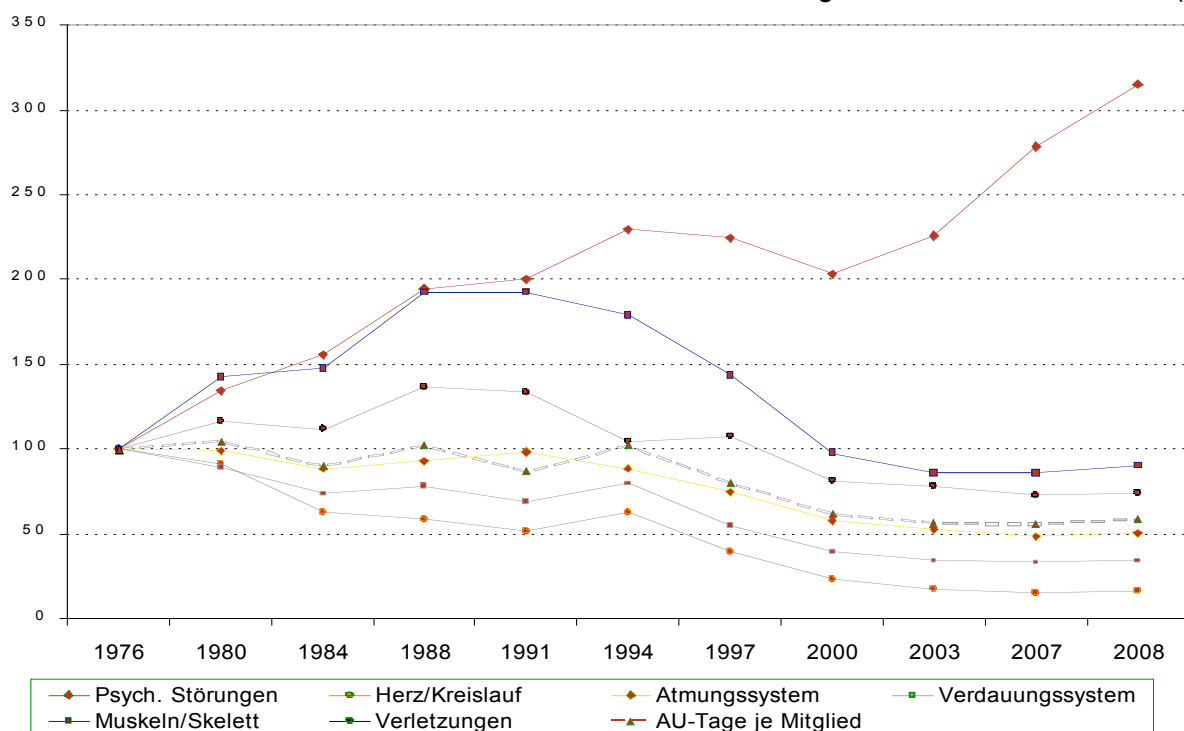
Frauen weisen auch ein von Männern unterschiedliches Krankheitsspektrum auf, wobei vor allem die psychischen Krankheitsarten, aber auch Neubildungen und Urogenitalerkrankungen bei ihnen eine größere Rolle spielen, während Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen das Krankheitsgeschehen bei Männern deutlich stärker prägen.

Grafik 4: Krankheitsarten nach Geschlecht



Der langjährige BKK Trend lässt erkennen, dass die psychischen Störungen die im Krankheitsspektrum am stärksten steigenden AU-Ursachen für Arbeitsunfähigkeit bilden. Seit 1976 – dem Beginn der BKK Krankheitsartenstatistik – haben sie sich die hierdurch ausgelösten Krankheitstage verdreifacht, allein in den letzten 10 Jahren erhöhten sie sich bei den Frauen um etwa zwei Drittel.

Grafik 5: Krankheitsursachen bei Arbeitsunfähigkeit seit 1978 (Frauen)

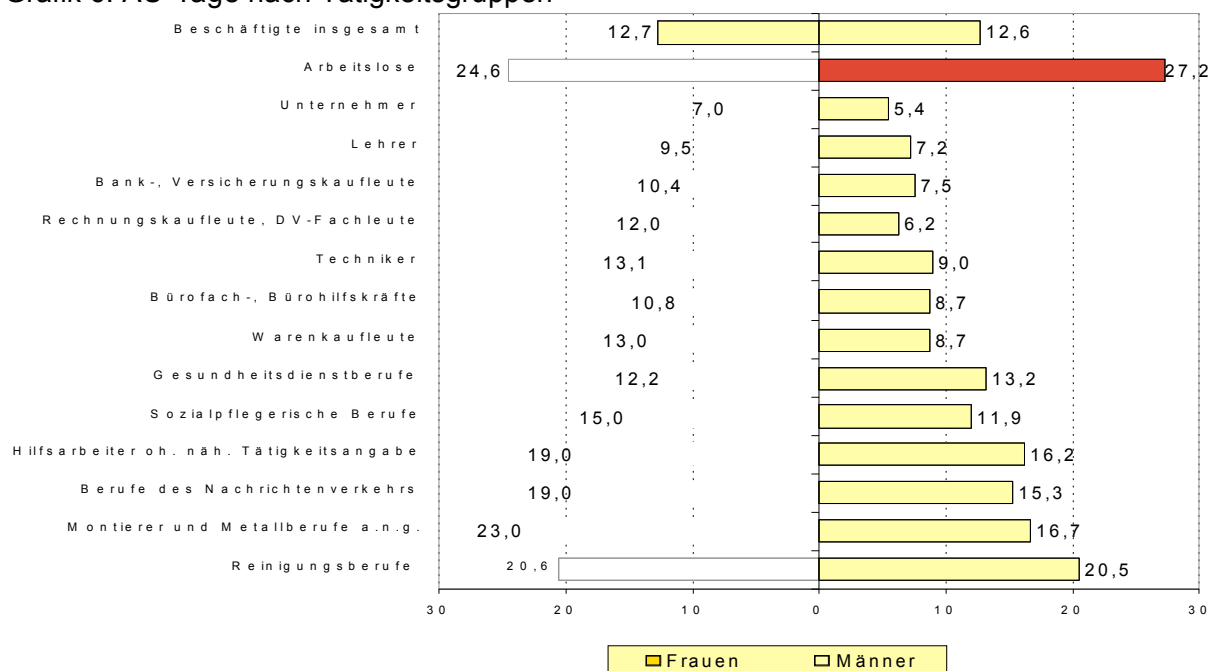




Branchenbezogen werden für Frauen die höchsten Krankheitsausfälle im Sozialwesen, in den öffentlichen Verwaltungen sowie in den Telekommunikationsunternehmen verzeichnet. Einen entscheidenden Einfluss auf die Höhe der Arbeitsunfähigkeit haben neben dem Status (s.o.) die unterschiedlichen Arten der beruflichen Tätigkeit.

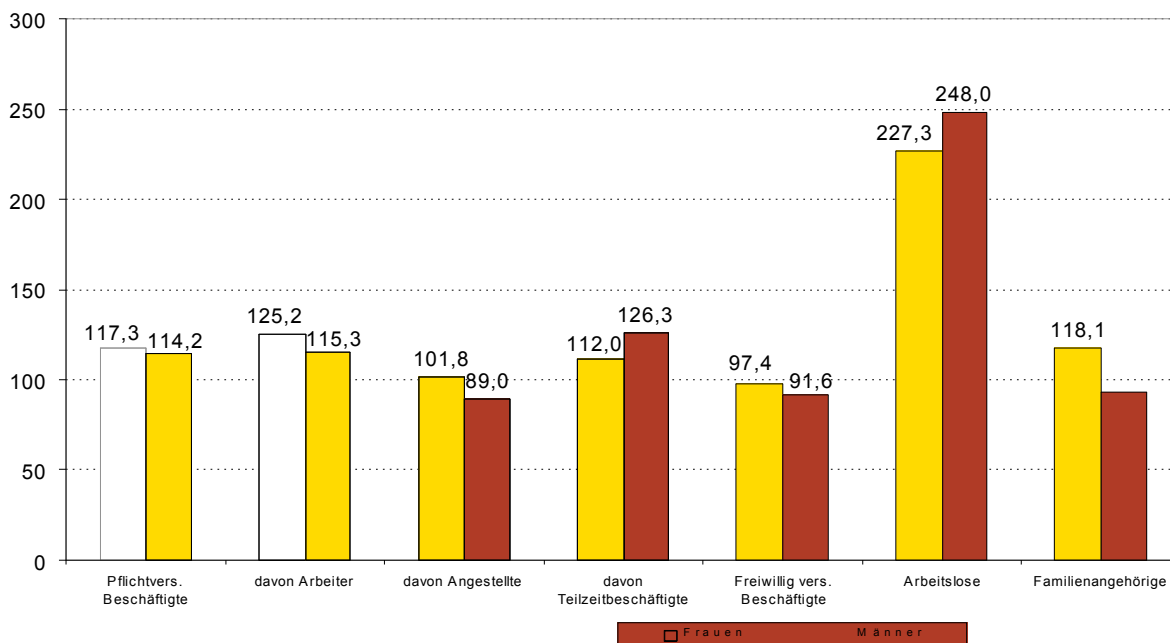
Die Erkrankungsrisiken und Krankheitsdauern variieren stärker als nach anderen Merkmalen nach den mit der Tätigkeit verbundenen körperlichen und psychischen Beanspruchungen. Die bei weitem schlechtesten Gesundheitswerte weisen jedoch die Arbeitslosen auf – und dies nicht nur nach AU-Tagen, sondern ebenso nach allen anderen Indikatoren (s. u.).

Grafik 6: AU-Tage nach Tätigkeitsgruppen



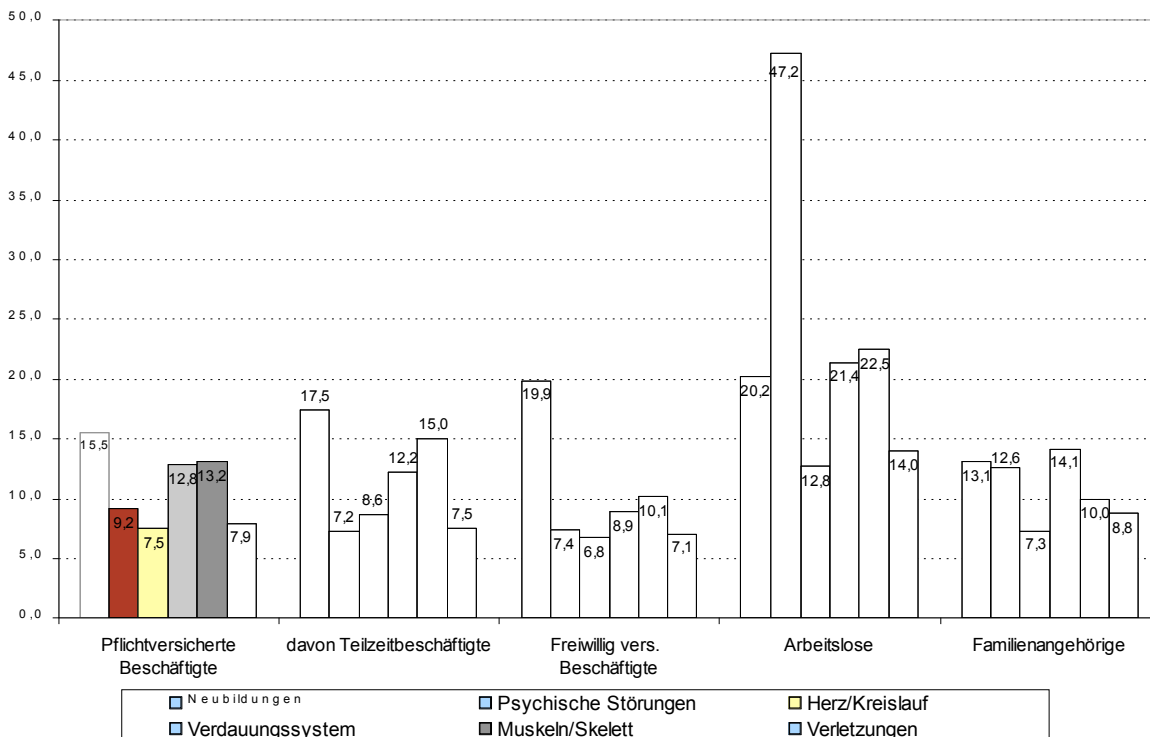
Arbeitslosigkeit oder Beanspruchungen aus der beruflichen Tätigkeit beeinflussen nicht nur das AU-Geschehen sondern spiegeln sich ebenso in anderen Kenngrößen der medizinischen Versorgung, wie in den stationären Behandlungen oder auch bei den Arzneimittelverordnungen.

Grafik 7: Stationäre Behandlungen nach Versichertenstatus



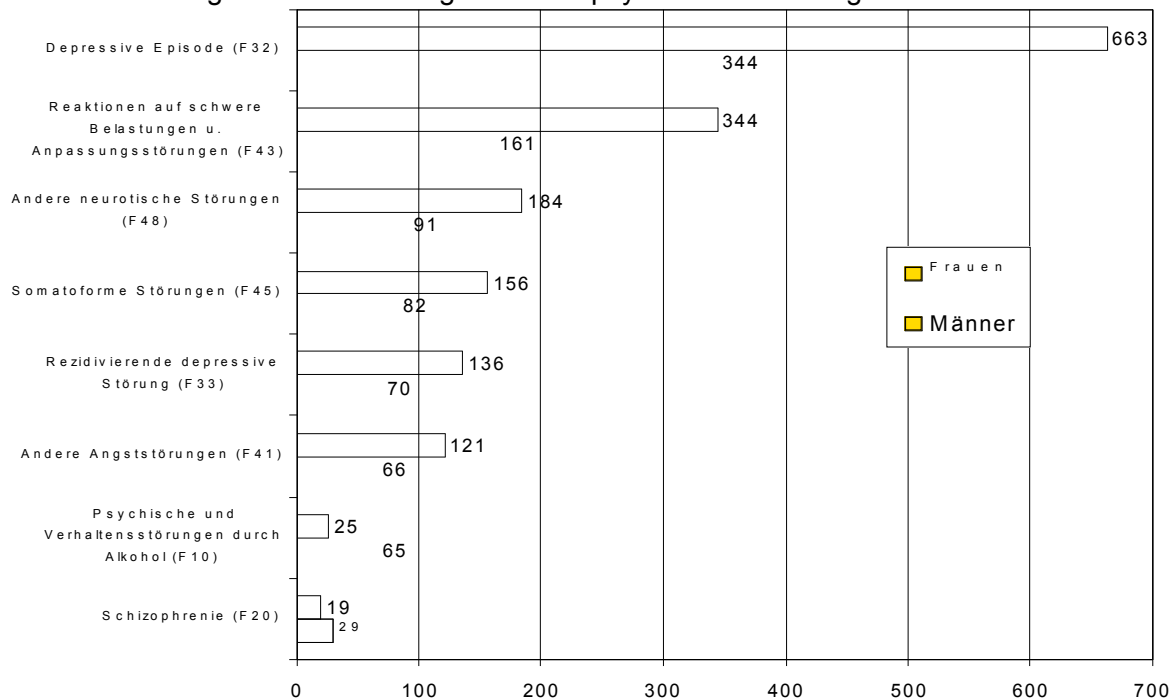
Die stationären Krankheitsursachen unterstreichen die Bedeutung der psychischen Erkrankungen und zugleich ihre soziale Differenzierung. Bemerkenswert ist hier auch, dass, nach den arbeitslosen Frauen, die als Familienangehörige mitversicherten Frauen ohne unabhängigen Erwerbsstatus am häufigsten unter einer stationär behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leiden.

Grafik 8: Krankheitsgruppen bei stationären Behandlungen nach Versichertenstatus



Die nach Krankheitstagen wichtigsten psychischen Diagnosen im erwerbsfähigen Alter sind bei Männern und Frauen Depressionen und Reaktionen auf schwere Belastungen.

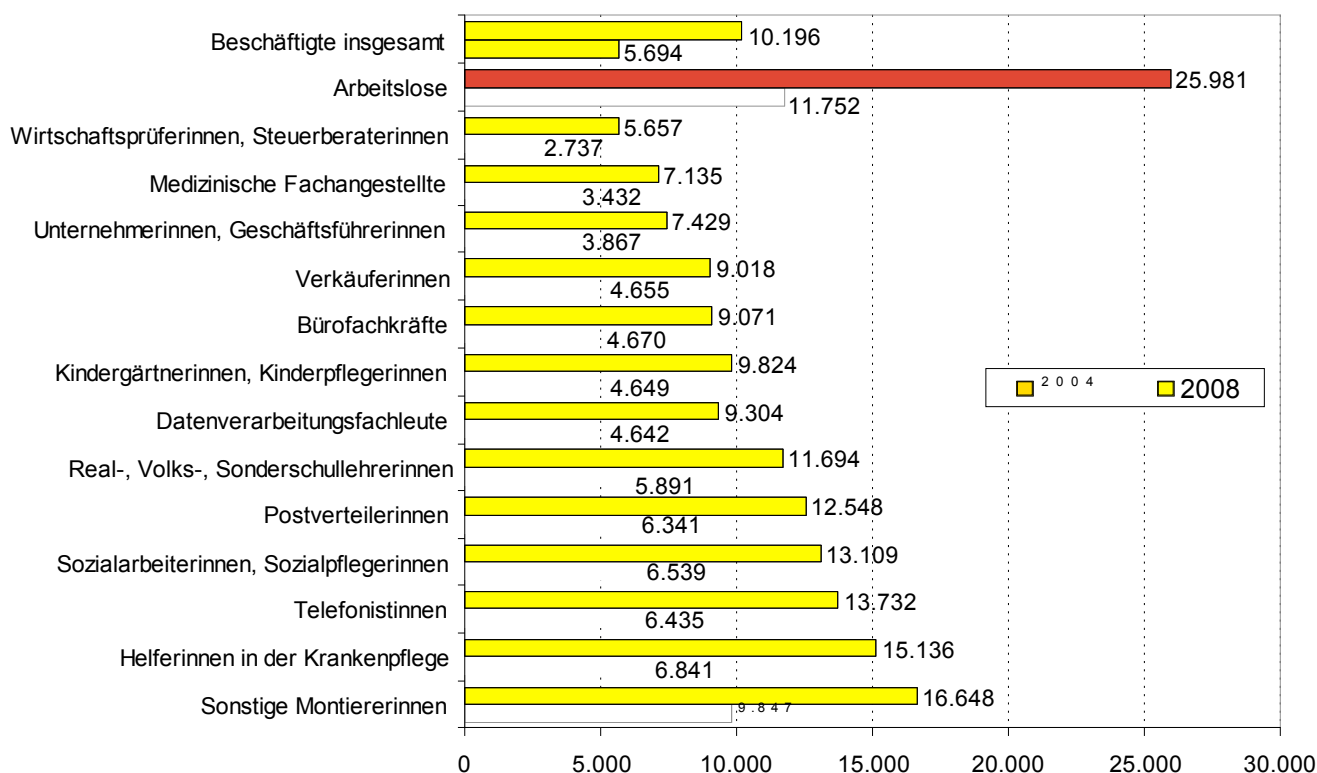
Grafik 9: AU-Tage nach Einzeldiagnosen bei psychischen Störungen



Während bei den meisten psychischen Einzelerkrankungen die Frauen mehr Krankheitstage als die Männer aufweisen, verhält es sich bei den Alkoholkrankheiten (noch) deutlich umgekehrt, allerdings legen auch hier die Frauen in den letzten Jahren zu. Auch Schizophrenien sind häufiger bei Männern als bei Frauen Krankheitsursache.

Noch stärker als die Zahl der dokumentierten Diagnosen erhöhten sich gerade in den letzten Jahren die Verordnungsmengen von Psychopharmaka. Auch hier differenzieren sich die Versichertengruppen erheblich nach Geschlecht, Status und Art ihrer Erwerbstätigkeit. Die Arbeitslosen erweisen sich wiederum als die bei weitem am stärksten betroffene Gruppe. Aber auch Helferinnen in der Krankenpflege, Telefonistinnen und Kindergärtnerinnen ließen sich 2008 mehr als die doppelten Verordnungsmengen – hier von Antidepressiva – gegenüber dem Vergleichsjahr 2004 verschreiben.

Grafik 9: Verordnungen von Antidepressiva – Entwicklung 2004 bis 2008



Die Daten belegen, wie sehr die hier beschriebenen problematischen gesundheitlichen Entwicklungen die sozial schwächeren Schichten, aber auch Frauen in typischen Frauenberufen treffen. Auf die sozialen und arbeitsplatzbezogenen Bedingungen haben Krankenkassen nur einen begrenzten Einfluss. Ihre Handlungsmöglichkeiten beziehen sich vor allem auf Prävention und eine möglichst angemessene Versorgung, die jedoch auch dem Kostendruck im Gesundheitswesen unterliegt.

**Positive Ansätze der Krankenkassen** sind vor allem auf folgenden Feldern erkennbar:

Präventionsziele der Gesetzlichen Krankenversicherung 2008 – 2009

Im Mittelpunkt stehen hierbei

- die Reduktion psychischer Belastungen durch betriebliche Gesundheitsförderung sowie
- eine stärkere Einbeziehung der älteren Beschäftigten

Zielgruppenspezifische Ansätze der BKK

- z. B. Gesundheitslotsen: Die besten Vermittler für Gesundheit sind diejenigen, die das kulturelle Umfeld kennen und die ‚richtige Sprache‘ sprechen – was keineswegs nur für MigrantInnen, sondern ebenso für verschiedene soziale Gruppen gilt.
- das Programm MiMi ‚Mit MigrantInnen für MigrantInnen‘ (BKK Gesundheitsmaßnahmen, die über das deutsche Gesundheitswesen und Versorgungsangebote informieren) bildet für einen solchen Ansatz ein hervorragendes Beispiel, was inzwischen auch in der betrieblichen Prävention übernommen wird.

- ‚Interkulturelle‘ Ansätze im betrieblichen Gesundheitsmanagement, Gesundheitslotsen - ‚peer-to-peer‘ – im Betrieb.

#### Betriebliches Gesundheitsmanagement, Kooperation der Krankenkassen mit Unternehmen

Hier bieten viele Krankenkassen Unterstützung auf mehreren Ebenen an, wie

- (Psychische) Fehlbelastungen zu analysieren, mit dem Ziel, diese zu vermeiden oder zumindest zu verringern
- Hilfsangebote der Krankenkassen für Betroffene und Betriebe unter Beteiligung der **Selbsthilfeorganisationen** im Umgang mit psychisch Erkrankten - z.B. in Kooperation mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK).

Und nicht zuletzt Programme für Arbeitslose – JobFit-Programme der BKK

- Mit einem Setting in einem nicht repressivem Umfeld, z.B. bei Fortbildungsmaßnahmen. Wichtig für die Akzeptanz ist die Unabhängigkeit von Leistungsgewährungen aller Art.

Hilfen für Betroffene

- Schnelle Information und Beratung betroffener Versicherter.

Trotz der Vielfalt der genannten Programme liegen jedoch die entscheidenden Hebel für eine bessere Gesundheit der Bevölkerung nicht in den Händen der Krankenkassen, sondern in der politischen Ausgestaltung der sozialen und wirtschaftlichen Bereiche. Eine bessere Verteilung der Bildungschancen und Rahmensetzungen für gute Arbeits- und Lebensbedingungen bilden letztlich - auch wenn Krankheit natürlich immer zu Leben gehören wird - die entscheidenden Säulen für bessere und gerechtere Chancen einer guten Gesundheit in der Bevölkerung.

**DIESER VORTRAG IST AUßERDEM GESONDERT ALS POWER-POINT-PRÄSENTATION EINZUSEHEN.**

Dokumentation der 16. AKF-Jahrestagung vom 31. Oktober bis 01. November 2009 in Kassel-Wilhelmshöhe: „Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit“

## **PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ARMUT VON FRAUEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND**

**Maria Gavranidou**

DIESER VORTRAG IST GESONDERT ALS PDF-DOKUMENTATION EINZUSEHEN.