

Nr.26/Oktober 2009

Rundbrief 26

Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Aktuelles:
ReGenesa schult Mutter-Kind-Kurheime zu häuslicher Gewalt
S. 5



Regionales:
Gender und Depression
S. 29



Schwerpunkt:
(un)gewollt kinderlos
S. 31



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit

pro familia
Niedersachsen

MGFS
Niedersachsen e.V.

Impressum

Rundbrief 26 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
Oktober 2009

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Tel.: 0511/38811895

E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion: Ursula Jeß, Hildegard Müller, Andra Saake, Dr. Ute Sonntag

Beiträge: Ulla Ellerstorfer, Silke Helbrecht, Alexandra Jahr, Dr. Christa Karras, Nicole Lippe, Agatha gr. Macke, Barbara Maier, Marie-Luise Reiss-Riechmann, Silke Röhl, Mechthild Schramme-Haack, Christin Stapel

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

Wir haben paradoxe Verhältnisse. Auf der einen Seite wächst die Bevölkerung so sehr, dass der Planet unter einer massiven Überbevölkerung leidet und eine steigende Produktivität von Böden und Pflanzen erforderlich ist, um alle Menschen ernähren zu können. Auf der anderen Seite wird „Fruchtbarkeit unter der Bedingung der scheinbaren Kontrolle problematisiert.“ (Herzog-Schröder, 2008). Jährlich wächst die Weltbevölkerung um fast 80 Millionen Menschen (Tilzner, 2008), ausnahmslos in den armen Ländern.

Ganz anders in den Industrieländern, hier liegen die Geburtenraten unter 2,1 Kindern pro Frau, dem Erhaltungsniveau einer Gesellschaft. In den Industrieländern wächst seit Jahren die Branche der Reproduktionsmedizin mit zwei Auswirkungen: Einerseits sind die Möglichkeiten der medizinischen Behandlung deutlich erweitert worden; andererseits ist wegen der unterschiedlichen juristischen Voraussetzungen ein „Behandlungstourismus“ festzustellen.

Verschiedene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten suggerieren, dass der Wunsch nach einem Kind erfüllt werden kann..

Es werden Eizellspenden quer durch Europa geschickt, um gegen teures Geld Frauen aus reichen Ländern eingesetzt zu werden.

Der Schwerpunkt dieses Rundbriefes fokussiert einige Aspekte der gewollten und ungewollten Kinderlosigkeit in Deutschland. Dabei konnten wir das Thema im Rahmen dieses Heftes nur anreißen, würden uns aber über weitere Artikel zum Thema freuen, um die Diskussion auch über diese Ausgabe hinaus führen zu können.

Das Netzwerk hat im zweiten Halbjahr 2009 das Thema EssStörungen erneut aufgegriffen. Im Rahmen der Tagung 2008 zum Thema Mädchengesundheit hatte sich gezeigt, dass ein großer Informationsbedarf zu Anorexie und Bulimie besteht. Zugleich wird das Thema EssStörungen derzeit von vielen Institutionen bearbeitet. Bei unserer Veranstaltung am 10. September 2009 haben wir uns daher auf das spannende Thema „Verherrlichung von EssStörungen im Internet“ konzentriert. Die Tagung wird im Rundbrief 27 dokumentiert.

Wir wünschen Ihnen einen schönen Herbst.

Ihr Netzwerk-Team

Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



Ursula Jeß
Nds. Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit



i.A. Hildegard Müller
pro familia
Landesverband
Niedersachsen



Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung
für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.

Inhalt

5	Aktuelles	
	Gewalt erkennen – Genesung fördern	5
	Sonderschwerpunkt „Potenzial Migrantinnen“	9
	Verletzlichkeit und Macht	10
	Informationspaket zur HPV-Impfung	12
	Mütter und Aids	13
	Schwangerschaftskonfliktgesetz	15
	Gendiagnostikgesetz verabschiedet	20
	Beratung und Versorgung Schwangerer und Stillender	22
	Migration, Sexualität und Identität	24
	Frauen und Alkohol	25
26	Gremienarbeit	26
	Aufsichtsrat in Klinikum	26
29	Regionales	29
	Gender und Depression	29
	Gesundheitstag in Syke	30
31	Schwerpunkt: (Un)gewollt kinderlos	31
	Risiko Mutterschaft	31
	Die Regenbogenfamilie	34
	Ungewollte – gewollte Kinderlosigkeit	36
	Gewollt kinderlose Frauen	39
46	Mediothek	46
51	Termine	51

Aktuelles

Gewalt erkennen - Genesung fördern | Sonderschwerpunkt „Potenzial Migrantinnen“ |
Verletzlichkeit und Macht | HPV-Impfung | Mütter und Aids | Schwangerschaftskonflikt-
gesetz | Gendiagnostikgesetz | Beratung und Versorgung Schwangerer und Stillender |
Migration, Sexualität und Identität | Frauen und Alkohol |

Ilse
Hilliger

Gewalt erkennen – Genesung fördern

Dem Gesundheitswesen kommt eine wichtige Stellung zu, wenn es darum geht, die Lebenssituation von gewaltbetroffenen Frauen zu verbessern. Doch so unbestritten diese Erkenntnis heute ist, so wenig füllt das Gesundheitswesen seine zentrale Rolle im Kampf gegen häusliche Gewalt bisher tatsächlich aus. Hier gibt es noch großen Handlungsbedarf. Das jüngste Projekt der Therapeutischen Frauenberatung Göttingen zeigt, dass mit individuell zugeschnittenen Maßnahmen gute Effekte erzielt werden können. In vier Mütter-/Mutter-Kind-Einrichtungen sind Fortbildungen zum Thema häusliche Gewalt durchgeführt worden.

Hintergrund

Gesundheitswesen – da denkt man erstmal an Krankenhäuser und ambulante Praxen. Doch auch die Beschäftigten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation wie Mütter- und Mutter-Kind-Kureinrichtungen sind eine wichtige Zielgruppe, um eine Verbesserung der Lebenssi-

tuation gewaltbetroffener Frauen zu erreichen. Häufigste Indikation für die Aufnahme in diesen Häusern ist das Erschöpfungs-Syndrom, das sich für Mütter aus den vielfältigen Rollen-Anforderungen in ihrem normalen Alltag ergibt. Solch chronische Überlastungssituationen werden durch Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikte oder ganz wesentlich durch Gewalt noch verstärkt. Manchmal ist Gewalt gar eine der Hauptursachen von psychosomatischen Störungen, somatoformen Beschwerden sowie funktionellen Erkrankungen bei Frauen. Insofern wird man davon ausgehen müssen, dass auch viele gewaltbetroffene Mütter und deren Kinder in diese Häuser kommen.

Die Chance, gewaltbetroffene Frauen und Kinder zu identifizieren, ist in diesen Häusern ungleich größer als beispielsweise in einem ambulanten Setting. Während des dreiwöchigen Aufenthalts ergeben sich intensive Kontakte zu den Betreuungspersonen. Die institutionalisierte räumliche Trennung vom Täter über einen län-

geren Zeitraum hinweg kann es betroffenen Frauen erleichtern, über die erlittene Gewalt zu sprechen. In den Kureinrichtungen sind sie zunächst geschützt. Zudem bieten die multiprofessionell zusammengesetzten Teams die Möglichkeit, Frauen über unterschiedliche Wege zu erreichen: sei es im therapeutischen Gespräch, im Entspannungskurs oder beim Sport. Viele Gründe sprechen dafür, Projekte in diesem Bereich des Gesundheitswesens zu initiieren.

Kureinrichtungen treten mit dem Anspruch an, die gesamte Lebenssituation von Frauen in den Blick zu nehmen – und zur Lebensrealität vieler Frauen gehört Gewalt. ReGenesa (1) hat von Beginn des Projektes an großes Interesse und Kooperationsbereitschaft gezeigt, denn häufiger berichten Frauen, dass sie von ihrem Mann geschlagen werden. Die Beschäftigten verfügen bereits über zahlreiche Erfahrungen, doch alle waren davon überzeugt, dass man viel mehr tun kann. Die Tatsache, dass das Thema Häusliche Gewalt in den Qualitätsstandards des Müttergenesungswerkes nicht erwähnt wird, zeigt, dass der Umgang damit sehr von Einzelfällen und Einzelpersonen abhängt. Unsicherheit auf der Seite der Betreuerinnen gibt es z.B. immer dann, wenn die gewaltbetroffenen Frauen schweigen oder einem geäußerten Verdacht vehement widersprechen, zumal die Symptomatik nicht immer eindeutig ist. Das gilt auch für die Kinder, die ja immer mit betroffen sind – ob direkt oder indirekt als Zeugen der väterlichen Gewalt.

Inhalt und Ablauf des Projektes

Zunächst wurden in allen vier ReGenesa-Häusern je nach Größe der Einrichtung ein oder zwei Basisfortbildungen durchgeführt. Diese waren interdisziplinär ausgerichtet. Teilgenommen haben alle Leiterinnen und alle Mitarbeiterinnen der Einrichtungen – von den jeweiligen psychosozialen Teams, den Kindertherapie-Teams bis zu den Mitarbeiterinnen aus der Hauswirtschaft. Darüber hinaus haben sich Hausmeister, Zivildienstleistende, Praktikantinnen und in zwei Häusern auch die behandelnden Ärztinnen beteiligt.

Überrascht zeigten sich die Teilnehmerinnen über das Ausmaß Häuslicher Gewalt. Kontroverse Diskussionen gab es z.B. bei der Frage, ob die Kontrolle des Mannes über das verfügbare Geld schon Gewalt ist. Die größten Aha-Effekte stellten sich ein, wenn es um die Folgen von Gewalt ging: „Davon erkenne ich sehr viel wieder. Genau damit haben wir hier zu tun!“ Da die Symptome in der Regel nicht eindeutig auf einen Gewalthintergrund verweisen, sondern auch andere Ursachen haben können, lieferten die so genannten RED FLAGS, die Alarmzeichen, wichtige Anhaltspunkte für die praktische Arbeit. Wie erlittene Gewalt im Kontakt mit den Betroffenen zur Sprache gebracht werden kann, war für die mehrheitlich pädagogisch geschulten Teilnehmerinnen kaum ein Problem – was bei Ärztinnen gewöhnlich anders ist. Alle fühlten sich durch die Fortbildungen ermutigt und bestärkt, Frauen gegebenenfalls aktiv auf das Thema anzusprechen, auch wenn diese es erstmal abwehren.

Im Anschluss an die Basisfortbildungen gab es in allen vier Häusern

teamspezifische Fortbildungen, eine Mischung aus Fallsupervision und inhaltlichem Input. Sie boten den Teams der Hauswirtschaft und der Kindertherapie sowie den psychosozialen Teams und den medizinischen Bereitschaftsteams Raum, um genau jene Themen zu vertiefen, die für den individuellen Arbeitsbereich relevant sind. Das große Interesse der Hauswirtschaftskräfte in den Fallbesprechungen zeigte, welche Bedeutung diesen Mitarbeiterinnen zukommt. Zu bestimmten Tageszeiten sind sie häufiger alleine im Haus; die pädagogischen Mitarbeiterinnen sind noch nicht oder nicht mehr da. In diesen ruhigeren Phasen kommen sie mit den Frauen ins Gespräch. Sie beobachteten z.B., dass Frauen sich auffällig verhalten, können das Verhalten aber nicht einschätzen. Die Fallbesprechungen eröffneten eine neue Perspektive.

Bei den Krankenschwestern aus dem Bereitschaftsdienst stand das Thema „nächtliche Krisen“ im Vordergrund. Besonders gewaltbetroffene Frauen leiden häufig unter Schlafstörungen, da sie es gewohnt sind, dass die Täter neben ihnen liegen, sie wachsam sein müssen und am Ende gar nicht mehr entspannen können. Informationen zu speziellen Techniken der Reorientierung und der ressourcenorientierten Stabilisierung sowie Imaginationsübungen war hier besonders gefragt.

Um die spezifischen Auswirkungen von häuslicher Gewalt auf Kinder und um hilfreiche Interventionsmöglichkeiten ging es schwerpunktmäßig in den Workshops mit den Kindertherapie-Teams. Auch das Thema Selbstbehauptung und Grenzen spielte hier eine Rolle.

Vernetzung und Unterstützungsangebote nach der Kur

Ein weiteres Ziel des Projekts war es, die Einrichtungen mit dem bestehenden Hilfesystem bei häuslicher Gewalt zu vernetzen. Das ist nicht einfach, kommen die Frauen und Kinder in den Häusern doch aus ganz verschiedenen Regionen Niedersachsens und teilweise auch aus anderen Bundesländern. So ging es darum, insbesondere relevante landes- und bundesweite Adressen bekannt zu machen, die über weiterführende Hilfsangebote informieren. So wurde z.B. ein Schnellzugriff auf die entsprechende Seite des niedersächsischen Sozialministeriums auf den Rechnern in den Häusern eingerichtet. Damit die Mitarbeiterinnen den Frauen etwas an die Hand geben können, wurden außerdem scheckkartengroße Kärtchen gedruckt. Neben dem Hinweis, dass Frauen, in deren Familien Gewalt vorkommt, vorsorglich einen Notfallkoffer packen sollten, stehen die Internetseiten der bundesweiten Frauenhauskoordinierung und des Bundesverbandes der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe auf den Karten. Von hier aus können gewaltbetroffenen Frauen gezielt nach Hilfe in den Regionen suchen, in die sie nach drei Wochen Kuraufenthalt zurückkehren.

Fazit

Die Projektleiterin, Gabriele Betz von der Therapeutischen Frauenberatung Göttingen, zieht eine positive Bilanz: „Bei den Beschäftigten aller Häuser waren wichtige Vorerfahrungen präsent, jedoch konnte das Projekt das Wissen um die Dynamik häuslicher

Gewalt vertiefen. Es hat allen Teilnehmerinnen z.B. eine größere Sicherheit gebracht, bestimmte Symptome besser einzuordnen. Positiv wirkt sich der Umstand aus, dass das Thema Häusliche Gewalt einen institutionellen Rahmen bekommen hat.“ Das Thema ist relevant – das war die klare Botschaft der Leitungsebene, als sie das gesamte Personal vom Hausmeister bis zur Ärztin zu den Fortbildungen eingeladen hat. Auch die geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung bewerten das Projekt, die Struktur und Vorgehensweise der Projektleiterin positiv. „Alle sind sensibilisiert und informiert.“ „Jetzt fällt es mir viel leichter, Kolleginnen anzusprechen, wenn ich den Verdacht habe, dass bei einer Frau Gewalt im Hintergrund eine Rolle spielen könnte“, haben viele Teilnehmende am Ende gesagt. Oder: „Ich fühle mich sicherer, Mütter direkt nach Häuslicher Gewalt zu fragen, wenn ich meine Hinweise darauf bei den Kindern zu finden.“ Der eigene Wissenszuwachs und die Tatsache, dass es eine gemeinsame Basis mit den KollegInnen im Haus gibt, wurde als entlastend empfunden; daneben auch die Erkenntnis, dass es ein bestehendes Hilfenetz außerhalb der Häuser gibt: „Wir können die Frauen an Fachleute weiter verweisen“ Gabriele Betz hebt außerdem den hohen Nutzen der unterschiedlichen Berufsgruppen hervor: „Es ist wichtig zu schauen, welche Handlungsmöglichkeiten haben die Beschäftigten in

ihrem beruflichen Alltag? Broschüren sind ein Hilfsmittel, nachhaltiger ist es, in die Häuser zu gehen und die Mitarbeiterinnen über das Thema Häusliche Gewalt ins Gespräch zu bringen. Die Orientierung an der Berufspraxis und an den persönlichen Ressourcen, ein zielgruppenorientierter Mix aus persönlichem Gespräch, Fortbildungen, Fallbesprechungen, Erfahrungsaustausch und gut aufbereitetem Informationsmaterial hat sich bewährt.“

Ilse Hilliger
Therapeutische Frauenberatung Göttingen e.V.
Groner Str. 32/33
37073 Göttingen
E-Mail: info@therapeutische-frauenberatung.de
Tel.: 05 51- 4 56 15

(1) ReGenesa ist ein kirchlicher und gemeinnütziger Verein, der 1947 von der ev.-luth. Landeskirche Hannover gegründet wurde. Sein Hauptzweck ist die Müttergenesungsarbeit. Derzeit betreibt der rechtlich selbständige Verein zwei Therapiezentren für Mütter auf Juist und in Bad Bevensen und zwei Häuser für Mütter und Kinder in Norddeich und Hahnenklee. ReGenesa gehört zu einer der größten vom Müttergenesungswerk anerkannten Kureinrichtungen in Niedersachsen. Insgesamt beschäftigt der Verein rund 130 Personen.

Marie-Luise
Reiss-
Riechmann

Land Niedersachsen schreibt Sonderschwerpunkt „Potenzial Migrantinnen“ aus

Rund 16 % der in Niedersachsen lebenden Menschen haben einen Migrationshintergrund. Ihre vielfältigen Ressourcen, ihre Anpassungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft machen sie zu einem wertvollen Potenzial für den Arbeitsmarkt. Insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich von Arbeitslosigkeit betroffen. Überproportional häufig üben sie Tätigkeiten aus, für die sie überqualifiziert sind. Ihr Anteil an den Beschäftigten im Niedriglohnbereich ist besonders hoch.

Frau Ministerin Ross-Luttmann hat den Sonderschwerpunkt 2009 „Potenzial Migrantinnen“ im Rahmen des ESF-Programms FIFA (Förderung der Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt) ausgeschrieben.

Antragsberechtigt sind Juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie Gesellschaften des bürgerlichen Rechts (GbR), die Erfahrungen im Bereich der beruflichen Bildung haben.

Gefördert werden die

- Unterstützung der Existenzgründung für Migrantinnen,
- Arbeitsmarktintegration erwerbsloser Migrantinnen
- Weiterbildung für beschäftigte Frauen und Personalverantwortliche

Die Projekte können frühestens ab 01.01.2010 starten. Antragsstichtag bei der NBank ist der 30.09.2009.

Weiterführende Informationen:

www.NBank.de

Ausschreibungstext:

www.ms.niedersachsen.de → Gleichberechtigung/Frauen → Frauen in der Wirtschaft → FIFA.

Marie-Luise Reiss-Riechmann
Nds. Ministerium für Soziales, Frauen,
Familie und Gesundheit

medica
mondiale

Verletzlichkeit und Macht

Eine psycho-soziale Studie zur Situation von Frauen und Mädchen im Nachkriegsliberia

„Verletzlichkeit und Macht“ zwischen diesen beiden extremen Polen liegen die Erfahrungen von Frauen und Mädchen, die den brutalen Bürgerkrieg in Liberia (1989-2003) überlebt haben. Das ist das Fazit einer Studie, die die Frauen- und Menschenrechtsorganisation medica mondiale im Frühjahr 2009 im Auftrag von Felicitas Uca, Mitglied des Europäischen Parlaments, erstellt hat.

Im Mai 2006 startete medica mondiale in Kooperation mit der Deutschen Welthungerhilfe ein breit angelegtes Projekt im strukturschwachen Südosten Liberias, um von Gewalt betroffene Frauen mit psychosozialer und ökonomischer Hilfe, Gesundheitsaufklärung und Schutznetzwerken zu unterstützen. Die vorliegende Studie zeigt, dass die massive und systematische sexualisierte Gewalt, der ca. 70 % der Frauen und Mädchen ausgesetzt gewesen sind, die extreme Zuspitzung einer strukturellen Gewalt darstellt, die den nach wie vor gewaltvollen Alltag in Liberia nach dem Krieg prägt. So hat mit dem Ende der Kämpfe die Gewalt gegen Frauen in Liberia noch immer kein Ende gefunden. Es gibt weiterhin viele Vergewaltigungen – derzeit handelt es sich um das am häufigsten angezeigte Verbrechen – und die sexuelle Ausbeutung von Frauen und Mädchen nimmt zu; die materielle Not zwingt viele von ihnen zur Überlebensprostitution. Ursachen dafür sind neben der grassierenden Armut der fehlende Zugang zu Bildung, Gesundheit und zu politischer Entscheidungsmacht vor allem von Frauen und

Mädchen auf dem Land. Aber auch das Zerbrechen stabiler Geschlechterbeziehungen durch Krieg und Flucht tragen dazu bei.

Gleichwohl sind Frauen und Mädchen in Liberia nicht nur passive Opfer. Sie haben immer wieder mit den gängigen Geschlechterstereotypen gebrochen – teilweise auch aus freier Entscheidung, teils unter dem Druck der Bedrohung. So waren ca. 30-40% in bewaffneten Gruppen im liberianischen Bürgerkrieg Frauen und Mädchen. Die meisten von ihnen wurden entführt und zwangsrekrutiert. Doch gab es auch bedingt freiwillige Formen der Rekrutierung, bei denen Schutz vor sexualisierter Gewalt, Rache für den Tod von Familienmitgliedern, Druck von Seiten Gleichaltriger, materielle Interessen und Überlebenssicherung eine Rolle spielten.

Liberianische Frauen waren maßgeblich beteiligt an den Friedensbemühungen: Friedensaktivistinnen haben Mediations- und Vernetzungstreffen sowie Protestmärsche veranstaltet und waren bei den verschiedenen Phasen der Friedensverhandlungen anwesend, obwohl sie meist nicht offiziell eingeladen worden waren.

Die Folgen des Krieges „nach“ dem Krieg spiegeln für liberianische Frauen und Mädchen die Kontinuität struktureller Gewalt und die vielfältigen Facetten von Verletzlichkeit und Ohnmacht wider: Die Überlebenden sexualisierter Gewalt leiden an vielfachen körperlichen Folgen wie gynäkologische Problemen und psychosomatische Stö-

rungen. Dabei ist die medizinische Versorgung gerade im Südosten des Landes katastrophal. Durch die schlechten Straßen und das fehlende öffentliche Transportsystem sterben Frauen und Mädchen z.B. bei komplizierten Geburtsverläufen häufig auf dem Weg zum weit abgelegenen Krankenhaus oder werden nach Vergewaltigungen nicht rechtzeitig genug behandelt, um einer HIV-Infektion oder Schwangerschaft vorzubeugen.

Die psychischen Verletzungen in Form verschiedener Traumafolgestörungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung, aber auch Depression und sexuelle Probleme bleiben nach der Heilung der physischen Verletzungen häufig bestehen. Frauen und Mädchen, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, verändern ihr Selbstkonzept und ihre Einstellung sich selbst und ihrem Körper gegenüber: Diese Veränderung besteht vor allem in einer Selbstabwertung, die durch die sozialen Botschaften und die Stigmatisierung durch die Dorfgemeinschaften und Familien noch verstärkt wird, indem sie die Frauen und

Mädchen als „schmutzig“ oder „beschädigt“ sehen.

Somit stehen den Chancen für das Empowerment von Frauen und Mädchen nach dem Krieg weiterhin bedeutsame Faktoren der Verletzlichkeit und der Machtlosigkeit von Frauen und Mädchen gegenüber. Die Studie formuliert abschließend Empfehlungen für eine psychopolitische Rekonstruktionsarbeit, die der persönlichen und strukturellen Veränderungen der Situation von Frauen und Mädchen Rechnung tragen kann.

Mit der 2009 in Deutschland durchgeführten Kampagne „Im Einsatz“ will medica mondiale erreichen, dass sich mehr Menschen für vergewaltigte Frauen u.a. in Liberia einsetzen – für mehr Schutz und Aufklärung, medizinische, psychosoziale und juristische Hilfe.

Die Installation „Frauen(auf)Marsch“ zur Kampagne wird am 23. September 2009 in Düsseldorf, Rathausvorplatz, Station machen.



Die vollständige Studie kann von der medica mondiale Webseite herunter geladen werden: www.medicamondiale.org/fileadmin/content/07_Infothek/Publikationen/medica_mondiale-Situation_von_Frauen_und_M%C3%A4dchen_im_Nachkriegsliberia_-_Juni_2009.pdf

Informationspaket zur HPV-Impfung

Die Impfstoffe gegen Humane Papilloma Viren (HPV) wurden 2006 (Gardasil) und 2007 (Cervarix) in Deutschland zugelassen. Bereits im Frühjahr 2007, wenige Monate nach der Zulassung des ersten Impfstoffes, empfahl die Ständige Impfkommission die HPV-Impfung von Mädchen zwischen zwölf und 17 Jahren. Es gibt über 100 HP-Viren, einige davon sind sogenannte Hochrisikoviren. Die HP-Viren 16 und 18, gegen die geimpft wird, sind in 70 % aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs nachzuweisen. Cervarix schützt zudem noch vor Feigwarzen im Genitalbereich. Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland eine seltene Erkrankung und ist europaweit seit den 1950er Jahren rückläufig. Seit 1971 wird in Deutschland die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung empfohlen und auch von den Krankenkassen bezahlt.

Seit die neue Impfung auf dem Markt ist, wird heftig über die Kosten-Nutzen-Relation und die Wirksamkeit der Impfung gestritten. Von November 2007 bis Oktober 2008 wurden 1,22 Millionen Packungen Gardasil verkauft, der Industrieumsatz betrug 217 Millionen Euro und die Belastung des Gesundheitssystems wurde dabei auf ca. 350 Millionen Euro geschätzt (Glaeske, 2009). Der Impfstoff wurde in kürzester Zeit zum umsatzstärksten Arzneimittel auf dem deutschen Markt.

Viele Fragen bleiben wissenschaftlich

bisher ungeklärt. So ist unbekannt, ob andere HPV-Erreger bei Gewebeveränderungen eine Rolle spielen oder die ausgeschalteten Viren ersetzen (Replacement), unklar sind die Zusammenhänge zweier Todesfälle mit der HPV-Impfung, die Dauer der Impfwirkung ist nicht erforscht etc.

Andererseits ist auch der Nutzen der Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung durch die intensive Diskussion auf den Prüfstand gestellt. Die Verlässlichkeit der Testergebnisse variiert je nach gynäkologischer Praxis. Man spricht auch von einer Übertherapie z. B. durch Konisationen, um Zellgewebe operativ zu entfernen.

In dieser Gemengelage sind Mädchen und ihre Eltern einer überaus aggressiven Bewerbung der HPV-Impfung ausgesetzt. Um hier eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, hat der Runde Tisch Frauen- und Mädchengesundheit der Region Hannover unter Federführung des Teams Gleichstellung der Region ein Informationspaket zur HPV-Impfung zusammengestellt, das Institutionen ermöglicht, ohne viel eigenen Aufwand lokale Informationsveranstaltungen durchzuführen.

In diesem Paket enthalten sind ein Mustervortrag, der von einer Gynäkologin/ einem Gynäkologen zu halten ist, eine Linkliste mit Internetadressen zum Weiterinformieren nach der Veranstaltung, Vordrucke für Einladungsflyer und Evaluationsbögen für die Veranstaltungen.

Es wird empfohlen, die Broschüre des Nationalen Netzwerkes Frauen und Gesundheit „Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs – HPV-Impfung. Informationen und Erfahrungen. Eine Entscheidungshilfe“ auf den Veranstaltungen zu verteilen, da sie den gesamten Themenkomplex ausführlich, verständlich, qualitätsgesichert und unabhängig darstellt. Das Informa-

tionspaket wird auf Schulungen den interessierten Organisationen erläutert und kann auf CD ROM gegen eine Schutzgebühr bezogen werden.

Kontakt: Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e.V., E-Mail: info@fmgz-hannover.de, Dr. Ute Sonntag, Anschrift siehe Impressum

Andra Saake

Mütter und Aids

Unterstützung für Mütter mit HIV

Lifeboat ist ein internationales Medienprojekt über Mutterschaft mit HIV. Deshalb werden die audiovisuellen Beiträge für eine Multimedia-DVD gemeinsam mit HIV-positiven Müttern entwickelt. Mit Kurzfilmen wollen sie anderen Frauen mit HIV Mut und Hoffnung machen. Ziel ist es, Lifeboats – also Rettungsboote – zu konstruieren, mit denen HIV-positive Frauen das Meer von Stigmatisierung und Diskriminierung überwinden können.

„Rettungsboote“ wird es in vielen Ländern Europas und Afrikas geben. In Deutschland beteiligen sich das bundesweite Netzwerk Frauen und AIDS, die Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder im Umfeld von HIV und AIDS, die Sektion AAWS der Deutschen AIDS-Gesellschaft sowie die Kölner Videoproduktion Carasana an dem Projekt.

Die DVD Lifeboat Deutschland, von denen 5000 bereits verteilte Freixemplare durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurden, enthält viele Informationen und Hilfestellungen für HIV-positive Frauen, die sich mit

dem Gedanken tragen, schwanger zu werden oder bei einem erfolgten HIV-Test während der Schwangerschaft mit der Diagnose „positiv“ konfrontiert werden. Im Kapitel „Fakten“ klären Fachinformationen von Ärztinnen darüber auf, dass bei entsprechenden medizinischen Vorsichtsmaßnahmen lediglich 2 % der Kinder, die von HIV-positiven Müttern geboren werden, angesteckt werden, also 98 % der Babys gesund zur Welt kommen. Dabei wird deutlich, wie sinnvoll ein Test zu Beginn der Schwangerschaft ist, denn nur dann, wenn das Virus erkannt wurde und sowohl die Mutter während der Schwangerschaft als auch das Kind nach der Geburt (solange, bis zweifelsfrei geklärt wurde, dass beim Neugeborenen keine Infektion vorliegt) mit Medikamenten behandelt werden, lässt sich eine Übertragung des Virus durch Schwangerschaft und Geburt mit großer Wahrscheinlichkeit verhindern. Dazu kommen weitere Vorsichtsmaßnahmen, wie ein geplanter Kaiserschnitt und der Verzicht auf das Stillen, da das HI-Virus durch Muttermilch übertragen

werden kann.

Das zweite Kapitel der DVD enthält authentische Lebensberichte von Müttern, die selbst HIV-positiv sind. Die Frauen beschreiben, wie sie mit der Nachricht der Erkrankung umgegangen sind, bei wem sie Hilfe gefunden haben, wie sich ihr Leben seit der Diagnose verändert hat. Auch (neue) Lebenspartner und die Kinder selbst kommen zu Wort. Allen Frauen gemeinsam sind der Mut und die Kraft, die sie aus dem Leben mit ihren Kindern erhalten, deren Lebenswege sie entschlossen – auch gegen negative Prognosen von Ärztinnen und Ärzten – verfolgen wollen und werden.

In einem dritten Kapitel bietet die DVD noch einmal gezielte Informationen: „FAQ's“, also häufig gestellte Fragen nebst Antworten zum Thema und eine Liste wichtiger Adressen und Anlaufstellen für Betroffene und deren Angehörige.

Alles in allem hinterlässt diese DVD einen positiven Eindruck, die Natürlichkeit und Selbstverständlichkeit, mit der die betroffenen Frauen und Mütter von ihrem Leben mit dem HI-Virus berichten, beeindruckt und verdeutlicht, dass es sich bei dieser Erkrankung nicht um eine Sackgasse ohne weitere Lebensperspektiven handelt. Ein hier in Deutschland, bzw. Westeuropa lebender, HIV-positiver Mensch, ist in keinem Fall „zum Tode verurteilt“ – Mit den richtigen Medikamenten können HIV-Infizierte inzwischen ein fast normales Leben führen.

Die Schockmethode

Einen ganz anderen Weg der Aufklärung zum Thema Mutterschaft und Aids beschreitet dagegen die Michael-Stich-Stiftung, die sich für HIV-Infizierte, HIV-Betroffene und an AIDS erkrankte

Kinder einsetzt und u. a. im Jahr 2008 eine großformatige Plakataktion in mehreren deutschen Großstädten durchgeführt hat. Dabei sollte die Zielgruppe, schwangere Frauen, überzeugt werden, den in gynäkologischen Praxen kostenlos angebotenen HIV-Test für Schwangere durchzuführen.

Grundsätzlich ein positiv zu bewertendes Vorhaben, doch der gewählte Weg zum Ziel irritiert, schockiert und macht betroffen im negativen Sinne: Großformatige Plakate mit Bildmotiven, die Babys und Kleinkinder als unschuldige, zum Tode verurteilte Opfer ihrer HIV-positiven Mütter zeigen. Zwei Beispiele seien hier geschildert:

Bild Sarg, 2007: Eine Mutter, die lesend unter einem Baum sitzt, schaukelt statt eines Kinderwagens einen Babysarg, Bildunterschrift: (Auszug): Ganz die Mama, HIV-positiv .

Bild Hinrichtung, 2008: Ein Kleinkind sitzt auf einer Liege, die für eine Hinrichtung vorbereitet wurde, Bildunterschrift (Auszug): Verurteilen sie ihr Kind nicht unschuldig zum Tode.

Ob es sich bei diesen Anzeigenkampagnen um Aufklärung und Prävention im besten Sinne und den besten Absichten (vgl. hierzu die Kommentare von Michael Stich unter www.michael-stich-stiftung.de) oder um eine Stigmatisierung von Müttern handelt, die als verantwortungslose Täterinnen dargestellt werden, ist sehr strittig. Zu einem vorurteilsfreien Umgang mit positiver Mutterschaft in der Öffentlichkeit tragen diese Anzeigenmotive ganz sicher nicht bei. Die Zeitschrift BRIGITTE hat kritisch darüber berichtet, die Zentralstelle zur Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau in Bremen hat sich öffentlich dagegen positioniert (die Links sind zu finden auf der Website des Nationalen Netzwerkes Frauen und Gesundheit [Rundbrief Nr.26/09](http://www.nationales-netzwerk-</p></div><div data-bbox=)

frauengesundheit.de).

Allen denjenigen, die sich mit dem Thema positive Mutterschaft befassen möchten, empfehle ich die DVD Lifeboat – die in ihrer unaufdringlichen Machart nicht nur für betroffene Frauen und deren Angehörige hilfreich sein kann, sondern auch als allgemeines Aufklärungsmaterial zum Thema „Umgang mit HIV und Aids“ von Wert ist.

Bezugsadresse: <http://www.projekt-lifeboat.de/>

Andra Saake
Nds. Ministerium für Soziales, Frauen,
Familie und Gesundheit
Referat 203
E-Mail: andra.saake@ms.niedersachsen.de
Tel.: 05 11-120-29 64

Thomas
Spieker

Neuregelung bei Spätabtreibungen

Der Deutsche Bundestag hat am 13. Mai 2009 eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes beschlossen. Die namentliche Abstimmung erfolgte ohne Fraktionszwang. Der Bundesrat hat die Änderung zwischenzeitlich gebilligt. Die Änderung tritt zum 01. Januar 2010 in Kraft.

Damit hat der Bundestag einem Anliegen aus dem Koalitionsvertrag entsprochen, die Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Schwangerschaftswoche zu regeln. Dabei stand im Vordergrund, die Beratungssituation für Frauen zu verbessern und die Zahl der Spätabtreibungen zu verringern. Schwangere, die sich in besonderen Belastungssituationen befinden, die zum Abbruch einer späten Schwangerschaft führen können, wurden bisher nicht immer ausreichend beraten.

Ausgangssituation und Zustandekommen

1993 wurde in § 218 a Abs. 2 Strafge-

setzbuch (StGB) die bis dahin geltende embryopatische Indikation abgelöst durch die bis heute und auch weiterhin geltende medizinische Indikation. Ein Schwangerschaftsabbruch ist demnach nicht rechtswidrig, wenn er „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“ Die medizinische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch begründet sich auf den Lebensverhältnissen und dem Gesundheitszustand der Schwangeren.

Psychologinnen und Psychologen warnen, ob ein Abbruch im Schockzustand der Diagnose – ohne Bedenkzeit – auf Dauer überhaupt verkraftet werden kann.

Neuerungen

Es gibt folgende zentrale Neuerungen:

- ein verpflichtendes Beratungsangebot der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes sowie
- eine dreitägige Bedenkzeit zwischen der Diagnose nach pränataldiagnostischen Untersuchungen oder der Beratung über die Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs und der Feststellung der medizinischen Indikation. Diese gilt, sofern gegenwärtig keine erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren besteht.

Damit solle aber keine Zwangsberatung auferlegt werden, betonte die Niedersächsische Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann, die die Änderungen sehr begrüßt. „Die Neuregelung will den Automatismus aus Pränataldiagnostik, Befund einer Behinderung des Ungeborenen und Schwangerschaftsabbruch außer Kraft setzen. Die Schwangere benötigt zur Bewältigung der Probleme und Konflikte dringend Beratung und Unterstützung, die hiermit einen belastbaren Rahmen bekommen haben. 2008 wurde in 231 Fällen nach der 23. Schwangerschaftswoche ein Abbruch durchgeführt. Die Dunkelziffer wird noch weit höher eingeschätzt. Wir müssen diese Zahl senken.“ Durch die Drei-Tage-Frist werden unüberlegte Entscheidungen und Panikreaktionen verhindert. Es kann somit nicht nach der Diagnose einer Behinderung sofort zu einer Abtreibung kommen, was in Einzelfällen vorkam.

Die Beratung soll auch beinhalten, wie sich die Behinderung auf das Leben des Kindes auswirkt, auf den Alltag der Eltern und das gemeinsame Familienleben. Das Vorliegen der Voraussetzung einer medizinischen Indikation im Zu-

sammenhang mit einer Behinderung des ungeborenen Kindes sollte möglichst durch Begutachtung eines interdisziplinär besetzten Kollegiums (z.B. aus den Bereichen Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Psychologie, Humangenetik) festgestellt werden, um die Entscheidung nach § 218 a Abs. 2 StGB auf eine breitere Basis zu stellen. Durch ein solches Kollegium sollten insbesondere die Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden, indem die Verantwortung für die Prognoseentscheidung nicht mehr allein einer einzelnen Ärztin oder einem einzelnen Arzt obliegt. Mit der dreitägigen Bedenkzeit wird den Eltern ein Signal gegeben, dass sie in Ruhe über ihre Situation nachdenken können. Ziel ist, die Eltern in die Lage zu versetzen, gut informiert und gut durchdacht eine Entscheidung zu treffen, die sie später nicht bereuen. Die Beratung umfasst mögliche medizinische, psychische und soziale Fragen. Das Gesetz sieht die Beratung in allgemein verständlicher Form ebenso wie Ergebnisoffenheit vor. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere, vertiefende psychosoziale Beratung zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln. Die Schwangere hat die Möglichkeit, ihren Verzicht auf eine Beratung zu erklären.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erstellt zusätzliche Informationen zum Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und dem Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung. Die Informationsmaterialien weisen auch auf den Anspruch auf psychosoziale Beratung und auf Kontakt-

adressen hin. Die Materialien werden unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Die Ärztin oder der Arzt händigt der Schwangeren dieses Informationsmaterial im Rahmen der o. g. Beratungen aus.

Zu wünschen ist, dass diese Gesetzesänderung langfristig dazu beiträgt, dass wir mit Behinderten anders umgehen und sie stärker in die Gesellschaft integrieren. Erst wenn auch Kinder mit Behinderungen in unserer Gesellschaft willkommen sind und eine Teilhabe in allen Lebensbereichen selbstverständlich ist, wird es Eltern zunehmend leicht-

ter fallen, sich gegen eine Spätabtreibung zu entscheiden. Sozialministerin Ross-Luttmann: „Nicht zuletzt liegt es an allen politischen Ebenen, die Rahmenbedingungen zu verbessern, um den Eltern die Entscheidung auch für ein behindertes Kind zu erleichtern. Eltern müssen wissen, dass die Gesellschaft sie nicht allein lässt, wenn sie ein behindertes Kind bekommen. Dafür müssen wir uns alle stark machen.“.

Thomas Spieker
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit
Pressesprecher

Ulla
Ellerstorfer

Der mühsame Prozess, den Status quo im Abtreibungsrecht zu halten

Eine Chrismon-Umfrage (1) des Monats Juni 2005 ergab, dass nur 28% der Befragten die Frage nach der Abtreibungsregelung in Deutschland durch das seit 1995 geltende Gesetz richtig beantworten konnten; bei den 14- bis 29 Jährigen waren es 20 %.

Dieses Wissen wird sich – zumal durch meist verwirrende Medienberichte der letzten Monate – nicht verbessert haben. Die am 13. Mai 2009 mehrheitlich beschlossene Neuregelung für die medizinische Indikation ist von den möglicherweise betroffenen Frauen wenig wahrgenommen und in der Öffentlichkeit noch weniger verstanden worden. Sie wird am 1. Januar 2010 in Kraft treten.

Die Änderung betrifft das Schwangerschaftskonfliktgesetz. Eine medizinische Indikation darf weiterhin

nur nach der Beurteilung eines Arztes oder einer Ärztin ausgestellt werden. Das ist nur dann der Fall, wenn eine schwangere Frau aus gesundheitlichen Gründen, unter Berücksichtigung ihrer gegenwärtigen und zukünftigen Lebenssituation, eine Schwangerschaft nicht (länger) austragen kann. Der Arzt oder die Ärztin, die den Abbruch durchführen wird, prüft vor dem Eingriff ein weiteres Mal die Indikationsstellung auf ihre Richtigkeit.

Die Neuerungen

Neu ab 1.1.2010 sind die für Ärzte und Ärztinnen verpflichtende Beratung einer Frau vor Ausstellen der Indikation, der ärztliche Hinweis auf ein arztunabhängiges psychosoziales Beratungsangebot, auf Wunsch eine Kontaktvermittlung und das Einhalten einer

Wartezeit von drei Tagen vor Aushändigung der medizinischen Indikation. Die auf die Indikation angewiesene Frau muss dem Arzt / der Ärztin die ärztliche Pflichtberatung, den Hinweis auf das kostenlose psychosoziale Beratungsangebot schriftlich bestätigen, ebenso auch ihre Ablehnung. Unbenommen bleibt das Recht der Frau, die Beratung nicht in Anspruch nehmen zu müssen.

Neu ist auch, sollten sich eine Frau oder ein Paar gemeinsam für den Abbruch einer Schwangerschaft nach einer schlechten Nachricht aufgrund einer vorgeburtlichen Untersuchung (Pränataldiagnose) entschließen, dass weitere für diese Diagnose qualifizierte Fachärztinnen zur ärztlichen Beratung hinzugezogen werden.

Die gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit von drei Tagen entfällt nur dann, wenn das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren unter Berücksichtigung ihrer gegenwärtigen und künftigen Lebenslage in Gefahr ist. Bei Nichteinhalten der neuen ärztlichen Auflagen droht Ärzten und Ärztinnen ein Bußgeld von 5.000.00 Euro.

Die öffentliche Diskussion

In den Medien klang es über Monate bis zur Gesetzesentscheidung so, als handele es sich um die seit Jahren nur wenigen tragischen Fälle nach der 22. Schwangerschaftswoche (180-230 Fälle p. a.), in der Regel, die kaum zu verhindern sind. Für eine Frau, für ein Paar, die sich über Wochen und Monate auf ein gewünschtes Kind gefreut hatten, ein kaum zu fassender Schicksalsschlag, schwer hinnehmbar, noch schwerer, die

Entscheidung für eine Spätabtreibung zu treffen und zu tragen.

Nein, um diese politisch geschickt genutzten Einzelfälle ging es nicht, nur konnte das kaum jemand begreifen. Auf dem Prüfstand stand die medizinische Indikation, die für schwangere Frauen nach der 12. Woche, manchmal auch vorher schon, erforderlich ist.

Die politische Orchestrierung des Staatsorchesters für eine Gesetzesänderung reichte seit Mitte 2008 von tiefschwarz über dissonant spielende rote und grüne Flügel bis zu einer eher unerwarteten gelben Tonlage: eine einst menschenrechtlich klar positionierte FDP entschied diese für Frauen nachteilige Gesetzesänderung mit. Ein politisch klares Kalkül dürfte dafür eine Rolle gespielt haben, scheint doch eine schwarz-gelbe Koalition ab September der ausschlaggebende Faktor gewesen zu sein. Pointierte störende politische Positionen mutieren dann zu nachgiebigen Knautschzonen.

Das Publikum für diese Auseinandersetzungen in der Abtreibungsfrage reichte kaum über Fachkreise und Insider hinaus. Auch da Dissonanzen. Weder spielte der Berufsverband der Frauenärzte in der angestimmten Tonart mit, noch der Ärztinnenbund, weder pro familia noch die AWO nebst einer nennenswerten Reihe anderer Fachverbände. Prof. Monika Frommel erarbeitete als versierte Strafrechtlerin ein Gutachten, das unmissverständlich eine untergesetzliche Regelung nahelegte. Diese Stimmen haben extreme Auswüchse verhindern können, nicht aber die Verschärfung im Schwangerschaftskonfliktgesetz.

Die Folgen

Die Folgen der gesetzlichen Neuregelung sind absehbar: Ärzte und Ärztinnen werden weniger denn je bereit sein, eine medizinische Indikation auszustellen, auch wenn sie erforderlich erscheint.

Schwangere Frauen werden nach den wenigen Ärzten und Ärztinnen länger als bisher suchen müssen, oder aber vermehrt ins benachbarte Ausland ausweichen, wenn sie es sich finanziell leisten können, was zu beobachten wäre. Unklar ist und muss ab 1.1.2010

abgewartet werden, ob und in welchem Umfang schwangere Frauen und Paare das ergänzende psychosoziale Beratungsangebot in Anspruch nehmen werden.

Ulla Ellerstorfer
pro familia Bundesvorstand
E-Mail: ellerstorfer@web.de

(1) Chrismon ist eine evangelische Zeitschrift, die monatlich renommierten Tageszeitungen beiliegt.

Ute
Sonntag

Psychische Gesundheit und psychische Belastungen

„Wer keine Zeit für seine Gesundheit hat, wird eines Tages Zeit haben müssen, krank zu sein.“ Mit diesem Satz beginnt der Gesundheitsreport 2009 der BAERMER. In den letzten fünf Jahren hat sich der Krankenstand in der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ mehr als verdoppelt. Das bedeutet Platz 2 auf der Rangliste der wichtigsten Krankheiten. Grund genug für die BARMER, das Thema psychische Gesundheit und psychische Belastungen am Arbeitsplatz in den Mittelpunkt des Gesundheitsreports in diesem Jahr zu stellen.

Ausgewählte Ergebnisse

In den letzten Jahren haben psychische Erkrankungen mehr arbeitsbedingte Fehlzeiten verursacht als früher. So stieg ihr Anteil an den jährlichen Fehlzeiten von 11,3% im Jahr 2003 auf 16,8% im Jahr 2008.

Der Anteil von Frauen am Krankenstand

wegen psychischer Erkrankungen ist mit 18,5% um 37% höher als bei Männern mit 13,5%.

Allerdings sind Männer, wenn sie psychisch erkrankt sind, mit 40,8 Tagen statistisch signifikant länger krankgeschrieben als Frauen mit 38,7 Tagen. Der Krankheitsverlauf weist bei Frauen und Männern eine unterschiedliche, altersabhängige Dynamik auf. Ab der Altersgruppe 40-44 Jahre weisen erwerbstätige Männer einen deutlich stärkeren altersabhängigen Anstieg der Erkrankungsdauer auf.

Weitere Informationen unter <http://www.barmer.de/>

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen
e.V.,
E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Gendiagnostikgesetz verabschiedet

Nach mehrjährigen Diskussionen hat der Deutsche Bundestag rechtliche Rahmenbedingungen für genetische Untersuchungen am Menschen geschaffen. Über 50 Einzelsachverständige und Verbände hatten zu Jahresbeginn in einer Anhörung zu Detailfragen des Gesetzentwurfes Stellung genommen.

Das nunmehr im April 2009 verabschiedete Gesetz über gendiagnostische Untersuchungen bei Menschen – Gendiagnostikgesetz – soll das Recht auf informationelle Selbstbestimmung schützen und eine Diskriminierung aufgrund genetischer Dispositionen verhindern.

Die Regelungen betreffen genetische Untersuchungen

- zu medizinischen Zwecken,
- zur Klärung der Abstammung,
- im Versicherungsbereich,
- im Arbeitsleben.

Das Gesetz gilt ausdrücklich nicht für genetische Untersuchungen und Analysen zu Forschungszwecken, im Zusammenhang mit Strafverfahren und aufgrund von Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes (§ 2 GenDG).

Eckpunkte

Genetische Untersuchungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn die betroffene Person rechtswirksam eingewilligt hat (§ 8 GenDG). Gendiagnostische Untersuchungen sind Ärztinnen und Ärzten, prädiktive Untersuchungen nur Fachärztinnen und Fachärzten vorbehalten (§ 7 GenDG). Nach einer genetischen diagnostischen Untersuchung ist eine fachlich qualifizierte Beratung anzubieten

(§ 10 Abs 1 GenDG). Bei einer prädiktiven genetischen Untersuchung gilt: grundsätzlich ist sowohl vor der Untersuchung als auch nach Vorliegen des Ergebnisses eine Beratung durchzuführen. Der Gesetzgeber hat außerdem festgelegt, dass die Beratung in allgemeinverständlicher Form und ergebnisoffen zu erfolgen hat (§ 10 Abs. 2, 3 GenDG).

Vorgeburtliche genetische Untersuchungen dürfen nur zu medizinischen Zwecken vorgenommen werden und nur auf bestimmte genetische Eigenschaften des Embryos oder Fötus gerichtet sein, die die Gesundheit während der Schwangerschaft oder nach der Geburt beeinträchtigen. Das im Rahmen dieser Untersuchung festgestellte Geschlecht darf erst nach der zwölften Schwangerschaftswoche mitgeteilt werden (§ 15 Abs.1 GenDG). Untersuchungen zur Klärung der Abstammung sind an die Einwilligung der zu untersuchenden Person gebunden; der unlängst in der Öffentlichkeit diskutierte „heimliche Vaterschaftstest“ wird als Ordnungswidrigkeit (bis zu 5000 Euro) geahndet (§ 17 i.V.m. § 26 GenDG).

Im Zusammenhang mit dem Abschluss eines Versicherungsvertrages darf weder eine genetische Untersuchung noch die Herausgabe von gendiagnostischen Untersuchungsergebnissen verlangt werden. Ausnahme: Abschluss eines Versicherungsvertrages über 300.000 Euro oder 3000 Euro Jahresrente (§ 18 Abs. 1 GenDG). Auch Arbeitgeber dürfen gendiagnostische Untersuchungen und die Herausgabe von Untersuchungsergebnissen nicht verlangen (§ 19 GenDG).

Zu einzelnen Regelungen des Gesetzes kommt Kritik von verschiedenen Seiten. So wird u.a. der Arbeitnehmerschutz als unzureichend und die Ausnahmeregelung ab einer hohen Versicherungssumme als diskriminierend bemängelt. Deutliche Kritik gab es auch daran, dass das Gesetz nicht für Forschungszwecke gelten soll.

Mit Blick auf die am häufigsten durchgeführten Tests gab es auch Mahnungen: „Bei Schwangeren dürfe nicht der Ein-

druck entstehen, sie müssten ihr Kind unbedingt auf bestimmte Krankheiten oder Behinderungen untersuchen lassen“.

Ursula Jeß
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit
E-Mail: ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Buch
empfehlung
zum Thema

Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests

Genetische Tests gehören heute zum medizinischen Alltag. Brisanz bekommen sie in der prädiktiven genetischen Diagnostik, die das Risiko gesunder Menschen für zukünftige Erkrankungen abklärt. Das vorliegende Buch fasst den derzeitigen Stand des Wissens über Möglichkeiten und Grenzen der prädiktiven Gentests, über deren psychischen und sozialen Konsequenzen und gesellschaftlichen Implikationen systematisch zusammen.

Es zeigt auf, wie diese neue Technologie einen anderen individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit Fortpflanzungswünschen, Verwandtschaftsbeziehungen und Krankheitsrisiken nach sich zieht. Ein Diskurs über Dimensionen genetischer Verantwortung sowie Entwicklungstrends für das Gesundheitssystem beschließen diese Studie. Spannungs- und Konfliktpotenziale werden nachdrücklich skizziert. (us)

Regine Kollek, Thomas Lemke:

Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests

Campus Verlag, Frankfurt, New York, 2008

372 Seiten

ISBN 978-3-593-38776-5

34,90 Euro

Silke
Röhl

Die Beratungs- und Versorgungssituation von Schwangeren und Stillenden

Beratung und Information – insbesondere zur Jodversorgung – sind wichtig und wirkungsvoll. Zum Abschluss des Forschungsprojektes zur Jodversorgung und Beratung waren dies wichtige Erkenntnisse des vom Forschungsschwerpunkt Maternal and Child Health der Universität Osnabrück veranstalteten Symposiums rund um das Thema Beratung und Versorgung von Schwangeren und Stillenden. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Prof. Dr. med. Beate A. Schücking diskutierten knapp 60 Interessierte am 6. Juni 2009 in Osnabrück. Angesprochen waren Hebammen, Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerinnen, Ärztinnen und Ärzte.

Im Vordergrund standen die Fragen: Wie werden Frauen in dieser Lebensphase zum Mineralstoffbedarf, zur Medikamenteneinnahme und zur Ernährung informiert? Wie reagieren sie auf diese Beratung? Sind die bestehenden Maßnahmen und Richtlinien effektiv, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen?

Im Eingangsvortrag stellte Prof. Dr. Roland Gärtner, Ludwig-Maximilians-Universität München, die Bedeutung einer bedarfsgerechten Jodversorgung für Schwangere und Stillende dar, vor allem im Hinblick auf die Entstehung von Schilddrüsenerkrankungen und den Einflüssen auf den Schwangerschaftsverlauf. Besonders interessiert wurde der Zusammenhang zwischen kindlicher Intelligenz und Jodversorgung aufgenommen. Eine ausreichende Jodversorgung ist in der gesamten Schwangerschaft

wichtig. In der Frühschwangerschaft ist eine ausreichende mütterliche Jodversorgung für die fetale Entwicklung wesentlich; insbesondere für die Entwicklung von Nervenzellen und des Gehörs, wie Studien zeigen. Auch im weiteren Schwangerschaftsverlauf ist eine bedarfsgerechte Jodversorgung von Bedeutung, da ab der 10./12. SSW die kindliche Schilddrüse Jod zur Produktion von „eigenen“ Schilddrüsenhormonen benötigt. Ein Jodmangel in der Schwangerschaft kann zur Strumabildung führen und Aborte, Fehlgeburten, kognitive Schäden und angeborene Anomalien begünstigen.

Eigens zur Information von Schwangeren hält das Informationsportal Hintergrundinformationen zu Jod, Jodpräparaten und praktische Tipps zur jodreichen Ernährung bereit: <http://www.jod-fuerzwei.de>

Von Prof. Dr. Beate A. Schücking und Silke Röhl, Wissenschaftlerinnen an der Universität Osnabrück, wurden die Ergebnisse der Osnabrücker Jod-Studie vorgestellt. In der multizentrischen Studie konnten 1.200 Wöchnerinnen in vier Regionen Deutschlands befragt werden. Frauen die gut informiert und zur Einnahme von jodidhaltigen Präparaten beraten werden, setzten dies in 9 von 10 Fällen um. Die als wichtigster Einflussfaktor auf die Jodid-Substitution identifizierte frauenärztliche Beratung erfolgt bei ca. 40 % der Schwangeren nicht oder zu spät. Für die Stillzeit bestehen noch erheblichere Beratungs- und Versorgungsdefizite. Vor dem Hintergrund

erhöhter Jodbedarfe in Schwangerschaft (230 µg) und Stillzeit (260 µg) sollten die behandelnden Frauenärztinnen/Frauenärzte und die betreuenden Hebammen noch intensiver zu diesem Thema beraten.

Dr. Kathrin Janhsen, Vertretungsprofessorin an der Universität Osnabrück referierte über Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit. Studien zeigen, dass in Deutschland von Schwangeren durchschnittlich fünf Arzneimittel eingenommen werden. Inwieweit Arzneimittel während Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden können, wird in der Packungsbeilage beschrieben. Arzneimittelhersteller – insbesondere von neuen Arzneimitteln – empfehlen die Nichtanwendung in Schwangerschaft und Stillzeit, wenn keine Studien dazu vorliegen. Die Verordnung von sogenannten off-label-use-Arzneimitteln liegt dann in der Verantwortung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. In der Praxis können daraus vorenthaltene Therapien, invasive Diagnostik oder auch Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer erhöhten Risikowahrnehmung resultieren.

Für Schwangere und Professionelle bietet das unabhängige Internetportal einen detaillierten Überblick zu Präparaten und Wirkstoffen und deren Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit: <http://www.embryotox.de>. Darüber hinaus ist eine individuelle Beratung möglich. Das Angebot wird vom Pharmakovigilanzzentrum Embryotoxikologie, einem aus öffentlichen Geldern geförderten Institut des Gesundheitswesens, zur Verfügung gestellt.

Prof. Dr. Norbert Schmacke, Universität Bremen, gab dem Publikum einen kritischen Überblick zu den aktuell erör-

terten und praktizierten Konzepten ärztlicher Beratung, wie z. B. Adherence, Shared Decision Making. Ausgehend von dem Vortragsthema „Wie kann Beratung gelingen?“ wurde als eine wesentliche Voraussetzung die grundsätzliche Bereitschaft zur Beratung (im Wortsinne) diskutiert. Die Umsetzung von Konzepten wie Adherence und SDM setzt eine „neue“ Haltung der Professionellen voraus. Insgesamt bestehen gute Ansätze eine evidenzbasierte Patientinnenberatung zu erreichen. Für Prozesse, die eine Umsetzung in die Praxis voranbringen, ist das Verstehen der „aktuellen Hürden“ wesentlich und Aufgabe der Zukunft.

Gesundheitsförderung für werdende Mütter, Stillende und ihre Kinder ist ein wichtiges Ziel. In diesem Sinne beurteilten sowohl Teilnehmende als auch Vortragende das Symposium am 6. Juni 2009 in Osnabrück gleichermaßen als lohnende Investition. An Forschungsthemen rund um die Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett arbeitet der Forschungsschwerpunkt Maternal and Child Health seit 13 Jahren an der Universität Osnabrück unter der Leitung von Prof. Dr. med. Beate Schücking. <http://www.materal-health.de>

Silke Röhl
Universität Osnabrück
FB 08/Gesundheitswissenschaften
Forschungsschwerpunkt Maternal and Child Health
E-Mail: sroehl@uni-osnabrueck.de

Ute
Sonntag

Migration, Sexualität und Identität - Wege in die Integration

Seit Mitte der Siebziger Jahre verfolgt pro familia das Ziel, Frauen und Männern ausländischer Herkunft den gleichberechtigten Zugang zu Informationen und Dienstleistungen über Sexualität und Familienplanung zu gewährleisten. Die Fachtagung „Migration, Sexualität und Identität“, die am 9. Mai 2009 in Karlsruhe stattfand, nahm den fachlichen und verbandspolitischen Diskurs zum Thema wieder auf.

Berthold Bodo Flaig von SINUS SOCIOVISION stellte eine Studie zu den Lebenswelten und Lebensstilen von Migrantinnen und Migranten vor. Die 2006 bis 2008 durchgeführte Studie zeige ein facettenreiches Bild und widerlege viele Negativ-Klischees über die Einwanderer und Einwanderinnen. Die Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland seien keine homogene Gruppe. Acht unterschiedliche Milieus mit jeweils ganz verschiedenen Lebensauffassungen und Lebensweisen konnten identifiziert werden. Dabei gebe es in der Migrant*innenpopulation sowohl traditionellere als auch soziokulturell modernere Segmente als bei den Deutschen ohne Migrationshintergrund. Die Untersuchung mache deutlich, dass die Ressourcen an kulturellem Kapital von Migrantinnen und Migranten sowie ihre Anpassungsleistungen unterschätzt würden. Der Einfluss religiöser Traditionen werde dagegen überschätzt: drei Viertel der Befragten

zeigten eine starke Aversion gegenüber fundamentalistischen Einstellungen.

Christina Röttgers von itim Germany beschrieb eine neue Sichtweise auf verschiedene Kulturen. Kulturelle Werte seien relativ, messbar und vergleichend darstellbar. Demnach könne eine Kultur beschrieben werden in ihrer Distanz zu Macht, wie sehr Kollektivismus oder Individualismus vorherrschten, wie sehr Leistung und Erfolg (Maskulinität) oder Fürsorge für andere und Lebensqualität (Feminität) eine Kultur prägten, wie sehr Unsicherheit vermieden werde und ob die Kultur durch eine Kurzzeit- oder Langzeitorientierung geprägt sei.

Praxisprojekte

Zudem wurden Praxisprojekte vorgestellt. PAPTAYA ist eine anonyme Krisen- und Übergangseinrichtung für Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund, die aufgrund kultureller und familiärer Konflikte von zu Hause geflohen sind und von ihren Familien bedroht werden. pro familia Bonn verfolgt den Ansatz, die Förderung der sexuellen Gesundheit mit dem Spracherwerb zu verknüpfen. Im Rahmen von Deutschkursen lernen die Frauen deutsche Vokabeln zum weiblichen Körper, zu Verhütung, Schwangerschaft, Sexualität und Krankheitssymptomen. Dadurch werden sie sicherer in der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten sowie unter der Geburt. Sprachliche Befähigung

wird hier als wesentliche Grundlage der Selbstbestimmung gefördert. Weitere vertrauliche Gespräche schließen sich bei Bedarf an.

pro familia e.V. Freiburg setzt das vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geförderte Projekt „Pro eto - Integration junger Aussiedlerinnen und Aussiedler durch Gendermaßnahmen“ um. Es geht darum, mit Themen wie Männer-, Frauenrollen, Berufs-, Lebensplanung, Partnerschaft und Familie mit den jungen Aussiedlern und Aussiedlerinnen aus Russland, Kasachstan und anderen GUS Staaten ins Gespräch zu kommen. Ziel ist eine bessere Integration von Aussiedlerinnen und Aussiedlern durch die Erweiterung ihrer Geschlechterrolle (Gender) und ein besseres Verständnis der hiesigen Gebräuche. Der Kontakt zu den Aussiedlerinnen und Aussiedlern wird im Projekt von Studierenden aufgebaut, die in der Mehrheit selbst

Russlanddeutsche sind.

2007 haben 440.000 Ratsuchende die Einrichtungen von pro familia genutzt oder an den sexualpädagogischen Programmen teilgenommen. Davon hatten 15 % eine andere Staatsbürgerschaft als die deutsche, d.h. Migrantinnen und Migranten nutzen pro familia. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund liegt jedoch noch höher als 15 %.

Die Tagung hat deutlich gemacht, dass das Thema Migration und Integration im Verband ernst genommen wird. Die Diskussion im Plenum zeigte das große Interesse an der Thematik und die Offenheit, sich aktiv damit auseinander zu setzen.

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen
e.V., s. Impressum

Frauen und Alkohol

Im Rahmen der Aktionswoche Alkohol, die bundesweit vom 13. bis 21. Juni 2009 stattfand, wurde in Bremen ein Fachtag zum Thema „Frauen und Alkohol“ durchgeführt.

Prof. Dr. Klaudia Winkler von der Fachhochschule Regensburg erläuterte die Situation anhand von Zahlen, Daten, Fakten und sprach über Erklärungsmodelle. Dr. Wibke Voigt von der Fachklinik St. Vitus in Visbeck stellte

die praktische frauenspezifische Arbeit in einer Suchtfachklinik vor und behandelte dabei schwerpunktmäßig die Thematik Sucht und Trauma.

Die Folien der Vorträge sind unter www.aktionswoche-alkohol-bremen.de eingestellt.

Gremienarbeit

Aufsichtsrat in Klinikum

Christa
Karras

Gefordert: Eine Gleichstellungsbeauftragte für das Klinikum Braunschweig!

Das Klinikum Braunschweig ist das Krankenhaus der Maximalversorgung für die Region Braunschweig und mit 1.425 Planbetten eines der großen Krankenhäuser in Deutschland. Mit 17 Kliniken, 11 selbständigen klinischen Abteilungen und sechs Instituten wird nahezu das komplette Fächerspektrum der Medizin abgedeckt. Pro Jahr werden über 56.000 Patienten (51%) und Patientinnen (49%) stationär und rund 104.000 ambulant behandelt (Frauen 49% und Männer 51%).

Die Rahmenbedingungen

Rund 3.750 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten hier in ganz unterschiedlichen Bereichen: in Medizin und Pflege, in hauswirtschaftlichen und technischen Feldern, in Verwaltung und EDV. In den verschiedenen Berufsgruppen arbeiten rund 435 im ärztlichen Dienst (Frauen 40%, Männer 60%) und 2.000 im Pflege- und Funktionsdienst (87% Frauen, 13 % Männer) sowie 535 Beschäftigte im medizinisch-technischen Dienst (Frauen 88%, Männer 12%), 520 im nicht-medizinischen Bereich (60% Frauen, 40% Männer) und 260 Auszubildende (87% Frauen, 13 % Männer).

Das Klinikum hat ein Budget von rund 203 Mio Euro und gehört damit zu den

großen kommunalen Krankenhäusern in Deutschland.

Die Stadt Braunschweig ist 100-prozentige Gesellschafterin des „Städtischen Klinikums Braunschweig gGmbH“.

Der Aufsichtsrat

Das Klinikum verfügt über einen Aufsichtsrat (AR), dessen Vorsitz der zuständige Dezernent für Soziales und Gesundheit der Stadt BS inne hat. Dem AR gehören zwei Frauen und zwei Männer an, die vom Rat der Stadt benannt werden, weiterhin eine Frau und ein Mann aus der Arbeitnehmerinnen-Interessenvertretung, schließlich zwei externe männliche Fachleute. Die Rechte und Pflichten des Aufsichtsrates sind durch Gesetz und Gesellschaftsvertrag bestimmt: Der Aufsichtsrat berät und überwacht die Geschäftsführung, wobei er sich als Gremium der Unterstützung Dritter bedienen kann. Der Aufsichtsrat hat das Recht auf Auskunft und Einsichtnahme in die Geschäftsunterlagen. Er vertritt die Gesellschaft gerichtlich und außergerichtlich gegenüber der Geschäftsführung. Ich bin seit 2006 Mitglied im Aufsichtsrat, entsandt von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Rat der Stadt Braunschweig.

Ich komme zwar nicht aus einem medizinischen Bereich, Frauengesundheitspolitik war und ist mir jedoch stets ein wichtiges Anliegen. Die im Laufe meines Erwerbslebens gesammelten Erfahrungen erleichtern mir die Arbeit. „Motor“ für mein frauenpolitisches Engagement sind auch meine Aktivitäten in den 70er und 80er Jahren in der autonomen Braunschweiger Frauenbewegung.

Vertretung der Frauen

Seit meiner Berufung in den Aufsichtsrat des Klinikums beschäftigt mich die Frage, ob und wie eine bessere Vertretung der weiblichen Beschäftigten – durch eine Frauenbeauftragte – erreicht werden kann. Die Frage, ob die Frauenbeauftragte der Stadt Braunschweig weiterhin für die Mitarbeiterinnen des Klinikums zuständig sei, wurde von der Klinikleitung verneint mit den Hinweis: Es gibt doch eine kompetente Betriebsrätin, da brauche es keine Frauen- oder Gleichstellungsbeauftragte mehr. Die Betriebsrätin sah das mit ihrem Betriebsrat zwar anders und setzte sich für eine Frauenbeauftragte mit eigenen Zuständigkeiten ein (in Analogie zu den Rechten und Pflichten der Frauenbeauftragten nach dem Nds. Gleichberechtigungsgesetz) hatte damit aber weder bei der Klinikleitung noch bei dem damaligen Dezernenten Unterstützung. Folgerichtig zählt der Betriebsrat zu seinen Aufgaben u.a. die Förderung der Durchsetzung der Gleichstellung von Frauen und Männern im Betrieb und die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit.

Der frauenpolitische Blick

Ich schaue immer wieder mit einem frauenpolitischen Blick auf die mir vorgelegten Unterlagen. Das Klinikum tut sehr viel, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen; zur Zeit wird die Einrichtung eines Kindergartens geprüft. Es gibt darüber hinaus vielfältige Varianten von Arbeitszeitmodellen, sehr individuell auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zugeschnitten. Das Klinikum hat als eines der ersten deutschen Krankenhäuser ein neues Arbeitszeitmodell vorgelegt, das auf Bereitschaftsdienste verzichtet. Dafür bekam es Anfang 2008 auch eine Auszeichnung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Doch problematisch wird es, wenn es um die Besetzung von Leitungspositionen geht, wie zum Beispiel von Chefärzten einer Klinik innerhalb des Klinikums. Bisher gibt es keine Chefärztin.

In der letzten Zeit waren drei Chefsessel frei geworden. In den Ausschreibungen wurde darauf hingewiesen, dass das Klinikum bestrebt sei, den Frauenanteil in leitenden Positionen des ärztlichen Dienstes zu erhöhen und Frauen daher besonders aufgefordert werden, sich zu bewerben.

Dem AR wurden alle eingegangenen Bewerbungen vorgelegt. Bei der Ausschreibung zu Chefsessel 1 und 2 gab es keine Bewerberin. Auf meine Nachfrage hin wurde mir mitgeteilt, dass diese Fachgebiete noch rein männlich dominiert seien und es auch kaum adäquaten weiblichen Nachwuchs gäbe. Für den Chefsessel drei sah es dann schon anders aus: Es gab zwei Bewerberinnen, von denen eine zur Vorstellung eingeladen wurde. Meine

ständigen Nachfragen sind also nicht folgenlos.

Die Bewerberin musste sich vor dem männlichen Auswahlgremium ihrer ggfs. zukünftigen Kollegen vorstellen und wurde einhellig abgelehnt. Leider darf ich als Aufsichtsratsmitglied nicht zitieren es drängte sich mir der Eindruck auf, hier wurde gehandelt nach dem Motto: Störe mir meine Kreise nicht! Allerdings wurde rein fachlich von den Mitgliedern des Auswahlgremiums argumentiert, warum der männliche Kandidat wesentlich besser geeignet wäre. Letztendlich habe ich die Auswahl mitgetragen... ein schaler Geschmack bleibt.

Diese Erfahrung nahm ich zum Anlass, die Klinikleitung und den Dezernenten erneut auf die Notwendigkeit einer Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragten für das Klinikum hinzuweisen. Unterstützung kommt vom Betriebsrat. Ich habe Kontakte aufgenommen zu

verschiedenen Kliniken mit entsprechenden Richtlinien. Nach der Sommerpause findet ein erstes Gespräch mit dem zuständigen Dezernenten und den Herren des Klinikums statt. Inzwischen gibt es auch Unterstützung aus den Reihen der weiblichen Mitglieder des Aufsichtsrates. Ich bin gespannt, ob es mir (bzw. uns) gelingt, in diesen frauenpolitisch rechtsfreien Raum Klinikum einzubrechen. Ich meine, das Klinikum hat familienpolitisch einiges vorzuweisen, sie können auch mit ihren Erfolgen wuchern – nur fehlt noch das Tüpfelchen auf dem i: die Gleichstellungsbeauftragte mit Rechten und Pflichten.

Dr. Christa Karras
E-Mail: christa.karras@t-online.de

Regionales

Gender und Depression

Mechthild
Schramme-
Haack

Gender und Depression

Depression ist eine weit verbreitete Krankheit, die in jüngerer Zeit in steigender Zahl diagnostiziert wird. Schätzungsweise 20 % der Bevölkerung können im Laufe ihres Lebens davon betroffen werden. Derzeit gelten etwa 5 % der Bevölkerung als behandlungsbedürftig erkrankt. Nur 10 % der Betroffenen finden einen Zugang zu therapeutischen Angeboten. Gründe können eine Scheu der Betroffenen, einen Arzt aufzusuchen, das fehlende Erkennen der Erkrankung oder der stigmatisierende Umgang der Gesellschaft mit Depressionen sein. Auf diesem Hintergrund haben sich in ca. 40 Orten in Deutschland lokale Bündnisse gegen Depression gegründet.

Lokales Bündnis gegen Depression

Seit Oktober 2008 gibt es auch in der Region Hannover ein lokales Bündnis gegen Depression. Sein Anliegen ist es, die Tabuisierung der Krankheit Depression zu verringern, die Bevölkerung eingehend zu informieren und die Versorgung zu verbessern. Außerdem soll eine Vernetzung der in diesem Bereich professionell Tätigen erreicht werden. Seit Oktober 2008 arbeitet das Bündnis in Hannover. Zunächst werden über zwei Jahre Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung

und Tagungen für Fachkräfte durchgeführt.

Neben den Schwerpunkten „depressive Symptome in Kindheit und Jugend“, „Depression im mittleren Lebensalter“ und „Depression im hohen Lebensalter“ gibt es auf Initiative des Runden Tisches Frauen- und Mädchengesundheit der Region Hannover, der vom Team Gleichstellung der Region koordiniert wird, seit Anfang 2009 als vierten Arbeitsbereich „Gender und Depression“.

Die AG Gender

Die AG Gender und Depression befasst sich mit Unterschieden zwischen Frauen und Männern in Bezug auf Depression. Mit Gender ist dabei das Geschlecht gemeint, wie es kulturell und sozial konstruiert wird.

Bei Frauen werden doppelt so häufig Depressionen diagnostiziert wie bei Männern. Die typischen Symptome sind bei beiden Geschlechtern verschieden: So sind große Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit eher bei Frauen, Unruhe, eine geringe Stresstoleranz bis zu unkontrollierten Wutausbrüchen eher bei Männern zu finden. Frauen und Männer reagieren unterschiedlich auf verschiedene Antidepressiva und sprechen auf verschiedene psychotherapeutische Verfahren

und Behandlungen unterschiedlich an. Arbeitslosigkeit, Armut, mangelnde soziale Unterstützung, Gewalterfahrungen und Mehrfachbelastung werden als Auslöser für Depressionen angesehen. Diese Faktoren stellen sich allerdings für beide Geschlechter unterschiedlich dar. Neben hormonellen und genetischen Faktoren spielt die geschlechtsspezifische Sozialisation eine große Rolle dabei, an einer Depression zu erkranken.

Aus diesen Aspekten ergeben sich eine Vielzahl von Anhaltspunkten, präven-

tive Ansätze, Gesundheitsförderung, Diagnostik und Behandlung gendersensibel zu gestalten. Als erste Maßnahme auf dem Weg dahin lädt die AG Gender und Depression zu einer Fachtagung am 26. August 2009 ein.

Mechthild Schramme-Haack
Team Gleichstellung, Gleichstellungsbeauftragte
Hildesheimer Straße 20
30169 Hannover
Tel.: 05 11 - 616 - 22 328
E-Mail: Gleichstellungsfragen@region-hannover.de

Agatha gr.
Macke

Was ist (uns) Gesundheit wert? Gesundheitstag in Syke

Gesundheitsförderung und Prävention sind beliebte gesundheitspolitische Themen. Trotzdem gibt es bislang keine nachhaltigen Finanzierungsstrategien für diesen Bereich.

Für die Behandlung von Krankheiten und die Wiederherstellung der Gesundheit wird sehr viel Geld ausgegeben. Die Gesundheit zu erhalten durch genügend Bewegung, Entspannung und richtige Ernährung ist dagegen eine sehr individuelle oder auch zufällige Angelegenheit.

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, aber wer zahlt sie?

Für manche Menschen ist Gesundheit alles wert. Für andere, insbesondere arme Menschen, ist sie nicht bezahlbar.

Wird es in Zukunft genügend medizinische Versorgung für alle geben? Was ist mit der berüchtigten Zweiklassenmedizin? Kann das solidarische Sys-

tem auf Dauer weiter funktionieren? Und wie? Ist Geschlechtergerechtigkeit ein Thema in der Gesundheitspolitik bei zukünftiger besserer Steuerung?“

Über diese Fragen ist im Rahmen des Gesundheitstages in Syke am 12. September 2009 in einer Podiumsdiskussion debattiert worden. Zudem standen Vorträge und Kurse bzw. Workshops auf dem Programm, abends ging es im Kabarett um Wellness für alle.

Gleichstellungsstelle der Stadt Syke

Agatha gr. Macke
Hinrich-Hanno-Platz 1
28857 Syke

Tel.: 0 42 42 / 164-540

E-Mail: Agatha.gr.Macke@stadt-syke.de
www.syke.de

Agatha gr. Macke

Gleichstellungsfragen@region-hannover.de

Schwerpunkt (Un)gewollt kinderlos

Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Familie bei Frauen heute oder „Risiko Mutterschaft“ |

Die Regenbogenfamilie | Ungewollte – gewollte Kinderlosigkeit |

Gewollt kinderlose Frauen | Gewollt kinderlos: Interview mit Susanne P. |

Alexandra
Jahr

(Un)gewollt kinderlos: Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Familie bei Frauen heute oder „Risiko Mutterschaft“

Zur ungewollten Kinderlosigkeit hat das Robert Koch Institut (RKI) schon im Jahr 2004 in seiner Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes wichtige Daten und Informationen zur Zeugungs- und/oder Empfängnisunfähigkeit geliefert.

Es gibt vielfältige Ursachen für einen unerfüllten Kinderwunsch; es spielen sowohl biologische, psychologische als auch soziale Faktoren eine Rolle.

„Mit der Veränderung der sozialen Rolle der Frau, die erfordert, berufliche Selbstverwirklichung, andere Formen der Lebensgestaltung und Mutterschaft zu integrieren, ist der Übergang zur Elternschaft für viele Paare, vor allem aber für Frauen, zu einem biographischen Entscheidungsproblem geworden“ – so das RKI.

Kinderlosigkeit

In den letzten Jahren hat die Zahl der kinderlosen Frauen stark zugenommen, wobei für Außenstehende nicht zu erkennen ist, ob es sich um eine bewusste Entscheidung handelt oder ob es für die Kinderlosigkeit medizinischen Gründe gibt. Das RKI nennt Zahlen: Frauen des Geburtsjahrgangs 1965 sind zu 30% (alte Bundesländer) bzw. 25% (neue Bundesländer) gewollt oder ungewollt kinderlos. Die Entscheidung zur Elternschaft wird zunehmend ins höhere Lebensalter verschoben; viele Frauen sind bei der Geburt 30 Jahre alt.

Das RKI sieht neben langen Ausbildungszeiten auch die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familienaufgaben als einen Grund für diese Entwicklung.

Was sagen Studien?

Anspruch und Wirklichkeit bei der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Familie: In einer groß angelegten Längsschnittstudie des Hamburger Biographie- und Lebenslaufpanels (HBLP) begleitet Harry Friebel die Schulabsolventinnen und -absolventen von 1979 über 30 Jahre lang und befragt sie zu ihren (Weiter-)Bildungs- und Lebensbiographien. Die „Kinder der Bildungsexpansion“ sind dabei Zeitzeuginnen – und Akteurinnen – „eines gravierenden Wandels des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft“ (1). Von der Gleichzeitigkeit und Widersprüchlichkeit strukturkonservativer, institutioneller Gestaltungsprinzipien der Bildungssituation und zunehmender individueller Möglichkeiten sind sowohl Frauen als auch Männer betroffen. Möglicherweise lassen sich hieraus aber einige Gründe für eine ‚gewollte Kinderlosigkeit‘ bei Frauen in einer modernen Wissensgesellschaft ableiten. So zeigt eine Studie über die Lebenssituation und das Lebensgefühl 15 bis 19-jähriger Mädchen in der Bundesrepublik Deutschland, die 1982 im Auftrag der Zeitschrift Brigitte durchgeführt wurde („Mädchen 82“), dass für 64% der Mädchen in dieser Altersklasse die Verwirklichung des Berufswunsches an erster Stelle steht, noch vor Heirat und Kinderwunsch. Im Erwerb hochwertiger Bildungsabschlüsse haben die Frauen die Männer bereits überholt. Die Berufsbiographien der von Friebel im Rahmen des HBLP begleiteten Frauen sind jedoch aufgrund von Elternschaft weiterhin diskontinuierlich und fragil. Dabei erfahren Frauen auch heute noch bereits vor der Fami-

liengründung ‚Vorabzüge‘ in der Verwertung ihrer Bildungsabschlüsse.

Doing Gender

Die Ursache hierfür liegt u. a. im ‚doing gender‘ (einem alltäglichen Akt der Darstellung und Wahrnehmung des sozialen Geschlechts), wobei die Leistungen von Frauen – sowohl durch diese selbst als auch durch Männer – unterbewertet, die Leistungen von Männern überbewertet werden. Des Weiteren sind die Berufsverläufe bei Frauen besonders stark durch die Berufswahl und Berufseinstiegsprozesse geprägt. Haben vor allem junge Frauen der geburtenstarken Jahrgänge von der Dienstleistungs- und Verwaltungsorientierung profitiert, sind diese von den Einsparungen und Rationalisierungsfortschritten in wirtschaftlich schlechteren Zeiten besonders hart getroffen.

Doing gender und ihre immanente Hierarchie: In der von Friebel untersuchten Kohorte waren vor der Geburt des ersten Kindes noch nahezu alle Frauen, die Mütter geworden waren – und alle Männer, die Väter geworden waren – Vollzeit erwerbstätig. Nach der Geburt sind viele Mütter nicht mehr bzw. noch nicht wieder erwerbstätig.

Eine Soll-Bruchstelle für Frauen

Mit dem Einstieg in die Elternschaft ergibt sich eine Soll-Bruchstelle in der Erwerbsbiographie von Frauen. Durch ihre eingeschränkten Berufschancen befinden sich Mütter häufiger als Väter – die fast alle Vollzeit erwerbstätig sind – in Teilzeitverhältnissen mit geringen Qualifizierungsansprüchen. Verstärkt wird die geschlechtsbezo-

gene Arbeitsmarktsegregation durch das Weiterbildungsverhalten von Müttern und Vätern. Während Mütter ihre Weiterbildungsmöglichkeiten für die Familie hinten anstellen, nehmen Väter aufgrund der Familiengründung an Fortbildungen teil. Mit dem Eintritt in die Elternschaft kommt es somit bei vielen Paaren zu einer Re-Traditionalisierung mit bedeutenden Folgen, vor allem für die Erwerbstätigkeitschancen von Frauen und Männern. Für Mütter bedeutet Elternschaft überwiegend den Einstieg in geringfügige Erwerbsarbeit und dominante Hausarbeit, für Väter in dominante Erwerbsarbeit und geringfügige Beteiligung an der Hausarbeit. Beim Eintritt in die Elternschaft zeigt sich somit besonders deutlich die enge Verknüpfung und Gegenläufigkeit weiblicher und männlicher Lebensläufe.

Hintergründe für die schlechteren beruflichen Chancen von Müttern sind zum einen sozialstaatliche Rahmenbedingungen und steuerpolitische Grundsätze. Dabei fördern normative kulturelle Leitbilder, finanzielle Anreize und kulturelle Botschaften das Hausfrauenmodell. Der Mutterschaftsurlaub (Einführung 1979) und die Elternzeit (trotz steigender Zahlen von Männern in der Elternzeit wird diese

noch fast ausschließlich von Frauen wahrgenommen), sind eine neue Form der Muttererwerbstätigkeit. Die Muttererwerbstätigkeit unterliegt jedoch ihren eigenen Regeln und Normen – im Rahmen männlicher Marktmacht – die u.a. eine Begrenzung der Erwerbstätigkeit von Müttern und somit eine Reduzierung ihrer Karriere- und Einkommenschancen implizieren.

Die auch heute noch, im Vergleich zu Männern, ohnehin schon geringeren ‚Verwertungschancen‘ deutlich besserer Bildungsabschlüsse von Frauen auf dem Arbeitsmarkt und die damit verbundenen geringeren Karrierechancen reduzieren sich für Frauen, jedoch nicht für Männer, mit dem Eintritt in die Elternschaft noch einmal deutlich. Vielleicht ist dies ein Erklärungsansatz dafür, dass einige Frauen heute lieber ‚gewollt kinderlos‘ bleiben, um ihre beruflichen Chancen nicht durch das ‚Risiko Mutterschaft‘ zu gefährden.

(1) Friebel, H.: Die Kinder der Bildungsexpansion und das „Lebenslange Lernen“. 1. ed. Augsburg: Ziel, 2008.

Alexandra Jahr
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Tel.: 040 - 59 46 20 10
E-Mail: alexandra.jahr@ls.haw-hamburg.de

„In den letzten Jahrzehnten ist die Zahl kinderloser Frauen in Deutschland stark angestiegen.“ (RKI, 2004, Klappentext) „Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bezüglich der Kinderlosigkeit einen vorderen Rang ein.“ (RKI, 2004, S. 9) Ob diese Frauen nun gewollt oder ungewollt kinderlos sind, ist aus diesen Zahlen nicht ableitbar. „Untersuchungen zur Häufigkeit der Unfruchtbarkeit... zeigen, dass Anfang der 90er Jahre nur etwa 50 % der Betroffenen die Hilfe der Reproduktionsmedizin in Anspruch nahmen (RKI, 2004, S. 15). Seither steigt die Anzahl der Behandlungen stetig an. Quelle: Robert Koch Institut: Ungewollte Kinderlosigkeit, GBE Heft 20, Berlin, 2004

Umfragen zufolge wünscht sich jede zweite lesbische Frau und jeder dritte schwule Mann in Deutschland, mit Kindern zusammen zu leben (Quelle Lesben- und Schwulenverband in Deutschland). Ob mit Adoptivkindern oder von der Samenbank – bevor das Familienglück in Erfüllung geht, gilt es, zahlreiche amtliche Hürden und gesetzliche Restriktionen zu überwinden. Diese scheinen bisweilen so groß, dass viele schwul/lesbische Paare „ungewollt kinderlos“ bleiben. Selbst als „verheiratetes“ Paar (= in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebend) stößt man in Deutschland schnell an rechtliche Grenzen.

Laut Gesetz dürfen nur verheiratete Paare gemeinsam ein Kind adoptieren. Da man verpartnerte Paare aber noch immer von verheirateten Paaren unterscheidet, kommt eine Adoption durch homosexuelle Paare nicht in Betracht. Eine Adoption ist lediglich durch einen der Partner möglich. Die Bewerberzahl für die zur Adoption stehenden Kindern ist jedoch groß und die Adoptionsvermittlungsstellen bevorzugen auch heute noch die traditionelle Familienform Mutter-Vater-Kind, so dass die Chancen auf eine Adoptionsvermittlung sehr gering sind. Sich den Kinderwunsch über eine Samenbank oder eine künstliche Befruchtung zu erfüllen, ist so gut wie unmöglich. In Deutschland gibt es den Zugang zu Samenbanken nur für verheiratete heterosexuelle Paare. Die Samenbanken

gewähren daher in der Regel homosexuellen Paaren keine Samenspende. Zudem wird es den Ärzten in Deutschland standesrechtlich von der Bundesärztekammer untersagt, eine lesbische Frau mit Spendersamen zu befruchten. Ähnliches gilt für die künstliche Befruchtung. Kinderwunschpraxen in Deutschland lehnen es ab, lesbischen verpartnerten Frauen durch eine künstliche Befruchtung zu einem Kind zu verhelfen. Dies nicht nur aus den genannten standesrechtlichen Gründen, sondern auch weil sie Unterhaltklagen befürchten, wenn der Spender anonym bleibt. Um sich den Kinderwunsch zu erfüllen, reisen daher viele lesbischen Frauen in Nachbarländer wie Dänemark oder Holland. Dort ist sowohl die Samenspende an lesbische Paare als auch die Durchführung der künstlichen Befruchtung erlaubt.

Hat das lesbische Paar den ersten Schritt geschafft und ist schwanger geworden, so gilt die Co-Mutter eines in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft geborenen Kindes nicht automatisch rechtlich als Elternteil. Die Co-Mutter hätte keinerlei Rechte an dem „gemeinsamen Kind“ und könnte auch kein Umgangsrecht im Falle der Trennung geltend machen. Umgekehrt hätte das Kind gegenüber seiner Co-Mutter keine Unterhalts- oder Erbrechtsansprüche. Im Gegensatz zu heterosexuellen Paaren reicht bei Regenbogenfamilien gerade nicht die Abgabe einer Sorgerechtsklärung aus.

Zur gegenseitigen Absicherung von Regenbogenfamilien bietet sich die Stiefkindadoption an. Danach können Co-Elternteile das leibliche Kind ihres eingetragenen Lebenspartners adoptieren. Es bedarf hierzu eines notariell beurkundeten Adoptionsantrages. Dieser kann frühestens 8 Wochen nach der Geburt des Kindes beim zuständigen Vormundschaftsgericht eingereicht werden. Die Gerichte und Jugendämter handhaben dies jedoch im Hinblick auf die Entwicklung eines Eltern-Kind-Verhältnisses größtenteils anders. Die Wartefrist ist regional sehr unterschiedlich und liegt zwischen 6 und 24 Monaten. Je nachdem, ob der Vater bekannt ist oder nicht, muss er in dem Adoptionsantrag und dem anschließenden Verfahren vor dem Vormundschaftsgericht mitwirken und auf seine Rechte als Vater verzichten. Das Gericht sendet die Akte an das Jugendamt weiter. Dieses prüft noch

einmal die Sachlage, macht ggf. einen Hausbesuch und gibt sodann dem Gericht gegenüber eine Stellungnahme ab. Das erfolgreiche Adoptionsverfahren endet mit dem gerichtlichen Beschluss, dass dem Antrag des Annehmenden (also der Co-Mutter/Co-Vater) entsprochen wurde.

Im Hinblick auf die Wartezeit und Dauer des gerichtlichen Verfahrens empfiehlt es sich, den Co-Elternteil im Rahmen einer testamentarischen Verfügung als Vormund einzusetzen für den Fall des Todes des leiblichen Elternteils vor Beendigung des Adoptionsverfahrens.

Auch wenn der Weg lang ist und die Hürden unüberwindbar scheinen, sollte man den Mut nicht verlieren. Denn wie Goethe schon erkannt hat, kann man auch aus Steinen, die einem in den Weg gelegt werden, Schönes bauen.

Rechtsgrundlagen / Zugangssperren

§ 1741 II 1 BGB	Adoption durch Einzelpersonen
§ 9 VII LPartG	Stiefkindadoption durch Lebenspartner
§ 1750 BGB	Adoption bedarf der notariellen Beurkundung
§ 1752 BGB	Das Vormundschaftsgericht entscheidet durch Beschluss über die Adoption

Richtlinie der Bundesärztekammer

Verbot der Durchführung der künstlichen Befruchtung bei alleinstehenden Frauen oder gleichgeschlechtlichen Paaren

Im Februar 2006 hat der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) die (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion - Novelle 2006 - beschlossen (Dt. Ärzteblatt,

Jg.103, 19.Mai 2006, S.A 1392 ff). Diese Richtlinie soll auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen Orientierungshilfen für Ärztinnen und Ärzte zur assistierten Reproduktion bieten.

Die Richtlinie unterscheidet in seinen Ausführungen den homologen Samen (des Ehemannes oder des Partners in einer stabilen Partnerschaft) und den heterologen Samen (eines Samenspenders). An die assistierte Reproduktion mit dem Einsatz heterologen Samen sind sowohl strengere medizinische und rechtliche Voraussetzungen als auch aufwändigere Dokumentationspflichten geknüpft.

Nach Nr. 3.1 der Richtlinie ..“sollen unter Beachtung des Kindeswohls Methoden der assistierten Reproduktion grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden.“

Die Nichtbeachtung des Embryonenschutzgesetzes und der (Muster-) Richtlinie kann gem. Nr. 5.5 neben

den strafrechtlichen auch berufsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

Der als Interpretationshilfe gedachte Kommentar in gleicher Veröffentlichung stellt klar: Aus dem Ziel heraus, dem Kind eine stabile Beziehung zu beiden Elternteilen zu sichern ..“ist eine heterologe Insemination zurzeit bei Frauen ausgeschlossen, die in keiner Partnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben“ (Dt. Ärzteblatt, Jg.103, 19.Mai 2006, S. A1400).

Silke Helbrecht
Rechtsanwältin
E-Mail: post@kanzlei-helbrecht.de
www.kanzlei-helbrecht.de

Je nach Verfahren reproduktionsmedizinischer Behandlung werden Schwangerschaftsraten zwischen 2 % und über 30 % angegeben. Die psychische Befindlichkeit kann durch psychologische Beratungsprogramme verbessert werden, die Schwangerschaftsraten steigen durch diese Behandlungen nicht (vgl. RKI, 2004, S. 17-18).

Barbara
Maier

Ungewollte – gewollte Kinderlosigkeit

Having a child is a gift to the world.
Not having a child is a gift to the world.
Shibles W

Bewusst und aus freien Stücken sich nicht auf das Kinder-Bekommen einzulassen, gilt als ein Verhütungserfolg.

Nach Jahren gemeinsamer „Anstrengung“ immer noch zu keinem „eigenen“ Kind gekommen zu sein, gilt in

dieser Gesellschaft rasch als Versagen – so aufgeklärt und liberal sie sich auch geben mag. Und das treibt in die Hände sogenannter Spezialistinnen mit der Aufforderung „act“, also tu(t) doch was dagegen, gegen die „-losigkeit“, ein in unserer Wunscherfüllungsgesellschaft so nicht mehr anzuerkennendes Phänomen.

„Act“ ist auch eine Initiative der reproduktionsmedizinischen Expertinnen.

Man sollte biologisch nicht zu lange zuwarten mit der Realisierung eines etwaigen Kinderwunsches, da mit dem Alter, insbesondere der Frau, seine Verwirklichung deutlich erschwert wird. Medizinisch richtig, setzt dies Paare, vor allem Frauen unter Druck, die in dieser Gesellschaft mit ambivalenten Forderungen konfrontiert sind: mache Ausbildung/Karriere, bekomme Kind(er) und bringe das alles unter einen Hut!

Das Leiden unter dem nicht erfüllten Kinderwunsch wird sehr häufig nicht gegen jenes des später auch unter höchst problematischen Voraussetzungen erfüllten abgewogen. Es gilt zu beantworten: Um welchen Preis ist seine Erfüllung für die Frau und werdende Mutter, den Mann und werdenden Vater und nicht zuletzt für das/die so entstandene(n) Kind(er) anzustreben? Welche Probleme entstehen, wenn nur mehr der Kinderwunsch und nicht mehr die solchermaßen entstehenden realen Kinder gesehen werden? Das ist die eigentlich ethische Frage.

Ethische Fragen und Herausforderungen

Stellen wir uns überhaupt solchen, nämlich ethischen Fragen? Machen wir einfach, was technisch möglich ist, und geben wir dazu noch oberflächliche (un-)moralische Antworten? Letztere sind jene, die, vorschnell gegeben, zu wissen scheinen, dogmatisch, schwarz weiß malend keine Auseinandersetzung erlaubt haben. Sie kommen aus der Welt der Moral, das heißt, sie sind entsprechend den in einer Gesellschaft bereits vorgegebenen Ansichten unhinterfragt übernommen worden.

Um professionell-medizinisch wie

menschlich-qualifiziert handeln zu können, ist es notwendig, solche Fragen erst nach einer ethisch-kritischen Analyse zu beantworten zu versuchen. Ethik ist die Kritik von Moral in Hinblick auf die Folgen, die entstehen, wenn Wertvorstellungen in einer besonderen, nämlich konkreten Situation angewandt werden.

Kritische Fragen im Bereich der Reproduktionsmedizin wären z.B. folgende:

Welche Belastungen gibt es durch reproduktionsmedizinische Interventionen für die Frau, für das Paar? Um welchen Preis lässt sich ein lange gehegter Kinderwunsch dennoch erfüllen? Wie geht es den Kindern, die über reproduktionsmedizinische Interventionen entstanden sind?

Assistierte Fortpflanzungshilfe im Rahmensystem medizinischer Indikationen verhilft Paaren, die zu einem eigenen Kind nicht kommen könnten, zur Erfüllung ihres oft sehnlichsten Wunsches.

Sei es, dass bei der Frau ein Eileiterproblem, eine Endometriose, eine hormonelle Problematik wie die bei einem PCO-Syndrom (Polycystische Ovarien) besteht, es kann über künstliche Befruchtung (hormonelle Stimulation, Punktion der sich so entwickelt habenden Eibläschen und Transfer eines, max. zweier Embryonen) sinnvoll geholfen werden.

Wenn beim Mann Sperma – Menge, Qualität und Motilität – aus verschiedenen Gründen nicht ausreichend ist, um den Kinderwunsch in vivo erfüllen zu können, gibt es die Möglichkeit von Inseminationen bzw. Intracytoplasmatischer Spermieninjektion im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation („Künst-

liche Befruchtung“).

Die Indikationen zu assistierter Fortpflanzungshilfe liegen zu gleichen Teilen bei der Frau und beim Mann. Oft gibt es kleinere Probleme auf beiden Seiten, die dann in Summation die Kinderwunscherfüllung erschweren.

In Österreich zahlt der Familienausgleichsfonds vier Versuche, wenn medizinische Indikationen bestehen und gewisse Alterslimits (bei der Frau 40 Jahre, beim Mann 50 Jahre) nicht überschritten werden.

Was sind die ethischen Herausforderungen der Kinderwunscherfüllung in der Reproduktionsmedizin?

Auch bei sorgfältiger medizinischer Indikationsstellung kann es zu Problemen kommen. Wir kennen das ovarielle Überstimulationssyndrom, das bei Frauen mit polyzystischem Ovarsyndrom vorkommt und unter Umständen auch zu vitaler Gefährdung führen kann.

Eine zentrale, aus der Reproduktionsmedizin oft wie herausgelöst scheinende ethische Frage ist die nach dem geburtshilflichen Outcome der über Reproduktionsmedizin entstandenen Kinder. Es hängt von der Transferrate ab, also davon, wie viele Embryonen in die Gebärmutter der Frau eingesetzt werden, ob es zu höhergradigen Mehrlingen kommt. Mehrlingsschwangerschaften sind Risikoschwangerschaften. Höhergradige Mehrlinge sind extreme Risikoschwangerschaften: sowohl was die Schwangerschaft und ihren Fortgang betrifft, als auch das Ergebnis der dann (häufig viel zu früh) geborenen Kinder. Frühe Frühgeburtlichkeit birgt Gefahren wie Gehirnblutungen, Retinablutungen aufgrund langer Beatmungszeiten, Darmblu-

tungen und spätere Behinderungen.

Reproduktionsmedizinische Behandlungen führen zudem zu Plazentationsstörungen (Anlage- und Funktionsstörungen des Mutterkuchens).

Bei älteren Schwangeren ist das Gestationspotenzial, also die Möglichkeit, eine Schwangerschaft entsprechend auszutragen, physiologisch nicht mehr so gegeben. Es kommt häufiger zur Eklampsie, zur placentaren Minderversorgung des Kindes, der Kinder, zu Frühgeburtlichkeit.

Bei Frauen mit Eizellspende jenseits ihrer eigenen altersmäßig erreichten Postmenopause ist geburtshilflich ein sehr problematisches Outcome (extreme Frühgeburtlichkeit, an der Grenze der (Über)Lebensfähigkeit und ein oft traumatischer Schwangerschaftsverlauf) zu erwarten. Der Zustand der Kinder ist dementsprechend schlecht. Aus ethischer Perspektive muss das individuelle Paar in individueller Situation beraten werden. Die Realisierung des Kinderwunsches sollte anhand der absehbaren Folgen für das Paar wie für ihre Kinder erfolgen. Bewältigbarkeit für alle Beteiligten sollte Maxime medizinisch verantwortlichen Handelns sein.

Die Reproduktionsmedizin ist zu einem riesigen Geschäft geworden. Wunscherfüllung ohne ethisch kritisches Fragen nach Bewältigbarkeit ist mechanistischer Realisierbarkeit gewichen.

Assistierte Fortpflanzungshilfe ist heilkundlich nur dann vertretbar, wenn sie nach medizinischen Indikationen transparent und folgenorientiert handelt und sich den ethisch kritischen Fragen nach den Lebens- und Gesundheitsperspektiven der auf diese Weise

konzipierten Kinder stellt und nicht allein an der Wunschrealisierung präsumptiver Eltern, sondern auch an der Bewältigbarkeit für reale Kinder orientiert bleibt.

Barbara Maier
Reproduktionsmedizinerin UND Geburtshelferin (>3100 Geburten) und Medizinethikerin
www.drbarbaramaier.at

„Jedes fünfte bis siebte Paar in den Industriestaaten ist ungewollt kinderlos.“ (Walterspiel, 2008, S. 149) „Viele Paare erleben eine ausbleibende Schwangerschaft zwar als große Krise, doch nur wenige Paare machen ihr als Makel oder Mangel erlebtes Problem öffentlich, da es mit starken Minderwertigkeitsgefühlen oder Versagenskomplexen behaftet ist.“ (Walterspiel, 2008, S: 155) Verena Walterspiel: „Darüber spricht man nicht!?!“. In: Gabriele Herzog-Schröder et. al.: Fruchtbarkeit unter Kontrolle? (s.S. 48)

Hildegard
Müller

Gewollt kinderlose Frauen

Eigentlich verbietet es sich, die Frage „Warum entscheiden sich Frauen für ein Leben ohne Kinder?“ zu stellen, ohne gleichzeitig zu fragen: „Warum entscheiden sich Frauen für ein Leben mit Kindern?“ Denn nach Hintergründen und Motiven für ein gewolltes Leben ohne Kinder zu fragen, impliziert irgendwie, dass dieses außergewöhnlich sei und hinterfragt werden müsste, da es nicht der Norm entspricht. Auch spitzt sich im Moment eine öffentliche und politische Debatte zu, ob denn Menschen ohne Kinder auch einen angemessenen Beitrag zum gesellschaftlichen Leben und zur Sicherheit der Rente leisten.

Diese Schwierigkeit offenbarte sich auch in meinem Interview mit Susanne P. (Name geändert), die sich bewusst für ein Leben ohne Kinder entschieden hat und sich dennoch durch

manche meiner Fragen in eine Rechtfertigungsposition gedrängt fühlte.

In meinen Ausführungen beziehe ich mich im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr. Christine Carl, Psychologische Psychotherapeutin, Universitätsklinik Freiburg.

Warum wollen Frauen keine Kinder?

Wie bei jedem anderen Lebensentwurf entscheiden sich Frauen aus unterschiedlichen Gründen für ein Leben ohne Kinder, aus individuellen und gesellschaftlichen Gründen.

Seit den 1960er Jahren erleichtert die Pille den Frauen zu entscheiden, ob sie Kinder haben wollen oder nicht und wenn ja wann. Durch die länger dauernden Berufsausbildungen wird die Entscheidung häufig erst später getroffen. Nach Elisabeth Beck-Gerns-

heim wurde hierdurch auch die Norm geschaffen, dass man Kinder erst dann bekommt, wenn man sie angemessen versorgen und Beruf und Kinder miteinander verbinden kann. Da die heutige gesellschaftliche Situation mit ihrem Anspruch nach hoher Mobilität und Flexibilität kaum diese Sicherheiten bieten kann und eine Entscheidung für Kinder auch heute noch für viele Frauen einen Karriere-Einbruch bedeutet, entschließen sich viele Frauen gegen ein Leben mit Kindern. Hierbei lässt sich dann natürlich hinterfragen, ob das eine gewollte Entscheidung ist, wenn man sich bei einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Kinder entschieden hätte.

Nach Christine Carl wird die Entscheidung in Bezug auf Kinder geprägt durch Erfahrungen in der eigenen Herkunftsfamilie und Botschaften, die von den Eltern weitergegeben werden. Vielfach delegieren Mutter und Vater eigene unerfüllte Lebensträume an ihre Kinder. Besonders Mütter vermitteln z.B. „Sieh zu, dass du beruflich erfolgreich bist und unabhängig von einem Mann leben kannst, durch Kinder ist man viel zu sehr angebunden.“

Der Wunsch, ein selbstbestimmtes Leben zu leben und auf keinen Fall so zu leben wie die eigene Mutter, sei bei gewollt kinderlosen Frauen sehr hoch. Auch haben nach Carls Befragung diese Frauen sehr hohe Ansprüche an sich selbst, sie wollen perfekt sein und „keine halben Sachen machen“, also auch nicht als Mutter. Viele meinen, wenn sie sich für ein Leben als Mutter entscheiden, müssen sie ganz für ihre Kinder da sein und dazu sind sie nicht bereit. Sie sehen keine Möglichkeit, ihre sonstigen Lebenspläne mit dem

Muttersein zu vereinbaren und entscheiden sich deshalb gegen ein Leben mit Kindern.

Welche Rolle spielt die Partnerschaft?

Wenige Frauen fällen ihre Entscheidung für ein Leben ohne Kinder unabhängig von einem Partner. Die Mehrheit entscheidet sich innerhalb einer Partnerschaft. Wobei häufig nach dem „richtigen“ Zeitpunkt gesucht und dieser aus unterschiedlichen Gründen immer wieder nach hinten verschoben wird.

Viele befragte Paare befürchten, dass sich durch Kinder ihre Beziehung sehr verändern würde, dass zu wenig Zeit für die Partnerschaft bleibt und sich die Qualität der Beziehung verändert. Da die Beziehung zu Partnerin oder Partner für sie sehr wichtig ist, entscheiden sie sich für ein Leben ohne Kinder. Auf der anderen Seite entscheiden sich aber auch Frauen für ein Leben ohne Kinder, weil die Beziehung zu instabil ist und nicht den gesicherten Rahmen für Kinder bieten kann.

Ob Frauen und Männer in ähnlichen Situationen ihre Kinderlosigkeit als gewollt oder ungewollt ansehen, hängt nach Carl ganz individuell von der jeweiligen Person ab. Studien haben ergeben, dass ein stärkerer innerer Zusammenhalt Paare ohne Kinderwunsch unterscheidet. Jüngere Studien – wie auch die von Carl – widersprechen der häufig zu lesenden Vermutung, dass kinderlose Paare unglücklicher seien als Paare mit Kindern. Sie haben keine Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Partnerschaft festgestellt.

Partnerschaften, in denen man in der

Kinderfrage keinen Konsens findet, führen häufig zur Trennung oder man macht Kompromisse für die Partnerschaft, wobei jede und jeder für sich selbst entscheiden muss, ob man die weit reichenden Folgen selbstverantwortlich tragen kann.

Was unterscheidet ein Leben mit Kindern von einem Leben ohne Kinder?

Bei Frauen mit Kindern wird der Alltag durch das Leben mit Kindern strukturiert und geprägt. Die Erziehung von Kindern kann dem Leben einen Sinn geben und man kann manche unerfüllten Träume an Kinder delegieren (was aber für die Kinder eher selten förderlich ist). Durch die Familie hat man „automatisch“ eine Zugehörigkeit zu anderen Menschen und ist weniger allein. Bedürfnisse, für jemanden zu sorgen, können mit Kindern ausgelebt werden. Und die Vorstellung, im Alter nicht einsam zu sein, da man ja Kinder hat, kann sehr tröstlich sein. Wobei hier natürlich auch Wunsch und Realität häufig nicht übereinkommen.

Kinderlose haben mehr Zeit für sich und können ihr Leben den eigenen Wünschen entsprechend gestalten. Ungelebte Träume lassen sich nicht an andere delegieren und man kann nur selbst seine Träume erfüllen bzw. sich von ihnen verabschieden. Auch hat man keine „selbstverständliche“ Zugehörigkeit zu einer Familie, sondern muss sich ein eigenes emotional und sozial tragfähiges Umfeld aufbauen. Aber auch hier hat man die Möglichkeit, je nachdem was man sich wünscht und was man verwirklichen möchte, dieses ganz individuell zu gestalten.

Ist gewollte Kinderlosigkeit noch immer ein Tabuthema?

Bei der Beschäftigung mit dem Thema „Gewollte Kinderlosigkeit“ habe ich immer wieder den Eindruck gewonnen, dass sowohl in der Fachliteratur als auch in Gesprächen davon ausgegangen wird, dass ein Leben mit Kindern eigentlich das „Normale ist“ und ein Leben ohne Kinder nicht der Norm entspricht, sondern einen Mangel aufzeigt. Auch ich konnte mich nicht ganz davon frei machen, das Leben ohne Kinder an dem Leben mit Kindern zu messen. Auch hatte ich den Eindruck, dass das Thema gewollte Kinderlosigkeit immer noch ein Tabu ist, nicht offen darüber gesprochen wird und auch viele Frauen sich nicht trauen, offen über ihre gewollte Kinderlosigkeit zu sprechen. Auffallend fand ich, dass kaum zu lesen war, dass eine Frau einfach keinen Kinderwunsch hatte, sondern meist wurden Gründe wie die Unvereinbarkeit mit anderen Lebenswünschen angeführt. Ich frage mich, ob das wirklich die hauptsächlichen Gründe sind. Oder trauen sich Frauen nicht zu sagen dass sie einfach keinen Kinderwunsch haben und vielleicht auch nie hatten?

Ich habe meiner Interviewpartnerin geraten, ein Pseudonym zu verwenden, um eventuellen Ressentiments vorzubeugen. Wir sind der Meinung, dass dies beim Thema gewollte Kinderlosigkeit erschreckend und unangebracht ist und dennoch sind wir zu der Entscheidung gekommen, dass die Anonymität vorzuziehen ist.

Gewollt kinderlos zu sein scheint auch heute noch oder gerade heute ein sehr brisantes, emotional aufgeladenes Thema zu sein.

Gewollt kinderlos

Interview mit Susanne P., 38 Jahre

(Name geändert)

Seit wann bist du entschieden, dass du keine Kinder möchtest? Gab es einen bestimmten Anlass?

Schon immer, ich wollte noch nie Kinder haben, ich hatte nie das Gefühl, „ich hätte so gerne Kinder“, auch als Kind fand ich Babys und andere Kinder uninteressant. .

Welche Gründe haben dich zu dieser Entscheidung bewogen?

Ich habe nie das Bedürfnis nach einem Kind verspürt. Mir war immer klar, ich will Karriere machen und keine Kinder haben

Hattest du das Gefühl, anders zu sein als die anderen?

Ich selbst nicht, aber die Menschen in meinem Umfeld haben mir immer wieder signalisiert, da kann etwas nicht stimmen, warte mal bist du erst erwachsen bist, du hast einfach noch nicht den richtigen Mann gefunden. Wenn du keine Kinder haben willst, bist du auch keine richtige Frau, irgendwie bist du krank, es fehlt dir was. Ich selbst definiere mich überhaupt nicht über meine Fruchtbarkeit.

Spielt Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine Rolle?

Gar keine. Als Kind habe ich gedacht, es ist einfach so, irgendwann wird man Kinder haben und dann bleibt man zu Hause und das wollte ich definitiv nicht. Habe aber gedacht, dass irgendwann auch bei mir der Wunsch nach Kindern einsetzen wird.

Wie bist du aufgewachsen, Eltern, Geschwister spielt deine Familiengeschichte eine Rolle?

Ich bin mit meiner Mutter, meinem Vater und meiner 6 Jahre älteren Schwester aufgewachsen. Als ich geboren wurde, war mein Vater arbeitslos und war immer zu Hause. Meine Mutter hat alles geregelt, die Familie versorgt. Ich glaube schon, dass meine Familiengeschichte mich in meiner Entscheidung beeinflusst hat. Ich hatte nicht das Gefühl, in einer glücklichen Familie zu leben. Es war nicht sehr liebevoll, man war eben einfach da. Auf Familienzusammenkünften wurde immer „heile Familie“ demonstriert, aber im Grunde saß man einfach zusammen und hatte sich nichts zu sagen. Das war für mich ganz schrecklich und das wollte ich nie.

Gibt es Botschaften deiner Mutter, deines Vater wie z.B. die Delegation von unerfüllten Lebensträumen, die dich in deiner Haltung bestärkt haben könnten?

Ja, meine Mutter wollte gerne eine höhere Schule besuchen, das durfte sie aber nie. Sie wollte, dass meine Schwester und ich das nutzen, und mir war Studium und Bildung immer ganz wichtig. Ich habe den Eindruck, dass meine Mutter da ihre unerfüllten Wünsche auf mich projiziert hat. Mein Vater hingegen meinte, es würde reichen, bildungsmäßig das „Nötigste“ zu machen: Hauptschule, Lehre und dann heiraten und Kinder bekommen.

Lebst du in einer Partnerschaft?

Ja, mit einem Mann. Er ist auch 38 Jahre alt und wir sind seit 17 Jahren zusammen.

Wie steht dein Partner zu einem Leben ohne Kinder?

Zu Beginn unserer Beziehung hatte er schon die Vorstellung von einer klassischen Familie. Das hat sich im Laufe der Jahre aber geändert. Heute hat er für sich klar, dass er weder heiraten (er ist selbst ein Scheidungskind) noch Kinder möchte. Wir haben uns viel über das Thema unterhalten, aber ich habe weder Druck auf ihn ausgeübt noch hatten wir schwierige Diskussionen.

Hattest du Angst, Kinder könnten deine Partnerschaft negativ beeinflussen?

Ja, weil Kinder sehr viel Aufmerksamkeit erfordern und einen Mittelpunkt im Leben bilden. Das kann auch eine Partnerschaft bereichern, aber man hat wenig Zeit für Partnerschaft, Freunde und andere Interessen. Kindererziehung ist eine große Aufgabe, die sehr viel Energie benötigt, und da bleibt die Partnerschaft oft „auf der Strecke“.

Hat die Partnerschaft für dich einen hohen Stellenwert?

Ja. Wir verstehen uns gut, haben viele Gemeinsamkeiten aber auch vieles was uns trennt. Jede/r hat auch viele Außenkontakte. Unser Wunsch, bis ins hohe Alter zusammenzubleiben, hält uns zusammen.

Magst du Kinder?

Schwierige Frage, es gibt Kinder, die ich mag, und Kinder, die ich nicht mag. Ich habe allerdings grundsätzlich „wenig Draht“ zu Kindern. Das war schon so, als ich selbst Kind war; ich fand Erwachsene interessanter.

Kinder sind ja die Verbindung zur jüngeren Generation, vermisst du da etwas?

Nein, ich vermisse da nichts. Ich habe einen guten Kontakt zu meinen Nichten und meinem Neffen und zu Kindern aus Flüchtlingsfamilien. Schwierig finde ich den Kontakt zu Kindern in meinem Akademikerinnen-Freundeskreis. Es sind eigentlich eher Schwierigkeiten mit der Haltung der Eltern, die „Überkonzentration“ auf die Kinder und die Gewohnheit, die Kinder immer wieder als kleine „Wunderkinder“ darzustellen. Ich denke, das ist auch für die Entwicklung der Kinder nicht förderlich.

Hast du Zweifel an deiner Erziehungskompetenz?

Ja. Zwar denke ich schon, dass ich Kinder erziehen könnte, aber ich fürchte, ich wäre zu streng und zu unentspannt.

Wie sollte deiner Ansicht nach eine kompetente Mutter sein?

Sie sollte ihr Kind lieben, es als selbständigen Menschen und eigene Persönlichkeit unterstützen und fördern, aber auch angemessene Grenzen setzen. Das Allerwichtigste ist in meinen Augen, dass sie sich nicht nur über ihre Rolle als Mutter definiert, sondern auch ein Leben darüber hinaus lebt.

Gibt es dennoch manchmal einen Kinderwunsch?

Nein. Wie gesagt hatte ich noch nie das Bedürfnis, ein Kind haben zu wollen.

Hättest du dir vorstellen können, Kinder und Berufstätigkeit zu verbinden?

Wenn ich mich für ein Leben mit Kindern entschieden hätte, wäre es mir sehr wichtig, beides zu verbinden. Ein Leben ohne Berufstätigkeit kann ich mir nicht vorstellen. Vielleicht könnte

ich, wenn ich Kinder bekommen hätte, der Rolle als Mutter sogar etwas Schönes abgewinnen, wer weiß?

Bist du zufrieden mit deiner Lebenssituation?

Mal mehr, mal weniger. Meine Entscheidung für ein Leben ohne Kinder spielt dabei aber keine Rolle.

Wie reagieren andere auf deine Entscheidung? Freunde, Familie, Bekannte, Kinder?

Gibt es unterschiedliche Reaktionen bei Frauen und Männern?

Ich habe Freundinnen, denen es ähnlich geht wie mir. Die sind erleichtert, dass ich ihre Haltung teile. Meine Familie hat immer noch die Hoffnung, dass ich es mir anders überlege und doch noch „erwachsen“ werde. Andere sind häufig irritiert, wenn sie erfahren, dass ich keine Kinder möchte, und dann wird meist schnell das Thema gewechselt. Da sehe ich bei Männern und Frauen keinen Unterschied. Meine Haltung wird nicht ganz akzeptiert und ich habe das Gefühl, dass auch mein Frau-Sein angezweifelt wird und das tut mir weh, besonders wenn es von Männern kommt. Mir wird häufig auch unterschwellig unterstellt, ich sei „vergnügungssüchtig“ und würde keine Verantwortung übernehmen, nur weil ich ohne Kinder lebe. In Wirklichkeit übernehme ich sehr viel Verantwortung und bin im sozialen Bereich sehr engagiert.

Ich hingegen unterstelle Menschen mit Kindern manchmal, dass sie sich aus sehr egoistischen Gründen für Kinder entschieden haben,

z.B.

1. wollen sie die Partnerschaft retten;
2. übertragen sie ungelebte Wünsche an das Leben auf die Kinder;

Wie verantwortungsvoll ist solch ein Verhalten? Wie lebt es sich ohne Kinder?

Ich kann mein Leben relativ selbständig gestalten und kann mich in vielen Bereichen engagieren, sowohl beruflich als auch privat.

Nachteile sehe ich im Moment nicht. Ich frage mich aber, ob ich im Alter etwas vermissen werde, ob mein Freundeskreis dann alles abdecken kann, was ich mir an sozialen Kontakten wünsche, und ob mir dann vielleicht doch eigene Kinder und Enkelkinder fehlen werden. Vielleicht werde ich es dann bereuen, mich für ein Leben ohne Kinder entschieden zu haben. Ich weiß es nicht.

Was denkst du würdest du vermissen, wenn du dich für Kinder entschieden hättest?

Ich wäre vermutlich unzufrieden und würde mich darüber ärgern, dass ich meinem Gefühl, „keine Kinder zu wollen“, nicht nachgegangen bin..

Hast du das Gefühl, im Leben etwas verpasst zu haben? Ein Stück ungelebtes Leben?

Nein. Sicherlich habe ich manchmal das Gefühl, etwas verpasst zu haben, aber das hat bei mir nichts mit Kindern zu tun.

Hast du manchmal das Gefühl, dich für dein bewusstes Leben ohne Kinder rechtfertigen zu müssen?

Ja, pausenlos. Ich wehre mich gegen die häufig verbreitete Einstellung „Man müsse durch die Geburt von Kindern für die „Erhaltung der Art“ sorgen. Mich erinnert das sehr an das Gedankengut des Nationalsozialismus. Es trifft mich hart, wenn immer noch die Wertschätzung für Frauen daran gemessen wird, ob sie Kinder in die

Welt gesetzt haben oder nicht. Es gibt kein Mutter-Gen und kein Vater-Gen.. Jeder Mensch hat das Recht, sich für die eigene Lebensform zu entscheiden, ich auch und ich will mich nicht dafür rechtfertigen müssen.

Was müsste passieren, damit du deine Entscheidung nochmals überdenkst?

Da kann nichts passieren. Meine Entscheidung steht fest.

Was möchtest du sonst noch sagen?

Ich habe mich gerne auf das Interview eingelassen, merke aber im Moment, dass ich innerlich etwas gereizt bin. Das hat nichts mit deinen Fragen zu tun, die waren ganz in Ordnung. Es ist eher das Erleben, dass von der Gesellschaft die Entscheidung für ein Leben ohne Kinder noch immer nicht als eine Lebensform unter vielen akzeptiert wird. Dass wir uns überhaupt über die Motive für meine gewollte Kinderlosigkeit unterhalten, spiegelt in gewisser Weise diese gesellschaftliche Einstellung wieder. Dass Frauen

ein tiefes Bedürfnis nach einem Kind haben, wird oft unhinterfragt als „normal“ und „natürlich“ angenommen; wer davon abweicht, gerät in Rechtfertigungsdruck. Ich persönlich halte dieses Frauenbild nicht für sehr zeitgemäß.“

Literatur

Christine Carl: Leben ohne Kinder. Wenn Frauen keine Mütter sein wollen, 2002

Christine Carl: Gewollte Kinderlosigkeit: Die Entscheidung für ein Leben ohne Kinder. In: Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP), 2005

Hildegard Müller, Diplom-Pädagogin
pro familia Landesverband Niedersachsen
Goseriede 10 – 12, Haus D
30159 Hannover
E-Mail: hildegard.mueller@profamilia.de

Die Vermutung liegt nahe, „dass es sich bei der Zunahme der Kinderlosigkeit primär um einen Anstieg gewollter Kinderlosigkeit handelt... Motive dafür, gewollt kinderlos zu bleiben, waren“ in der 1992 durchgeführten Befragung zu generativen Verhaltensentscheidungen „vor allem ökonomische Überlegungen, Sorgen um die Zukunft der Kinder sowie die Ansicht, durch Elternschaft bedeutsame persönliche und berufliche Einschränkungen erfahren zu müssen.“ (RKI, 2004, S. 10)

Mediothek

Dokumentation über HPV-Impfung | Frauenhandeln in Deutschland | Dem Leben wieder trauen | Fruchtbarkeit unter Kontrolle? | zwd: Frauen Gesundheit Politik | Clio 68: Einschnitte | Piercing, Tattoo und Schönheitsoperationen | Gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen | Freiheit und Geschlecht |

Dokumentation über HPV-Impfung erschienen

Die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung und in diesem Zusammenhang besonders die HPV-Impfung sind zur Zeit heiß diskutierte und sehr strittige Themen. Das Fachgespräch am 9. Dezember 2008, konzipiert vom pro familia Bundesverband und dem Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend schuf ein Forum, um Argumente pro und contra HPV-Impfung auszutauschen und sich über zukünftige Handlungsbedarfe zu verständigen.

Die Veranstaltung war hochkarätig besetzt. Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, Universität Hamburg, informierte über

die aktuelle Datenlage zum Gebärmutterhalskrebs-Screening, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, fragte nach dem Nutzen der HPV-Impfung und stellte dem die Kosten der Impfung gegenüber.

Hilda Bastian vom Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen stellte Kriterien für gute Gesundheitsinformationen vor. Dr. Eva Schindelle stellte evidenzbasierte Materialien des Nationalen Netzwerkes Frauen und Gesundheit vor. Besonders spannend war die Abschlussdiskussion mit einem Wissenschaftsjournalisten, einem Vertreter des Paul-Ehrlich-Institutes und der BundesArbeitsGemeinschaft der Patientinnenstellen. (us)

Die HPV-Impfung: aktuelle Datenlage und Anforderungen an Information und Beratung, Dokumentation Fachgespräch, 2009

kann schriftlich kostenlos bestellt werden:

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband

E-Mail: info@profamilia.de

und ist auf den Internetseiten des pro familia Bundesverbandes abrufbar:

www.profamilia.de

Frauenhandel*n* in Deutschland

Die vorliegende Broschüre von KOK e.V., dem bundesweiten Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess, gibt einen Überblick über die Thematik Frauenhandel, beleuchtet die rechtlichen Rahmenbedingungen der verschiedenen Formen des Frauenhandels und die auf der Expertise der Fachberatungsstellen beruhenden Erfahrungen aus der Praxis.

Dabei werden auch die Ursachen der Migration von Frauen beschrieben und Frauenhandel als eine extreme Form des Missbrauchs innerhalb des Migrationsprozesses von Frauen begriffen. Ein Serviceteil rundet die Schrift ab. Die Dokumentation ist die aktualisierte Neuauflage der von KOK im Jahre 2001 veröffentlichten Broschüre. (us)

Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess KOK e.V. (Hrsg):

Frauenhandel*n* in Deutschland

2008,
188 Seiten

kostenlos zu beziehen über KOK, E-Mail: info@kok-buero.de
www.kok-buero.de

Dem Leben wieder trauen Traumaheilung nach sexueller Gewalt

Dieses Selbsthilfebuch handelt von kreativem Bewältigungsverhalten nach traumatischen Erfahrungen und gibt viele Beispiele für Überlebenskunst. Mit großem Respekt vor traumatisierten Frauen beschreibt die Autorin, eine ärztliche Psychotherapeutin, ressourcenaufbauende Aspekte und wie diese in den Alltag integrier-

bar sind. Die Dynamik des Traumatisierungsprozesses wird sorgfältig erklärt. Das Buch beschreibt, wie ein heilsamer Umgang mit den Symptomen des Traumas aussehen kann. Im Buch finden sich viele Übungen und Visualisierungen. Die vorgeschlagene Sprache hilft beim Benennen und Enttabuisieren. (us)

Ellen Spangenberg:

Dem Leben wieder trauen
Traumaheilung nach sexueller Gewalt

Düsseldorf: Patmos Verlag, 2008

197 Seiten
ISBN 978-3-491-40133-4
14,90 Euro

Fruchtbarkeit unter Kontrolle? Zur Problematik der Reproduktion in Natur und Gesellschaft

Das Lebensprinzip der Fruchtbarkeit wird in diesem Reader aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Kulturelle Bilder und Vorstellungen wie z.B. Fruchtbarkeit als Befreiung vom Leistungsprinzip oder (Un)Fruchtbarkeit zwischen Thematisierung und Tabu werden dargestellt. Fragestellungen aus der Medizin befassen sich mit der Reproduktionsmedizin. Der Diskurs über Fruchtbarkeit in der Landwirtschaft ist ein weiterer Diskussionsstrang. Dabei geht es u.a. um die Krise der Bienenhaltung als Symptom verfehlter Konzepte oder die Terminator-Technologie in der Pflanzenzucht.

Auch die gesellschaftliche Debatte über Fortpflanzung und Sterilität und der ambivalente Stellenwert von Fruchtbarkeit in unserer hochtechnisierten Welt wird abgebildet. Es wird zudem an die Nachhaltigkeitsdiskussion angeknüpft.

Die vorliegende Publikation ist Ergebnis eines Symposiums der Schweisfurth-Stiftung aus 2007. Das Kompendium führt disparat geführte Debatten zueinander. Ein spannender Versuch, der innehalten lässt und uns dazu bringt, den Konsequenzen dessen, was wir tun, nachzuspüren.

(us)

Gabriele Herzog-Schröder, Franz-Theo Gottwald, Verena Walterspiel (Hrsg.):
Fruchtbarkeit unter Kontrolle?
Zur Problematik der Reproduktion in Natur und Gesellschaft
Campus Verlag, Frankfurt, New York, 2008
458 Seiten
ISBN 978-3-593-38586-0
34,90 Euro

zwd Beilage zu Frauen.Gesundheit.Politik

Der zweiwochendienst (zwd) gibt das Magazin „Frauen.Gesellschaft & Politik“ heraus, seit 2008 zweimal im Jahr ergänzt durch die Beilage „Frauen.Gesundheit & Politik“. Im April 2009 erschien das Spezial III, eine Extra-Ausgabe. Es geht u. a. um Gender-Medizin, um Lücken bei der gesundheit-

lichen Versorgung von Gewaltopfern sowie um die HPV-Impfung. Wichtig vor der Bundestagswahl: die Kontaktdaten (Telefon und E-Mail) aller gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher in Bund und Ländern.

(us)

Zweiwochendienst Frauen.Gesundheit & Politik
E-Mail: frauen@zwd.info
www.zwd.info
24 Seiten

clio 68: Einschnitte: Frauen - Körper - Erleben

Das im Mai 2009 erschienene Heft setzt sich mit neuen Trends auseinander: Der Frauenkörper ist im öffentlichen Raum angekommen, nur nicht so, wie wir es uns wünschen. Einerseits werden weibliche Genitalien und die Sexualität von Frauen tabuisiert, andererseits immer mehr zur Schau gestellt. Der Artikel über die Klitoris als Lust-

organ der Frau setzt dem Nichtvorhandensein der Klitoris in den Diskursen von Mädchen, in der Pornografie und dem lückenhaften Darstellen der Klitoris in medizinischen Lehrbüchern Lesenswertes entgegen. Zudem geht es u.a. um ein Ritual der Selbstliebe, um Genitaloperationen, Body Modification und die HPV-Impfung. (us)

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin (Hrsg.):

Einschnitte

Frauen - Körper - Erleben, Clio 68

Mai 2009

3,90 Euro

zu beziehen über E-Mail: ffgzberlin@snaflu.de

Internet: www.ffgz.de

Piercing, Tattoo und Schönheitsoperationen

In Zeiten von gesellschaftlich vorgegebenen Schönheitsidealen, in denen ein perfekter Körper für beruflichen und sozialen Erfolg als unmittelbare Voraussetzung gilt, treten Körpermodifikationen bei Mädchen und jungen Frauen als Massenphänomen auf. Ist diese Tatsache eine Modeerscheinung der westlichen Gesellschaft oder handelt es sich um eine jugendliche Protesthaltung? Kann man gar von psychopathologischen Anomalien sprechen?

Im Rahmen einer empirischen Studie untersucht die Autorin das Körpererleben von jungen Frauen und deren Gründe für Körpermodifikationen. Sie möchte Pädagoginnen und Pädagogen für die verschiedenen Problemlagen der weiblichen Adoleszenz sensibilisieren. Leicht verständlich und anschaulich verfasst, liefert das Buch einen wertvollen Beitrag für die Frauen- und Geschlechterforschung. (Christin Stapel)

Johanna Hopfner (Hrsg.):

Piercing, Tattoo und Schönheitsoperationen- Jugendliche Protesthaltung oder psychopathologische Auffälligkeit?

Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2008

156 Seiten

ISBN 978-3-631-57666-3

34,00 Euro

Gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen

Basierend auf einem Fachgespräch, das der pro familia Bundesverband im November 2008 organisiert hatte, werden in der Dokumentation Qualitätsstandards für die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen

mit Behinderung beschrieben. Rechtliche Grundlagen einer barrierefreien medizinischen Versorgung sowie die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen runden die Dokumentation ab. (us)

kann schriftlich kostenlos bestellt werden:

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: info@profamilia.de, Internet: www.profamilia.de

Freiheit und Geschlecht

Dieser Sammelband thematisiert das komplexe Verhältnis von Freiheit und Geschlecht. Die meisten Beiträge widmen sich den gegenwärtigen Transformationen, die im Zeichen einer neuen Freiheit stehen, dem Neoliberalismus. Das Buch geht den Freiräumen nach, die damit eröffnet werden sollen, sowie den neu entstehenden Zwängen. Immer wird gezeigt, wie dies jeweils mit dem Geschlecht als ordnender Kategorie zusammenhängt und welches Geschlechterverhältnis hervorgebracht wird.

Der erste Themenbereich steht unter dem Motto „Freie Wahl – Verantwortungslos?“ Aus theoretischer Perspektive werden die Logik des

Neoliberalismus und damit einhergehende Veränderungsprozesse thematisiert. „Freier Markt – Arbeitslos?“ beschreibt die Auswirkungen des Neoliberalismus auf Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse. Das Geschlecht des Prekariats ist weiblich. In dem Beitrag „Praktikantin, Projektantin, Prekariat“ wird z.B. auf die Tücken der Arbeitsform „Projekt“ eingegangen. Im Kapitel „Freier Raum – Grenzenlos?“ geht es um die Bedeutung von Recht, Eigentum und Land und deren Verknüpfung mit Geschlechterbeziehungen. Der letzte Schwerpunkt befasst sich mit Liebe, Sexualität und Beziehungen. (us)

Marlen Bidwell-Steiner, Ursula Wagner (Hrsg.):

Freiheit und Geschlecht. Offene Beziehungen, Prekäre Verhältnisse.

Reihe des Referats Genderforschung der Universität Wien, Gendered Subjects Band 4
StudienVerlag, Innsbruck, 2008

216 Seiten

ISBN 978-3-7065-4523-5

24,00 Euro

Termine

Datum/Ort	Titel	Informationen über:
08.10.2009 München	Opfer, Frauen, Täterinnen Neue Sichtweise aus der Frauenforschung Fachtagung	www.ftz-muenchen.de
22.10.2009 Bremen	30 Jahre notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen Bremen Empfang	www.frauennotruf-bremen.de
23.10.2009 Bremen	Trauma und Gesellschaft Zum Umgang mit individuellem Leid Fachtagung	www.frauennotruf-bremen.de
28.10.2009 Berlin	Geschlechterrollen und psychische Belastungen Projektabschlussstagung	http://gender.verdi.de/veranstaltungen/projektabschlussveranstaltung_gender_stress_oktober_2009
31.10.-01.11.2009 Kassel	Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit AKF Jahrestagung 2009	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. www.akf-info.de
06.-07.11.2009 Göttingen	Die Posttraumatische Belastungs- störung (PTSD) als Folge von Gewalt- erfahrung bei Frauen und Mädchen – erkennen, beraten, kompetent weitervermitteln! Fortbildung	www.therapeutische-frauenberatung.de
06.-08.11.2009 Berlin	4. Kongress der International Society of Gender Medicine (IGM)	Institut für Geschlechterforschung in der Medizin, http://gender.charite.de/aktuelles/gim_symposium/symposium_2009
18.11.2009 Brüssel	New Approaches Towards Human Trafficking in the EU. Raising Awareness and Developing Integrated Action	Centre for Parliamentary Studies http://publicpolicyexchange.co.uk/events/9K18-PPE.php
18.-20.11.2009 Dresden	Der Geburtsstillstand als komplexes Problem der modernen Geburtshilfe Herbstakademie 2009	Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung www.dafigb.de
02.-04.12.2009 Uppsala Schweden	Gendering Violence – Feminist Interventions in Contemporary Research	http://genderingviolence.soc.uu.se/ E-Mail: genderingviolence@soc.uu.se
07.12.2009 Köln	Umgang mit den Folgen von Kriegsgewalt und Trauma praxisorientierte Fortbildung	medica mondiale Nuria Schäfer, Tel.: 02 21 - 93 18 98 - 43 E-Mail: seminare@medicamondiale.org
28.07.-31.07.2010 Münster	Globalisation in Medicine - Challenges and Opportunities MWIA International Congress Weltärztinnenbund	www.mwia2010.net

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Ursula Jeß
Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.

Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover

Goseriede 10-12 (Haus D)
30159 Hannover

Fenskeweg 2
30165 Hannover

E-Mail.: ursula.jess@ms.niedersachsen.de

E-Mail.: hildegard.mueller@profamilia.de

E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de