

Impressum

**Zeitschrift: Quer - denken, lesen, schreiben.
Gender-/Geschlechterfragen update**

Verantwortliche Herausgeberinnen:

Frauenrat (Ilka Gatzemeier, Mathilde Haubricht, Edith Bauer, Silke Gahleitner, Dagmar Schultz, Birgit Romelspacher, Caroline Stern, Edith Treder) und Frauenbeauftragte (Heike Weinbach) der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Pflege/Pflegemanagement

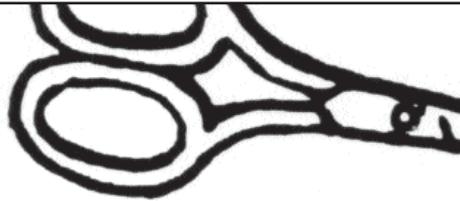
Redaktion der Ausgabe 09/2004 zum Themenschwerpunkt: Gesundheit?!?

Leah Carola Czollek (Lehrbeauftragte, stellvertr. Frauenbeauftragte), Ingrid Neunhöffer (Studentin, Tutorin im Büro der Frauenbeauftragten, verantwortl. QUER-Redakteurin), Heike Weinbach (Frauenbeauftragte), Marion Morgenstern (Verwaltung)

Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin-Hellersdorf
T- 030-99245-322 o. - 320
E-mail: frauenbeauftragte@asfh-berlin.de
Webseiten: <http://www.asfh-berlin.de/gender.html>

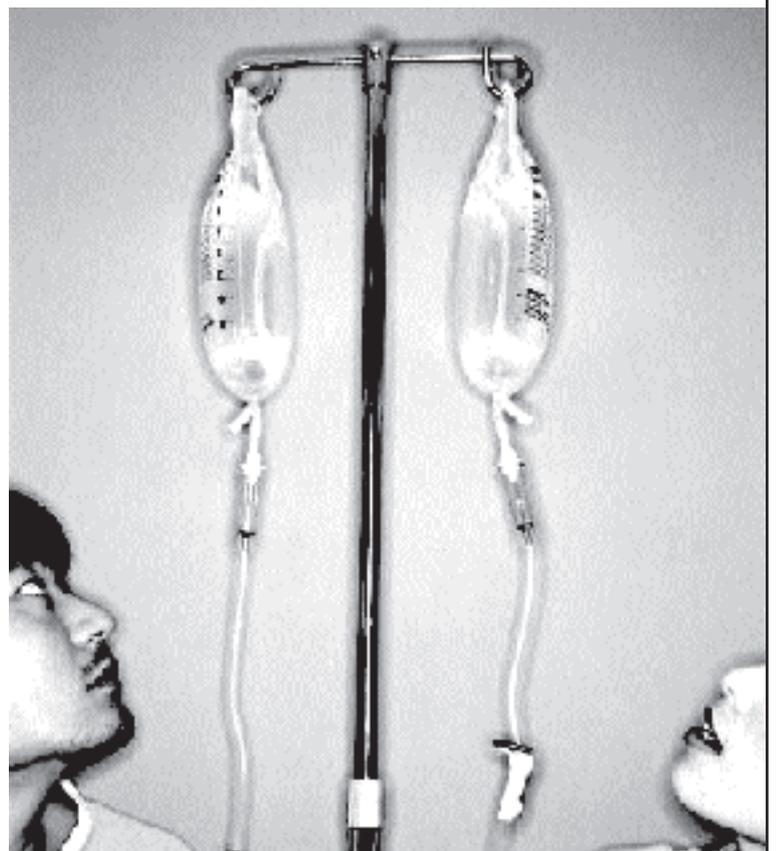
1. Auflage 09/04: 1000

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder.



- Gender-Aktivitäten der Krankenversicherungen
- Hormontherapie
- Erfahrungen mit Brustkrebs
- Umwelt und Krankheit
- Gender-mainstreaming

Gesundheit?!

**Bildnachweis:**

Die Photos auf den Seiten 3 und 14 sind dem Buch: "The Hulton Getty Picture Collection - 1920s", Köln, 1998, entnommen. Die Illustration auf Seite 23 ist dem Buch "Life after God" von Douglas Coupland, Berlin, 1995 entnommen. Obige Abbildung entstammt dem Buch "Welche Dinge braucht der Mensch?", Hrsg. Dagmar Steffen, Frankfurt Main, 1996.

2

In letzter Zeit gab es viele Diskussionen um das Thema Gesundheit, vor allem um die Kosten des Gesundheitswesens, um Notwendigkeiten und Verantwortlichkeiten. Doch das Thema bleibt an vielen Stellen undurchschaubar.

Das deutsche Gesundheitswesen ist ineffektiv, kostspielig und die Versorgung chronisch Kranker schlecht, sagen die einen. Die Fachärzte seien zu teuer und die angewendeten Untersuchungsmethoden oft unnötig.

Die Menschen, die um ihre Gesundheit besorgt sind, wollen alles mitnehmen; ein bisschen Sport und Bewegung und ein Kräutertee tun mehr für die Gesundheit als viele teure Medikamente, sagen die anderen. Deswegen müssen die PatientInnen mehr bezahlen, damit sie Eigenverantwortung übernehmen.

Das ganze Geld bleibt in der Verwaltung der Krankenkassen und kommt gar nicht den PatientInnen zu gute, meinen die dritten.

Und wieder andere sind der Überzeugung, dass alle Interessengruppen ihre Besitzstände gewahrt haben - außer den PatientInnen, die keine große Lobby haben und deswegen die Zeche bezahlen.

Das Geflecht der Interessengruppen ist für die meisten PatientInnen undurchschaubar. Vielleicht kommt es daher, dass es gegen die Mehrbelastungen durch die Gesundheitsreform zwar viel Gemecker, aber wenig argumentativ sicheren Protest gibt.

In dieser ganzen gesellschaftlichen Auseinandersetzung gehen andere Aspekte unter, denen wir uns in dieser Ausgabe widmen: Was hat Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung mit Geschlecht zu tun, und wie positionieren sich die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Bereich? Was ist denn nun mit der Hormontherapie? Was hat Gesundheit mit Umweltpolitik zu tun? Und außerdem haben wir diesmal viele Rezensionen zu Büchern mit Gender-Thematik. Wir wünschen allen LeserInnen viel Spaß mit dieser Ausgabe.

Und noch ein Wort in eigener Sache: die neue Quer kommt mit vielen Veränderungen. Heike Weinbach beendet ihre Tätigkeit als Frauenbeauftragte der ASFH mit dem Ablauf ihrer vierjährigen Amtszeit (siehe Artikel im Heft). Sie wird an der Fachhochschule eine große Lücke hinterlassen.

Und auch ich möchte mich als Tutorin verabschieden, da ich mein Studium abschließe.

Mit vielen Grüßen

Ingrid Neunhöffer



Editori-

Schwerpunkt - heavy point: Gesundheit?!?

- 4 *Ute Engelmann/Joachim Stamm: Gender und Gesundheit: Gender-Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherungen*
- 7 Ist die Hormontherapie in den Wechseljahren noch vertretbar? Der aktuelle Stand
- 9 Brustkrebs und jetzt? Ein Erfahrungsbericht
- 12 *Karl Heinz Reger: Fehlplanungen am Aralsee brachten Krankheiten, Armut und Salzstürme*

Zahlen - drowning by numbers

- 15 Veränderungen der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in Deutschland
- 16 Wie gesund sind die EuropäerInnen?

ASFH-Geflüster - whispery gallery

- 17 *Heike Weinbach: Good-bye ASFH! Say hallo!*
- 17 Es ist soweit: Abschied von Heike Weinbach, Frauenbeauftragte an der ASFH

ASFH-Alltag - big sister is watching you

- 18 *Gudrun Schultheiß: Praktikum - was nun? Was tun!*
- 20 *M. Florian Mráz: Migration und Behinderung - wie gestaltet sich die Integration dieser Personengruppe(n) in unserer Gesellschaft?*

Internetseiten - websisters

- 23 Webseiten zu den Themenbereichen Gesundheit und Gender

Metropolizahn

- 24 Vorgestellt: Feministisches Gesundheitszentrum e.V. Berlin

Genderfragen - update

- 26 Umsetzung von Gender-mainstreaming an der ASFH

Bücherschau - booklook

- 27 Bücher zum Schwerpunktthema

Rezensionen zu:

- 27 Bien, Walter/Marbach, Jan H. (Hg.): Partnerschaft und Familiengründung. Ergebnisse der dritten Welle des Familiensurveys (*Stefanie Sauer*)
- 29 Anita Heiliger/Traudl Wischnewski (Hg.): Verrat am Kindeswohl. Erfahrungen von Müttern mit dem Sorge- und Umgangsrecht in hochstreitigen Fällen (*Heike Kâmel*)
- 30 Hilde von Balluseck: Minderjährige Flüchtlinge (*Heike Weinbach*)
- 31 Hans-Joachim Maaz: Der Lilith-Komplex. Die dunklen Seiten der Mütterlichkeit (*Heike Meves*)
- 31 Elisabeth Malleier: Jüdische Frauen in Wien 1816-1938 (*Gudrun Perko*)
- 33 Michaela Moser/Ina Praetorius (Hg.): Welt gestalten im ausgehenden Patriarchat (*Gudrun Perko*)
- 34 Uschi Baaken/Lydia Plöger (Hg.): Gender Mainstreaming. Konzepte und Strategien zur Implementierung an Hochschulen (*Heike Weinbach*)
- 34 Jenny Huschke: Gender Mainstreaming. Eine neue frauenpolitische Initiative der EU oder nur ein weiteres Schlagwort. Ein aktueller Diskussionsbeitrag (*Heike Weinbach*)
- 35 Ingo von Münch: Promotion (*Susanne Gerull*)

Gender und Gesundheit

Gender-Aktivitäten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ute Engemann/Joachim Stamm

Gender Mainstreaming - ein Thema für die gesetzliche Krankenversicherung? Warum nicht. Immerhin setzt sich der Versichertenkreis der Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherungen aus Frauen **und** Männern zusammen, in den großen gesetzlichen Krankenkassen repräsentieren Frauen zum Teil über 60% der Versicherten.

Das sollte Anlass genug sein, darüber nachzudenken, was das denn konkret für eine Kasse bedeuten könnte. Der Artikel soll zeigen, welche geschlechtsspezifischen Defizite in der medizinischen Versorgung bestehen, wie eine gesetzliche Krankenkasse darauf reagieren kann und welche Chancen zur gezielten Implementation des Gender-Prinzips in die Programme zur Versorgung chronisch Kranker (Disease-Management-Programme) und die Prävention im Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung sich bieten.

Seit Jahren befassen sich Studien und Veröffentlichungen mit der Genderthematik und wecken mehr als den "begründeten Anfangsverdacht" einer geschlechtsspezifischen Über-, Unter- und Fehlversorgung. Diagnose und Therapie orientieren sich scheinbar immer noch häufig ausschließlich an männlichen Lebenssituationen und männlichen Gesundheitsnormen.

Dass Frauen und Männer Alkohol aufgrund ihrer unterschiedlichen Stoffwechsel nicht gleich gut verarbeiten, ist weitverbreitetes Alltagswissen. Aber niemand wundert sich darüber, dass bislang weder im Beipackzettel noch in ärztlichen Fortbildungen geschlechtsspezifische Hinweise auftauchen. Gleiches gilt übrigens auch oft für die besonderen Behandlungsbedürfnisse von Kindern bzw. älteren Menschen.

Testpersonen in klinischen Arzneimittelstudien sind in aller Regel junge Männer von mittlerer Statur. Dies beruht unter anderem auf ethischen Vorbehalten gegenüber einer Einbeziehung junger Frauen im gebärfähigen Alter. Dass Männer auch im zeugungsfähigen Alter sind, scheint keine

Rolle zu spielen. Das hat Folgen: Nach einer Statistik der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA ist als Folge fehlender klinischer Untersuchungen an Frauen die Nebenwirkungsrate von Medikamenten bei den 20 bis 39-jährigen Frauen doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Männern.

Nach dem Arzneimittelreport 2002 bekommen Frauen mit 460 Tagesdosierungen mehr und andere Medikamente verschrieben als Männer mit 340 Tagesdosierungen. Dabei fällt außerdem auf, dass die Kosten für die Arzneimitteltherapie bei Männern im Durchschnitt höher sind als für Frauen. Und: Frauen bekommen häufiger umstrittene Arzneimittel verordnet als Männer. Frauen bekommen auch deutlich mehr Psychopharmaka verschrieben als Männer.

Das ärztliche Personal scheint Männern zudem häufiger teure Originalpräparate zu verschreiben, während Frauen inzwischen öfter die inhaltsgleichen Generika verordnet bekommen. Das Billige muss nicht das Schlechtere sein oder das Teure nicht das Bessere. Dabei spielt es keine Rolle, ob ein Arzt oder eine Ärztin die Rezepte ausstellt. Hier sind Stereotype am Werk, Zuschreibungen zu typisch "männlichen" oder typisch "weiblichen" Bildern. Gender Mainstreaming hilft, diese in ihrer Wirkung fatalen Zusammenhänge sichtbar zu machen und bietet Instrumente, der Verkürzung "Mann = Normalpatient" entgegen zu wirken. Angesichts der enormen Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich ist hier aus Sicht der Beitragszahlenden dringend ein rationelleres und verantwortungsbewussteres Verhalten induziert.

Aber nicht nur Frauen sind Opfer einer geschlechtsspezifischen Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Auch der Knoten in der Männerbrust ist ein in der Medizin nach wie vor kaum bekanntes Phänomen - mit der Folge geringerer Überlebenschancen der Betroffenen oder drastischer ausgedrückt: Männer sterben nur deshalb an Brustkrebs, weil wenigen klar ist, dass Brustkrebs nicht nur Frauen treffen kann.

Umgekehrt gilt der Herzinfarkt immer noch als typische Männerkrankheit, obwohl nach

heavy point

4

Schwerpunkt

einer wissenschaftlichen Studie der Anteil der weiblichen Fälle unter den Herzinfarkten im Jahr 1998 mit 43,9 Prozent entgegen einer verbreiteten Vermutung fast genauso hoch war wie bei Männern. Die Häufigkeit von Bluthochdruck nimmt bei Frauen mit steigendem Alter dramatisch zu. In der Folge kommt es gehäuft zum Auftreten einer Störung der Pumpfunktion des Herzens, der sogenannten Herzinsuffizienz und zu Erkrankungen der Herzkranzgefäße mit der Notwendigkeit einer Bypassoperation. Die erstmals geschlechtsspezifisch ausgewertete Digitalis-Überlebensstudie von 1997 stellt eine überproportionale Sterblichkeit von Frauen mit Herzinsuffizienz dar. Kardiologen berichten, dass die Zahl der sogenannten "Rieseninfarkte" bei jungen Frauen zunimmt, was auf die steigende Zahl von Raucherinnen zurückzuführen sei, aber insbesondere auch auf die unverantwortliche Verordnung der Pille an starke Raucherinnen.

Erste Untersuchungsergebnisse haben gezeigt, wie dringend eine geschlechtsspezifische Datenuntersuchung kardiologischer Erkrankungen ist. Fakten sind nachzulesen im ersten bundesweiten Frauengesundheitsbericht in Deutschland, der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 2001 vorgelegt wurde.

Frauen mit koronaren Herzerkrankungen werden nach diesen ersten Untersuchungen konservativer, also beispielsweise seltener mit einer Koronarangiographie (durch Einspritzung eines Kontrastmittels mit einem Katheter) untersucht, sie werden mit einfacheren Herzschrittmachern versorgt und erst deutlich später stationär und intensivmedizinisch behandelt als Männer. Kardiologen reagieren auf die Beschwerden von Frauen und Männern demnach sehr unterschiedlich. Eine 2002 veröffentlichte Studie aus den USA kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen gegenüber Männern im Zusammenhang mit einer Bypass-Operation ein 2,5- bis 3-fach höheres Mortalitätsrisiko haben.

Angesichts dieser alarmierenden Zusammenhänge hat die BARMER mit ersten Schritten begonnen, geschlechtersensibel das Thema "Koronare Herzerkrankungen" zu beleuchten.

Nach einer Arzneimittel-Analyse der BARMER-Ersatzkasse anhand der Daten von 29.000 Männern und 23.000 Frauen, die 2001 mit einer Diagnose aus der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus dem Krankenhaus entlassen wurden, bekommen Frauen deutlich seltener die nötigen Arzneimittel. Das gilt selbst für die meisten der 4.615 Frauen darunter, die wie 5.835 der

Männer einen Herzinfarkt erlitten haben. So wird die anschließende Therapie mit Beta-Rezeptorenblockern bei etwa 36 Prozent der Männer im Alter zwischen 50 und 54 Jahren durchgeführt, aber nur bei 26 Prozent der Frauen in der gleichen Alterstufe. Die notwendigen Thrombozytenaggregationshemmer bekamen in der Altersgruppe 55 bis 59 Jahre 44 Prozent der Männer, aber nur 32 Prozent der Frauen. Bei den CSE-Hemmern (Cholesterinsenker) zur Senkung des Reinfarkttrisikos betrug der Unterschied in dieser Altersgruppe 61 Prozent zu 49 Prozent. Mehr als Indizien für eine Unterversorgung der Frauen oder Überversorgung der Männer? Eher der Verdacht einer geschlechtsspezifischen Überversorgung besteht dagegen bei der immer häufiger verschriebenen Hormonersatztherapie in den Wechseljahren, die Hitzewallungen und Schweißausbrüche beseitigen kann, angeblich einen Teil der Knochenbrüche im Alter verhindert und daher häufig bei Osteoporosepatientinnen eingesetzt wird. Nach der Auswertung der BARMER-Daten bekamen 45 bis 55 Prozent der Frauen in der Altersstufe zwischen 50 und 70 Präparate mit Estradiol oder konjugierten Estrogenen, obwohl der Nutzen bezweifelt wird und nach einer US-amerikanischen Studie der Women Health Initiative (WHI) der begründete Verdacht besteht, dass mit dieser Therapieform ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall und Brustkrebs verbunden ist. Die Risiken sind immerhin so hoch, dass die US-amerikanische Studie aus ethischen Erwägungen vorzeitig abgebrochen wurde.

Gefährlich wäre allerdings, aus ersten Hinweisen voreilig falsche Schlüsse zu ziehen. Eine Ungleichbehandlung der Geschlechter kann beispielsweise aus biologischen Gründen geboten sein. So müssten möglicherweise bei Frauen viele Arzneimittel aufgrund ihres Körpergewichts geringer dosiert werden. Frauenkörper nehmen außerdem oft fettlösliche Arzneimittel aufgrund eines höheren Fettanteils im Gewebe schneller auf und haben schließlich einen anderen Stoffwechsel als Männer, was sich in der Aufnahme von Arzneimitteln unmittelbar auswirken kann.

Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass Deutschland bei koronaren Herzerkrankungen die höchste Interventionsrate in Europa bei einem im internationalen Vergleich geringen Rückgang der

heavy point

5

Schwerpunkt

Mortalität aufweist. Die Zahl der Koronarangiographien ist zwischen 1990 und 1999 immerhin um 120 Prozent gestiegen. Der Genderaspekt darf nun nicht dazu verführen, eine Über- oder Fehlversorgung der Männer auf Frauen zu übertragen. Vielmehr ist bei Überlegungen zur optimalen Behandlung bei koronaren Herzerkrankungen die Geschlechtersensibilität zu berücksichtigen. Konkret: welche körperlichen Unterschiede sind bei Männern und Frauen zu bedenken? Gibt es Erkenntnisse, dass Frauen und Männer unterschiedliche Symptome bei Herzerkrankungen zeigen? Wie sehen die aus? Welche Unterschiede bei Diagnosen müssen beachtet werden? Welche unterschiedlichen Therapien sind angezeigt?

Diese Sensibilität in die tägliche Arbeit zu integrieren, ist das Ziel von Gender Mainstreaming.

Mit Genderkompetenz zu arbeiten, heißt dabei auch zu realisieren, dass immer wieder diskutierte Leistungsausgrenzungen bei näherer Betrachtung besonders häufig Frauen treffen würden. Unter der Annahme, dass Frauen heute immer noch etwa ein Drittel weniger verdienen als Männer, würden insbesondere Zuzahlungen Frauen ungleich härter treffen als Männer.

Dass auch eine Krankenkasse Handlungsnotwendigkeiten erkennt, kann mit den Analysen Deutschlands größter gesetzlicher Krankenversicherung, den BARMER-Daten, gezeigt werden.

Der nächste Schritt muss die Implementierung von Genderkompetenz im Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Eine Krankenkasse verwaltet ja nicht nur passiv die Beiträge der Mitglieder durch Ausgleich der zu zahlenden Rechnungen. Die hohen Kompetenzen der MitarbeiterInnen fließen auch in Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern, also zum Beispiel ÄrztInnen.

Dabei spielt die Stärkung der aktiven Prävention im Verhältnis zur kurativen Medizin eine besondere Rolle. Die gesetzlichen Krankenkassen sind gut beraten, bei der Entwicklung von Präventionsangeboten geschlechtsspezifische Bedürfnisse zu berücksichtigen. Es ist bekannt, dass Männer zu einem sehr viel geringeren Teil Vorsorge- und Früherkennungsangebote ihrer Krankenkassen in Anspruch nehmen. Will nun die Kasse mehr Mitglieder zu mehr Vorsorge ermutigen, dann muss sie geschlechtersensibel agieren: Warum vermeiden Männer Vorsorge,

wie kann eine Kasse darauf reagieren und wie müssen dann Männer ermutigt werden. Nur so ist sichergestellt, dass die richtige Leistung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort angeboten wird und die Akzeptanz der Versicherten findet.

Auch bei Gestaltung der neuen Chroniker-Programme durch die Krankenkassen und ihrer Partner muss der geschlechtsspezifische Ansatz verankert werden. Diese sogenannten Disease-Management-Programme (DMP) dienen der Optimierung von Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Die ersten Programme wurden für Brustkrebspatientinnen initiiert, Programme für DiabetikerInnen folgen. Vermutlich gehen Männer und Frauen, die von Diabetes betroffen sind, unterschiedlich mit ihrer Krankheit um. In keinem der bisher vorliegenden Ansätze findet diese schlichte Beobachtung Berücksichtigung. Im nächsten Schritt sind Disease-Management-Programme für koronare Herzerkrankungen geplant. Ohne die Berücksichtigung der Genderperspektive werden diese Programme unspezifisch und ungenau an den Betroffenen vorbei geplant. Das kostet nicht nur Geld! Auf unterschiedliche Bedürfnisse gerichtete Angebote würden auch die Zielgenauigkeit solcher Programme bei den PatientInnen nachhaltig fördern.

Die BARMER hat unter Beratung durch ExpertInnen des Gesundheitswesens und der Autorin - als Hamburger Genderbeauftragten von ver.di sowie Mitglied des BARMER-Verwaltungsrates - Akzente gesetzt, um neue Wege einer geschlechtsspezifischen Versorgung zu beschreiten. Eine Arbeitsgruppe "Gender und Gesundheit" soll zunächst Unterschiede in der Versorgung von Frauen und Männern mit koronaren Herzerkrankungen untersuchen und gemeinsam mit Experten der Medizin und Pharmakologie werten. Zugleich hat ein regional begrenztes Pilotprojekt mit einem Gender-Training zur Sensibilisierung von Führungskräften gestartet. Für moderne Dienstleister des Gesundheitswesens ist es wichtig, dass diejenigen, die eine Dienstleistung vor Ort anbieten, sich der Geschlechterrolle ihres Gegenübers bewusst sind.

Der Verwaltungsrat, die von den Versicherten gewählte Selbstverwaltung der BARMER Ersatzkasse unterstützt und begrüßt die Vorgehensweise. Andere Kassen werden sicher nachziehen, nicht zuletzt aus Wettbewerbsgründen.

Ute Engelmann ist Genderbeauftragte bei ver.di Hamburg, Mitglied im Verwaltungsrat BARMER.

heavy point

6

Schwerpunkt

Mit freundlicher Genehmigung entnommen aus: *clio* - Die Zeitschrift für Frauengesundheit, Heft 56, Mai 2003, Hg.: Feministisches

Ist die Hormontherapie in den Wechseljahren heute noch vertretbar?

Der aktuelle Stand

Die Ergebnisse der **Women's Health Initiative Study** (WHI-Studie) in den USA und der **Million Women Study** in Großbritannien bestätigen unsere seit langem geäußerte kritische Sicht auf die massenhafte Verschreibung von Hormonen.

In der letzten *clio*-Ausgabe berichteten wir bereits über den Abbruch der WHI-Studie in den USA (JAMA 2002;288:321-33). Es ist die weltweit größte Studie zur kombinierten Hormontherapie für Frauen in und nach den Wechseljahren. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Hormonpräparate häufiger zu Herzinfarkten und Schlaganfällen führten und sich das Risiko für Lungenembolien und Thrombosen um das Doppelte erhöhte und für Brustkrebs um ein Viertel. Die positiven Wirkungen - weniger Oberschenkelhalsfrakturen und Dickdarmkrebs - wogen die Risiken nicht auf.

Weitere Ergebnisse der WHI-Studie, die im Laufe des Jahres 2003 publiziert wurden, präzisieren und ergänzen die Risiken, denen Frauen durch die kombinierte Östrogen/Gestagentherapie ausgesetzt sind:

- Eine Auswertung bei den jüngeren Teilnehmerinnen der Studie (50-54 Jahre) ergab, dass die Hormone die Lebensqualität von Frauen mit Wechseljahresbeschwerden nicht verbessern (März 2003).
- Die Ergebnisse der **Women's Health Initiative Memory-Studie (WHIMS)** zeigen, dass die Hormontherapie keineswegs einer Altersdemenz vorbeugt, wie vermutet worden war, sondern sie fördert. Im Vergleich zur Placebogruppe verdoppelten sich die Demenzen. (Mai 2003, Teilstudie der WHI-Studie).
- Eine weitere Analyse ergibt ein um 31% erhöhtes Schlaganfallrisiko (Mai 2003).

Beunruhigende Ergebnisse decken die neuesten detaillierteren Auswertungen hinsichtlich der Brustkrebserkrankungen auf:

- Die Brustkrebstumore sind unter der Hormoneingabe schwerer zu entdecken, wesentlich weiter fortgeschritten und bilden häufiger Metastasen in den Lymphknoten.
- Eine frühe Diagnose durch die Früherkennung mit Mammografie ist erschwert, da sich das Brustgewebe unter Hormonen verdichtet.
- Eine deutlich höhere Anzahl auffälliger Mammografien - es gab doppelt so viele falsch-positive Mammografie-Befunde. Die daraufhin erforderlichen, teilweise invasiven Eingriffe zur weiteren Abklärung, bei denen sich letztendlich der Verdacht auf einen Tumor nicht bestätigt, führen zu starken körperlichen und/oder psychischen Belastungen der Frauen. Diese Folgen sind als schwere unerwünschte Nebenwirkungen einzustufen.

Im August 2003 wurden in Großbritannien die Ergebnisse der **Million Women Study** veröffentlicht (Lancet 2003, 362: 419-27). Diese Studie ist eine Begleitstudie zur landesweiten Brustkrebsfrüherkennung mittels Mammografie, die in Großbritannien allen Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren angeboten wird. Dazu erhalten die Frauen eine schriftliche Einladung vom Breast Screening Programm des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS). Zwischen 1996 und 2001 wurden über eine Million Frauen (ein Viertel aller Britinnen in diesem Alter) zu ihrem Gebrauch von Sexualhormonen befragt und mit Hilfe des zentralen Registers des NHS

heavy point

7

Schwerpunkt

bzgl. des Auftretens von Brustkrebs und der Sterblichkeit nachbeobachtet.

Hinsichtlich des Brustkrebsrisikos gehen die Ergebnisse dieser Studie in folgenden Punkten über die Erkenntnisse der WHI-Studie hinaus:

- nicht nur die Östrogen/Gestagenbehandlung steigert das Brustkrebsrisiko deutlich, sondern auch die Östrogentherapie sowie - erstmalig nachgewiesen - das Hormonpräparat Liviella, dessen Wirkstoff Tibolon östrogene, gestagene und androgene Wirkung hat.

Die Studie ergibt:

- ein um durchschnittlich 66 Prozent erhöhtes Brustkrebsrisiko und eine um 22 Prozent erhöhte Brustkrebssterblichkeit bei Anwenderinnen der Hormontherapie.
- ein um 30 Prozent erhöhtes Erkrankungsrisiko bei Frauen, die ein Östrogen-Monopräparat (nur Frauen ohne Gebärmutter) einnehmen.
- ein um das Doppelte erhöhtes Risiko bei der Kombinationstherapie mit Östrogenen und Gestagenen. Es ist damit signifikant höher als für andere Formen der Hormontherapie.
- ein relatives Brustkrebsrisiko um 45 Prozent bei dem 19-Nortestosteronderivat Tibolon. Der Hersteller behauptet eine Sonderstellung in Hinblick auf das Brustkrebsrisiko ("Nicht jede Hormontherapie wirkt sich negativ auf das Brustgewebe aus")!

Konkret bedeuten diese Zahlen:

Zehn Jahre einer Hormontherapie führen unter 1000 Anwenderinnen mit Östrogenmonotherapie zu fünf und mit einer Kombinationsbehandlung zu 19 zusätzlichen Krebserkrankungen. Die AutorInnen haben errechnet, dass die Hormontherapie in den letzten zehn Jahren allein in Großbritannien in der Altersgruppe der 50- bis 64jährigen zu 20 000 zusätzlichen Brustkrebserkrankungen geführt hat. Drei Viertel, nämlich 15.000, gehen auf das Konto der Östrogen/Gestagen-Kombination, 5000 sind auf die Östrogenmonotherapie zurückzuführen. Die Zahl der Todesfälle kann nicht verlässlich ermittelt werden.

Welches Östrogen oder welches Gestagen verwendet wurde, hatte ebenso wenig Einfluss auf das Ergebnis wie Hormondosis oder zeitliche Abfolge (kontinuierliche oder sequenzielle Therapie). Das Risiko ist für alle

Applikationen erhöht; Hormonpflaster sind jedoch weniger riskant als Tabletten oder Implantate. Das Brustkrebsrisiko ist unter der Kombinationstherapie schon im ersten Jahr der Einnahme erhöht. Nach dem Absetzen scheint sich das erhöhte Risiko innerhalb weniger Jahre zurückzubilden.

Die neuesten Ergebnisse der *WHI-Studie* und der *Million Women Study* machen ein Umdenken in der Hormonverschreibung in den Wechseljahren immer dringender, da in Deutschland ca. 4 bis 5 Millionen Frauen Hormone einnehmen - ohne wissenschaftliche Evidenz.

Der Konsens kritischer Stimmen, dem sich inzwischen Fachgesellschaften wie die *Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*, die *Arzneimittelkommission der Ärzteschaft* und die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt angeschlossen haben, trägt dem Rechnung. Das Festhalten an alten Empfehlungen und das Bagatellisieren wissenschaftlich nachgewiesener Risiken, wie es die Pharmaindustrie und einige Ärzte auch jetzt noch tun, sind nicht länger hinzunehmen.

Das *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)* ordnete im August 2003 neue Risikoangaben für die Hormontherapie in den Wechseljahren an. In die Produktinformation müssen ab 1.11.2003 Angaben zum Risiko von venösen Thromboembolien, koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall, Brustkrebs und Eierstockkrebs aufgenommen werden. Darüber hinaus hält das *BfArM* den Einsatz einer jahrelangen Hormontherapie zur Vorbeugung von Osteoporose für strittig und will mit seinen Partnern in der EU zu diesem Punkt eine gemeinsame Bewertung erarbeiten. Es behält sich nationale Maßnahmen diesbezüglich vor.

Der allgemeine Konsens ist: **Hormone sollten nur bei sehr starken Beschwerden, nach Ausschluss von Risikofaktoren, so kurz wie möglich (max. 1-2 Jahre) und möglichst niedrig dosiert verordnet werden.**

Es gibt heute eine Vielzahl von Möglichkeiten, mit Wechseljahresbeschwerden umzugehen. Mittel der Selbsthilfe, Verfahren der Naturheilkunde etc. stellen eine gute Alternative dar. Informationen zu Hormonen und vor allem zu den Alternativen sind **unserer neu überarbeiteten Broschüre Wechseljahre - Aufbruch in eine neue Lebensphase** zu entnehmen.

Des Weiteren halten wir eine Kampagne für dringend geboten, in der Frauen über den neuesten Stand zur Hormontherapie in

heavy point

8

Schwerpunkt

den Wechseljahren, die daraus zu ziehenden Konsequenzen und über die Alternativen zu Hormonen informiert werden. Wir fordern jede einzelne Frau auf, sich gegen die unnötigen Risiken, denen sie ausgesetzt wurde, öffentlich zur Wehr zu setzen und ihren Protest sowie ihre gesundheitlichen Einschränkungen durch die Hormontherapie dem *BfArM* mitzuteilen. (Deutsches Ärzteblatt, 13.8.03, arznei-telegramm 8/03, Pressemitteilung des *BfArM* 18/03, 18.8.03)

Mit freundlicher Genehmigung der Herausgeberinnen entnommen aus: clío - Die Zeitschrift für Frauengesundheit, Heft 57, November 2003, Hg.: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin

Brustkrebs - und jetzt ?

Ein Erfahrungsbericht

Wir waren gerade in unser Haus mit einem großen, schönen Garten eingezogen. Es ist ein altes Haus, das wir nach und nach mit viel Liebe renoviert haben.

Lena (4) kam in einen neuen Kindergarten und ich war noch in der Elternzeit mit Paul (2 1/2). Matthias, mein Mann, war gerade damit fertig geworden, den Kindern, wie ja versprochen, ein Baumhaus zu bauen. Am 13.5.1998 ging ich zu meiner neuen Frauenärztin, weil ich einen ziemlich dicken, harten Knoten in meiner linken Brust getastet hatte. Er war plötzlich da. Insgeheim wusste ich, dass er bösartig war. Ich wusste es einfach. Und deshalb sah ich plötzlich alles mit viel gelasseneren Augen. Warum? Weil ich vielleicht dachte: Wer weiß, wie lange ich noch auf dieser Erde bin? Mir war vieles gleichgültig und nicht mehr so wichtig geworden. War das gut oder nicht gut? Jedenfalls fühlte ich mich etwas leichter, nahm nicht mehr alles so ernst. In Bezug auf Paul war das sogar eine richtige Erleichterung, da er kein einfaches Kind ist. Ich wurde viel ruhiger und lies einfach andere für mich machen. Manche merkten diese Veränderung und wunderten sich nur, fragten aber nicht.

Die Frauenärztin schickte mich noch am gleichen Tag zur Mammografie und zur Sonografie. Ich kannte mich in dieser neuen Gegend noch nicht aus und irrte mit der BVG umher, bis ich an der richtigen Stelle war. Der Arzt meinte, er könne mir nicht mit absoluter Sicherheit sagen, ob es bösartig sei, aber es bestehe der dringende Verdacht und raus müsse das Ding auf alle Fälle.

Drei Wochen lies man mich im Ungewissen, denn so lange musste ich auf einen

OP-Termin in der Charité warten. In diesen drei Wochen machte ich weiter wie bisher: Schleifte unsere Holzterrasse ab, arbeitete im Garten, versorgte die Kinder etc. Jeden Abend im Bett tastete ich die Brust ab, aber der Knoten blieb unverändert. Ich wunderte mich darüber, wie hart er sich anfühlte, wie ein Stein. Da ja "nur" der dringende Verdacht bestand, hoffte ich, dass sich dieser Röntgenologe vielleicht vertan habe und es doch nicht bösartig sei.

Der Zeitpunkt war gekommen und ich packte meine Tasche für das Krankenhaus. Das letzte Mal packte ich für die Entbindung meines Sohnes. Im Krankenhaus angekommen, musste ich gleich zur Sonografie und der Arzt bestätigte sofort, dass der Knoten bösartig war, er sagte es ohne Rücksicht auf Verluste. Mir kamen die Tränen und er wollte wohl doch plötzlich Rücksicht nehmen und fragte, ob er erst mal mit der Untersuchung aufhören solle. Er dachte, dass man es mir bereits gesagt hätte. Ich verneinte und er sagte, dass sich die Ärzte bei so jungen Patientinnen, wie bei mir (33), oft nicht trauen, es direkt zu sagen. Jedenfalls wusste ich es jetzt endlich mit absoluter Sicherheit. Dann kam die ganze Prozedur: Blut abnehmen, MRT, Röntgen, OP-Vorbereitung mit Anästhesist und einem Gespräch mit dem operierenden Arzt. Der Tumor ist zwar über 2 cm groß, aber wegen meines Alters, wird mir deshalb nicht die ganze Brust abgenommen, sondern nur der Tumor und das Nachbar-gewebe entfernt. Wie tröstlich.

Vor allem, wie

heavy point

9

Schwerpunkt

sieht das dann aus? Ich telefonierte mit Matthias und erzählte ihm alles. Er weinte am Telefon. Ich sagte ihm, er solle aufhören.

Zum MRT (Magnetresonanztomographie) bekam ich einen weißen Kittel an und wurde bäuchlings in eine Röhre geschoben. In dieser Röhre wiederum war auch alles weiß und sehr hell. Ich fühlte mich darin wie im Himmel, als ob ich auf Wolken schweben würde. Fehlten nur noch die Engel.

Am nächsten Tag sollte ich operiert werden. Meine Zimmernachbarin war schon das zweite Mal da und zeigte mir stolz ihre schön verheilte erste Narbe. Na, die sah ja echt gut aus. Wie sollte es wohl bei mir werden? Ich hatte aber keine Lust auf Quatschen und hörte Musik. Im Krankenhaus verlief der Tag wahrscheinlich wie immer, routinemäßig. Die Arztvisite war grässlich, ich wurde behandelt wie eine anonyme Nummer, mit der man auch mal ein wenig Smalltalk halten musste. Na ja, was sollen die Ärzte auch jedes Mal sagen? Ist ja ihr Job.

Der Morgen kam und ich wurde operiert. Die OP-Schwestern waren nett zu mir. Ich erinnere mich aber noch an diese Hektik, die dort herrschte. Ist das wohl immer so? Das schlimmste war das Aufwachen. Ich froh erbärmlich und irgendwoher kam plötzlich warme Luft unter meiner Bettdecke. Während ich gerade meine Augen geöffnet hatte, sagte mir der Arzt, dass es ein bösartiger Befund war. Die gute Nachricht, dass die insgesamt 16 Lymphknoten, die man mir entfernt hatte, nicht befallen seien. Ich schlief sofort wieder ein. Was sollte das, kann man nicht mit mir reden, bis ich wieder bei vollem Bewusstsein bin? Wieder im Zimmer fühlte ich den dicken engen Verband um meine Brust. Ich bekam kaum Luft. Dann fing die "Kotzerei" an und keiner war da. Irgendwer klingelte dann für mich und ich bekam eine neue Spuckschale und Zellstoff. Ich hasste meine Hilflosigkeit und wollte nur noch nach Hause. Aber da war ja noch der Verband und die Schläuche mit den mit Blut und Sekret gefüllten Beuteln am Ende, die da noch aus meiner verschrumpelten Brust herausragten.

Matthias besuchte mich, was ich sehr tapfer von ihm fand, denn er hasst und verabscheut Krankenhäuser. Er stand mehr oder weniger hilflos und verzweifelt neben mir am Bett. Wir beide wussten nicht, was wir sagen sollten.

Geweint wurde schon vorher. Ich bin in solchen Situationen auch lieber allein. Leider blieb auch später, bei der ganzen Therapie die ich anschließend bekam, seine Hilf-

losigkeit. Damals nahm ich ihm das sehr übel, denn ich brauchte einen Menschen, der mich mal in den Arm nahm, aber er traute sich nicht, aus Angst mir weh zu tun. Heute kann ich ihn ganz gut verstehen.

Im Krankenhaus vergaß man zuerst, mir eine Psychologin zu schicken. Als ich nachfragte, kam dann doch eine und ich merkte, dass diese Frau mich nur nervte. Aber was habe ich auch erwartet? Da musste (wollte) ich wohl selber durch, so war jedenfalls meine Devise. Dieses ganze Geschwafel mochte ich nicht und ich mochte auch nicht ständig darüber reden. Mir war erst mal wichtig, dass ich körperlich wieder fit werde und wieder nach Hause konnte. Nach einer Woche kam ich dann auch wieder nach Hause mit zwei genähten Wunden, die natürlich noch verheilen sollten. Unter dem Arm hatte ich eine ziemlich große lange ekelhafte Narbe, die nur langsam heilte und die Narbe an meiner Brust war leider nicht so schön geworden wie die bei meiner Bettnachbarin. Sie war knubbelig und hart und leider blieb sie so. Zu Hause ging das Leben weiter, was sollte sich auch ändern? Jeder war froh und ich auch, dass ich wieder zu Hause war. Sollte ich mich in Mitleid winden, umherjammern, gar umherkriechen? Dieses Gerede von "Krankheit als Chance" konnte ich nicht hören. Natürlich wurde Rücksicht genommen und ich sollte auch eine Haushaltshilfe für die Anfangszeit bekommen, aber die nervte mich total. Entweder richtig oder gar nicht. Lieber mache ich alles allein. Und sie musste gehen. Schwierig war am Anfang einiges, z.B. konnte ich kaum den Buggy schieben, aber als die Wunden verheilt waren, war ich fast wieder o.k. Dann kamen aber noch die Therapien, Chemo- und Strahlentherapie. Die Chemo vertrug ich zuerst einigermaßen, aber zum Schluss musste ich mich dann doch oft übergeben. Ekelig war das einfach nur. Hinzu kam, dass ich dort den halben Tag in einem Zimmer im Keller der Charité mit älteren oder alten Frauen zusammen lag, die nur von ihrer Krankheit erzählten. Diejenigen, denen es sehr schlecht ging, sagten nichts. Verständlich! Ich hatte mein Buch und las. Privatpatientinnen kamen immer in ein Einzelzimmer, darüber war ich jedes mal total sauer. Ich hätte auch gerne ein Einzelzimmer gehabt. Dann kam die Strahlentherapie, sechs Wochen lang jeden Tag, außer am Wochenende, in die Charité zur Bestrahlung. Das ging nur rauf auf den Tisch und wieder runter und dann der oder die nächste bitte. Es war am Anfang unheimlich, denn dieser Apparat war sehr groß und schien sich gespenstisch von allein zu bewegen, wie ein Ungeheuer und

heavy point

10

Schwerpunkt

der Raum war immer ziemlich dunkel. Aber in diesen sechs Wochen gewöhnte ich mich auch an ein Ungeheuer. Ich wollte alles nur so schnell wie möglich hinter mich bringen. Meine Brust wurde nun auch noch immer dunkler, durch die Bestrahlung. Aber auch das habe ich hinter mich gebracht und es brauchte Jahre ehe diese Färbung wieder verschwand. Jetzt ist sie zwar kleiner als die andere, aber ich bin froh, dass sie noch dran ist.

Dann kamen zwei Kuren. Die erste gleich nach Beendigung der Strahlentherapie. Ich kam nach Lübben in ein neues Kurhaus, kam mit "Gleichgesinnten" zusammen und erfuhr viel über deren Krankheiten. Es wurde viel darüber geredet und dort war es für mich o.k. Ich merkte so, wie gut es mir ja noch gegenüber anderen geht. Aber es zog mich auch wieder runter, da ich ständig mit meiner Krankheit konfrontiert wurde und ich dies ja eigentlich nicht wollte. Die Behandlungen taten mir gut, aber ich wollte endlich wieder nach Hause. Drei Wochen brauchte ich in der Kur nichts zu machen, genoss die Ruhe, die Natur, machte viele lange Spaziergänge und dann kam ich wieder nach Hause. Und das war gar nicht gut, denn diese Umstellung machte mir sehr zu schaffen. Ich brauchte lange, um mich wieder einzugewöhnen und die Kur brachte mir für zu Hause gar nichts.

Ich war noch weiter krank geschrieben und irgendwann nahm ich wieder eine Stelle an, wagte wieder den Eintritt ins Berufsleben, aber es klappte nicht. Ich war 6 Jahre wegen Erziehungsurlaub für 2 Kinder und fast 1 Jahr wegen Krankheit zu Hause. Die Welt ist in diesen 7 Jahren nicht stehen geblieben. Trotzdem hatte ich mich schnell wieder zurechtgefunden. Ich war immer eine super "Kraft" in meinem Beruf, hatte immer die allerbesten Zeugnisse, war vorher nie krank, aber jetzt hatte ich es mit Mobbing zu tun und das auch noch zu Osttarifen. Das hatte ich nicht nötig. Ich lies mich kündigen, wurde arbeitslos und war wieder zu Hause.

Dann versuchte ich es mit einer neuen Stelle, wollte durchhalten, denn es klappte wieder nicht, ich wurde wieder gemobbt. Es musste ja wohl an mir liegen, dachte ich, aber in meiner zweiten Kur, die ich in diese Zeit schob, wurde mir diesmal von einer sehr netten Psychologin erklärt, dass es nicht nur an mir lag. Diese zweite Kur war für mich sehr gut. Diesmal war ich an der Ostsee und meine langen Strandspaziergänge, das Meer und die Luft waren Balsam für meine Seele. Auch das Nach-Hause-Kommen war schön und ich hatte nicht diese Umstellungsprobleme. Die

Stelle war nur eine Schwangerschaftsvertretung und ich hielt sie ein Jahr lang durch. Im Arbeitsamt wurde ich jetzt als Schwerbehinderte plötzlich ganz anders behandelt. Man bot mir eine Fortbildung an. Ich setzte mich mit der Frauenbeauftragten der Arbeitsämter in Verbindung und die schickte mir einige Angebote. Ich machte diese Fortbildung, die sehr gut war und ich bekam danach sofort eine tolle Stelle. Das Glück war wohl mal auf meiner Seite.

Das schlimmste aber ist immer noch die Angst vor Metastasen, die mir im Nacken sitzt und ich habe das Gefühl, dass ich mir diese Angst bewahren muss. Sie wird mich schützen.

Ich bin immer froh und glücklich gesund zu sein, denn Brustkrebs bedeutet leben oder sterben. Und ich lebe !

Ich verlor in dieser Zeit eine gute Freundin, die auch an Brustkrebs erkrankt war. Sie bekam Metastasen im Rücken und im Kopf. Sie versuchte alles um zu überleben. Aber sie hat es nicht schaffen können. Ich denke jeden Tag an sie!

N.N.

heavy point

11

Schwerpunkt

Fehlplanungen am Aralsee brachten Krankheiten, Armut und Salzstürme

Karl Heinz Reger

Wer heute 40 oder 50 Jahre alt ist, lernte in der Schule noch, dass der Aralsee, das Steppen-Gewässer im Tiefland von Turan und zu den ehemaligen Sowjet-Staaten Kasachstan, Turkmenistan sowie Usbekistan gehörig, der viertgrößte Binnensee der Welt sei und eine Fläche von 68400 Quadratkilometer hat. Heutige Schulkinder erfahren, dass das gleiche Gewässer, im Altertum See Oxiana genannt, rund 39000 Quadratkilometer groß ist, in der Weltrangliste der Gewässer jetzt den Platz Nr. 9 einnimmt - und für eine der größten von Menschen verursachten Umweltkatastrophen mit verheerenden Auswirkungen für die Bewohner der Region sowie der Tier- und Pflanzenwelt steht.

Wie auch bei anderen großen, abflusslosen Binnenseen, etwa dem Mono Lake in Kalifornien, hatte sich beim Aralsee in hunderttausenden von Jahren ein sensibles Gleichgewicht zwischen Zuflüssen und Verdunstung herausgebildet. Die beiden Flüsse Amurdaja und Syrdarja brachten genau so viel Wasser, dass im See ein Wasservolumen von knapp über 1000 Kubikkilometer verblieb und ein für die reichhaltige Pflanzen- und Tierwelt verträglicher Salzgehalt von 10 bis 14 % gehalten wurde.

Nach dem zweiten Weltkrieg ging man daran, die ursprünglich wenig bevölkerten Regionen nördlich des Aralsees und am Oberlauf der Flüsse Amurdaja und Syrdarja zu industrialisieren und landwirtschaftlich zu nutzen.

Die langen, heißen Sommer in den Wüsten von Kasachstan und Usbekistan und die scheinbar unermesslichen Wasservorräte der beiden Ströme boten aus der Sicht der sowjetischen Planer auch ideale Bedingungen für den Baumwollanbau. Umfangreiche Bewässerungsanlagen entstanden. Vom Amurdaja aus baute man den 1445 Kilometer langen Karakorum-Kanal, der Wasser bis zur turkmenischen Hauptstadt Aschchabad brachte.

Für den Bewässerungsfeldanbau, aber auch für die neu entstandenen Großstädte und Industrieanlagen wurde den Aralsee-Zuflüssen immer mehr Wasser entnommen. Amudaja und Syrdarja brachten schließlich nur

noch in regenreichen Jahren Wasser in den See.

Dies führte innerhalb von nur 30 Jahren zu dramatischen Umweltveränderungen:

- Das Wasservolumen im Aralsee ging von 1090 Kubikkilometern auf 345 Kubikkilometer zurück. Die Seefläche schrumpfte auf die erwähnten 39500 Quadratkilometer, die durchschnittliche Tiefe beträgt statt ursprünglich 20 bis 25 Meter nur noch zehn Meter, der Salzgehalt stieg auf 36%, was 90 Prozent der Fischbestände vernichtete.
- Das Klima in der gesamten Großregion wurde härter. Weil die kleiner gewordene Wasserfläche nicht mehr ausgleichend wirken kann, ging im Bereich des Amurdaja die frostfreie Zeit von 200 auf 170 Tage zurück. Die Winter sind kälter, die Sommer heißer.
- Die Verdunstung des kleiner gewordenen Sees ist nicht mehr in der Lage, wie früher die Wüsten-Stürme zu bremsen. Sie sind heftiger geworden, wirbeln ein Gemisch von Salz sowie Düngemittel und Pestiziden in den mittlerweile ausgetrockneten Flächen auf, die früher von Wasser bedeckt waren, transportieren es über hunderte von Kilometern und verseuchen die Ackerflächen. Die Erträge gingen zurück, der Reisanbau im Mündungsdelta von Amudarja und Syrdarja musste wegen der Versalzungen völlig eingestellt werden.
- Die Salzstürme quälen die Menschen: Viele leiden unter Atemwegs- und Augenkrankheiten. Die Kindersterblichkeit ist hoch.
- Da die Fischerei eingestellt werden musste, gingen alleine in dieser Industrie 40.000 Arbeitsplätze verloren. Durch die Schrumpfung des Sees liegen die einstigen Bade- und Hafenanlagen der usbekischen Teilrepublik Karakalpakien nicht mehr am Aralsee, sondern in einer Wüste, weit landeinwärts.

Seit 1980 laufend verzweifelte Versuche, die Umweltkatastrophe am Aralsee zu stoppen. Der Wasserverlust hat dazu geführt, dass das Gewässer heute zweigeteilt ist: In einen kleinen nördlichen See, der vom Syrdarja

heavy point

12

Schwerpunkt

gespeist wird und in einen größeren, der auf den Amudarja angewiesen ist.

Im Bereich des Syrdarja führten Umweltschutzmaßnahmen zu einer Verbesserung der ökologischen Situation. In der großen Restfläche des Aralsees ist die Situation nach wie vor katastrophal.

1984 kam man auf die Idee, mit einem 2600 Kilometer langen Kanal ("Sibiral") Wasser aus dem westsibirischen Hauptstrom Ob, der ins Nördliche Eismeer mündet, in den Aralsee umzuleiten. Zwei Jahre später gab man das Projekt wieder auf, weil mit dem Kanalbau eine neue Umweltkatastrophe eingeleitet worden wäre.

Mit Unterstützung der Vereinten Nationen versuchen die Aral-Anrainerstaaten Kasachstan, Turkmenistan und Usbekistan bisher vergeblich, gegen die Umweltkatastrophe anzukämpfen.

Fehlplanungen mit verheerenden Auswirkungen auf die Umwelt sind natürlich kein Privileg der einstigen sowjetischen Planwirtschaft. Dem eingangs erwähnten kalifornischen Mono Lake drohte eine ähnliche Katastrophe. Die Stadt Los Angeles entnahm über 85 Jahre seinen Zuflüssen so viel Wasser, dass der Wasserspiegel sank, der schon sehr hohe Salzgehalt (zweimal salziger als Meerwasser) sich verdoppelte und die gesamte Ökologie des auch für Zugvögel wichtigen Gewässers bedroht war. Nach dem heftigen Protest von Umweltschutzorganisationen (auch "Living Lake") führten Wassersparaktionen und andere Maßnahmen dazu, dass der See wenigstens wieder einen Teil seiner ursprünglichen Zuflüsse bekommt und sich die Situation langsam bessert. Allein Toiletten mit Sparspülungen reduzierten den Verbrauch immens.

Auch der Bodensee drohte "umzukippen"

Umweltkatastrophen, wenn auch nicht mit ganz so dramatischen Folgen wie am Aralsee, drohten auch bei uns. Vor rund 25 Jahren schien es, als würde der Bodensee (540 Quadratkilometer groß) "umkippen". Vor allem von Waschmitteln stammende Phosphate und Einschwemmungen von Kunstdünger verursachten im zweitgrößten deutschen Binnengewässer eine Algenblüte, die dem Seewasser fast den ganzen Sauerstoff entzog und das Leben aller Fische und höheren Organismen bedrohte. Und nicht zuletzt auch die Trinkwasserversorgung von 4,5 Millionen Menschen gefährdete, die in der Nähe der zu den Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz gehörenden Ufern leben. In zwei Jahrzehnten gelang es

Behörden und Naturschützer aber, aus dem einstigen Sorgenkind unter den deutschen Seen ein Gewässer zu machen, das auch für die nächsten Generationen wieder als Trinkwasser-Reservoir zur Verfügung steht.

"Die Erfahrungen, die wir in diesem Zeitraum machten, führten dazu, dass immer mehr Umweltgruppen und Vertreter staatlicher Behörden aus der ganzen Welt kamen und sich erkundigten: „Wie habt Ihr das fertig gebracht?“, so Jürgen Resch von der Deutschen Umwelthilfe mit Sitz in Radolfzell. Diese stetigen Nachfragen brachten Jürgen Resch und andere Umweltschützer auf die Idee, ein internationales Netzwerk zu gründen, mit dessen Hilfe Naturschutzgruppen auf allen Kontinenten zusammenarbeiten und Erfahrungen austauschen können.

Zusammen mit dem Global Nature Fund (GNF) wurde das Projekt unter dem Namen "Living Lakes" aus der Taufe gehoben, das sich den weltweiten Schutz von Seen, Feuchtgebieten und Süßwasserreservoirs zur Aufgabe gemacht hat. Es besteht momentan aus 25 Umweltorganisationen, die insgesamt 19 Seen und Feuchtgebiete auf vier Kontinenten vertreten. Das Living Lakes Netzwerk wird von den Wirtschaftsunternehmen Unilever, Deutsche Lufthansa, Daimler Chrysler, T-Mobile und Kärcher unterstützt.

Neben dem Bodensee war der durch die Wasserentnahme von Los Angeles bedrohte Mono Lake (in der Hochwüste Kaliforniens in 2000 Metern über dem Meeresspiegel gelegen) einer der ersten Seen des Netzwerks. Wie der Bodensee ist er eingebettet in eine traditionsreiche Landschaft, für Touristen hoch attraktiv und eine Drehscheibe für den Vogelzug.

Noch schlechter als dem Mono Lake, der ein Drittel seines Wassers verloren hatte, ging es dem Steppensee La Nava im Nordwesten Spaniens. Er wurde in den 40-er Jahren trockengelegt und verschwand völlig. Inzwischen ist er - auch eine Drehscheibe für Zugvögel - wiedererstanden und bereits 310 Hektar groß.

Zum Netzwerk gehören bisher noch der Biwa See in Japan, berühmt für seine Süßwasserperlen und der St. Lucia See in Südafrika. Zum letzteren hat der Bodensee eine besondere Beziehung: Zugvögel, die von Süddeutschland aus jeden Herbst in Richtung Süden starten (Weißstörche, Pirolen, Fischadler), überwintern in dem ältesten afrikanischen Naturschutzgebiet, das seit Dezember letzten Jahres zum "Weltkulturerbe" zählt.

heavy point

13

Schwerpunkt

Wegen ihres Modellcharakters werden die Projekte Bodensee und St. Lucia See (Südafrika) auch im Rahmen der gegenwärtig stattfindenden Weltumweltgipfels in Johannesburg vorgestellt.

Whisper 1 :

Zum Seen-Netzwerk "Living Lakes" gehören heute:

Bodensee
Baikalsee
Biwa See
St. Lucia See
Mono Lake
La Nava
Nestos Seen
The Broads
Totes Meer
Tengis See
Mar Chiquita
Militischer Teiche
Pantanal
Columbia River Wetlands
Laguna Fuquene
Uluabat Gölü
Jempang See
Laguna de Bay

Whisper 2:

Die größten Seen der Erde

Kaspisches Meer (Westasien) ca. 400000 Quadratkilometer groß; Oberer See (Nordamerika) 82100 Quadratkilometer; Victoriasee (Ostafrika) 68000 Quadratkilometer; Huronsee (Nordamerika) 59596 Quadratkilometer; Michigansee (Nordamerika) 57800 Quadratkilometer; Tanganjikasee (Ostafrika) 34000 Quadratkilometer ; Baikalsee (Südsibirien) 31500 Quadratkilometer; Großer Bäensee (Nordamerika) 31328 Quadratkilometer; Aralsee (westl. Mittelasien) 30900 Quadratkilometer; Malawisee (Südostafrika) 30800 Quadratkilometer; Großer Sklavensee (Nordamerika) 28568 Quadratkilometer; Eriesee (Nordamerika) 25700 Quadratkilometer; Winnipegsee (Nordamerika) 24387 Quadratkilometer; Ontariosee (Nordamerika) 18960 Quadratkilometer; Ladogasee (Nordeuropa) 17700 Quadratkilometer; Balchaschsee (Mittelasien) 17000bis 22000 Quadratkilometer; Tschadsee (Zentralafrika) 12000 bis 24000 Quadratkilometer;

Quelle: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG, 2001

Whisper 3:

Gewässerverschmutzung: Rund 80 Prozent aller Krankheiten werden durch den Gebrauch verunreinigten Wassers übertragen. Jährlich sterben deswegen 10 bis 25 Millionen Menschen.



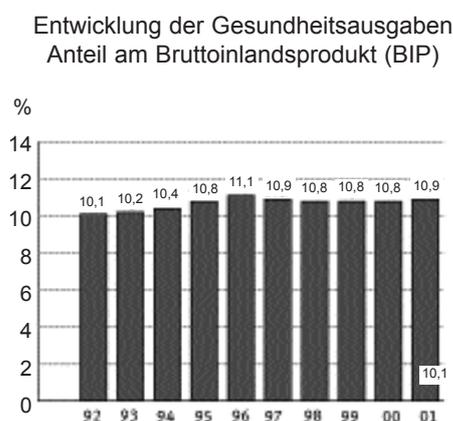
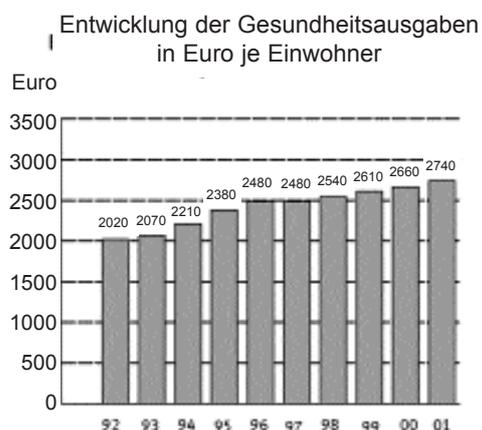
heavy point

14

Schwerpunkt

Veränderungen der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in Deutschland

Diese Zahlen sind nach den umfangreichen Diskussionen des letzten Jahres schon recht bekannt: Obwohl die Gesundheitsausgaben stetig angestiegen sind, ist ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt kaum gewachsen.



Interessant ist, wer die Ausgaben trägt: den größten Batzen natürlich die gesetzlichen Krankenversicherungen (2001: 57,04 %), aber danach kamen auch vor der Gesundheitsreform schon die privaten Haushalte (2001: 12,29 %). Fast genau so viel wie die privaten Krankenversicherungen bezahlen die öffentlichen Haushalte, ungefähr halb so viel die Arbeitgeber.

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

Gegenstand der Nachweisung	1999	2000	2001
Ausgabenträger insgesamt	214 270	218 784	225 931
öffentliche Haushalte	17 121	17 380	17 535
gesetzliche Krankenversicherung	121 636	124 393	128 865
soziale Pflegeversicherung	15 216	15 638	15 895
gesetzliche Rentenversicherung	3 582	3 941	4 091
gesetzliche Unfallversicherung	3 756	3 795	3 868
private Krankenversicherung	17 206	17 868	18 677
Arbeitgeber	9 094	9 201	9 215
private Haushalte und private Organisationen o.E.	26 658	26 567	27 785

Mill. Euro

Aktualisiert am 24. April 2003

© Statistisches Bundesamt Deutschland 2003

Z a h l e n

15

d r o w n i n g b y n u m b e r s

Wie gesund sind die EuropäerInnen?

Die Zahlen dieses Artikels sind aus der EU-weiten Umfrage Eurobarometer 59.0 "Gesundheit, Nahrung und Alkohol und Sicherheit" entnommen, die von der Europäischen Kommission in Auftrag gegeben wurde; zitiert nach: Deutsches Ärzteblatt 23.12.2003.

Danach leidet nach eigener Einschätzung ein Viertel aller Europäer unter irgendeiner Form von "Rheuma" oder Arthritis, jeder Fünfte ist Allergiker, und 16 Prozent haben einen zu hohen Blutdruck. Chronische Erkrankungen wie "Rheuma"/Arthritis, Hypertonie und Diabetes treten häufiger bei Einkommensschwachen und bei Frauen auf. Jeder vierte Europäer befindet sich in langfristiger Behandlung. Die häufigsten Diagnosen sind "Rheuma"/Arthritis (20,4 Prozent), Hypertonie (15,5 Prozent) und Diabetes (13,1 Prozent).

Interessant sind die unterschiedlichen Krankheitshäufigkeiten in den einzelnen Ländern.

So gaben 18,4 Prozent der Westdeutschen an, wegen einer Zuckerkrankheit in ärztlicher Behandlung zu sein, in Dänemark waren es nur 5,1 Prozent. Ein erstaunliches Ergebnis, wenn man bedenkt, dass die tatsächliche Prävalenz in beiden Ländern in etwa gleich sein dürfte. Interessant sind auch die Unterschiede beim Asthma. In Großbritannien bezeichnet sich 13,8 Prozent der Bevölkerung als asthmakrank, in Ostdeutschland sind es nur 2,7 Prozent. Jeder dritte Europäer gab an, dass ihm kein einziger Zahn fehle, etwas über sieben Prozent hatten dagegen keine eigenen Zähne mehr. Die besten Zähne haben die Skandinavier, sehr

zufrieden mit dem Zustand ihrer Zähne sind die Dänen, Iren und Luxemburger, weniger die Italiener, Spanier und Portugiesen. Etwa zwei Drittel aller Europäer gaben an, im letzten Jahr beim Zahnarzt gewesen zu sein, am nachlässigsten sind die Südeuropäer.

Die häufigste Vorsorgeuntersuchung bei Frauen ist ein Pap-Abstrich, den fast ein Drittel aller befragten Frauen nach eigenen Angaben im letzten Jahr durchführen ließ. Diese und andere Untersuchungen werden von Einkommensstarken häufiger in Anspruch genommen. Seit der letzten Umfrage in 1996 und 1997 sind die Zahlen rückläufig.

Säuglinge werden von irischen Müttern nur zu 21,3 Prozent gestillt, in Finnland aber zu 92,2 Prozent. Die Europäer werden immer dicker - und auch ein wenig größer. Zwischen 1996 und 2002 stieg das Durchschnittsgewicht um fast zwei Prozent (1,68 Prozent). Die Körpergröße nahm um 0,05 Prozent zu.

Die meisten Europäer schätzen ihre Ernährung als "ganz gut" ein, aber ein Drittel hat in den letzten drei Jahren die Essgewohnheiten geändert. Nach eigenen Angaben essen die Europäer mehr Obst und Gemüse, essen weniger Fett, trinken mehr Wasser und nehmen insgesamt weniger Kalorien zu sich (obwohl sie dicker wurden). Ein Drittel hat seine Ernährung umgestellt, um gesund zu bleiben, ein Drittel will abnehmen, und ein Fünftel sah sich infolge einer Krankheit zu einer Veränderung der Ernährung veranlasst.

Zusammengefasst von Ingrid Neunhöffer

Z a h l e n

16

d r o w n i n g b y n u m b e r s



Good-bye, ASFH! Say hello!

Liebe interne und externe Kolleginnen,

vor rund zwanzig Jahren schied ich aus dem Wahlamt der ASTA-Frauenreferentin der Philipps-Universität in Marburg. Damals gab es noch keine hauptamtlichen Frauenbeauftragten, Studentinnen gelang es vereinzelt mühsam feministische Lehrinhalte in das Studium einzubringen. Frauenpolitik war nahezu ausschließlich eine Angelegenheit der Basis, spielte sich in exklusiven Seminaren, in speziellen Frauenräumen ab. Das hatte auch Ausschlusscharakter und wurde von uns, die wir uns damals selbst als Ausgeschlossene in der männerdominierten Hochschule sahen, nicht wirklich reflektiert. Wenn nun zwanzig Jahre später Frauenpolitik, Feminismus, Gleichstellungspolitik, Gender, Gender-mainstreaming in aller Munde sind, sich die Inhalte langsam in der Lehre überall verankern, Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte, Genderbeauftragte und mittlerweile viele Männer sich in diesen Bereichen engagieren, dann wissen wir heute, woran ich immer schon geglaubt habe: dass Politik konsequent und beharrlich betrieben erfolgreich sein kann, dass Veränderung möglich ist und dass sie irgendwann auch da ist. Heute studieren mehr Frauen als Männer und es sieht so aus, als sei es doch nur noch eine Frage der Zeit, bis sich das unter den Lehrenden spiegeln wird. Allzu lange wird es nicht mehr dauern, dass Beruf und Kinder für Frauen und Männer besser vereinbar und hierfür die öffentlichen Infrastrukturen bereit gestellt werden. Etliche Auffassungen, auch bezüglich Frauenpolitik und der Gestaltung von Gleichstellungsaufgaben habe ich in den letzten Jahren immer mal wieder geändert,

neue Perspektiven gewonnen. Meine Meinung bezüglich der positiven Einschätzung des Rotationsverfahrens in politischen Wahlämtern hingegen hat sich nicht geändert. So war meine Entscheidung, für das Amt der Frauenbeauftragten nicht wieder zu kandidieren, auch eine politische Entscheidung. Ich hatte vier Jahre lang die Möglichkeit kreativ zu sein, Projekte zu realisieren und einen langen Zeitraum lang die Gleichstellungspolitik zu gestalten. Politik (und jedes Wahlamt hat mit Politik zu tun, auch das der Frauenbeauftragten mit der Schnittstelle zur Verwaltung) lebt wesentlich von Erfindungen, Innovationen, Durchsetzen, Einsetzen und Bodenhaftung. Beides geht im Alltag und im Besitz von Macht, denn politische Ämter sind auch Machtinstrumente, immer auch ein Stück weit verloren. Politik bedarf der Strategie und Taktik, des Abwägens und des Repräsentierens von Ideen, manchmal von Zwängen, die ein Amt beschwören.

Meine Zeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule war eine gute Zeit, Freiraum und Gestaltungsmöglichkeiten, die durch eine breite, kompetente Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen, genährt wurden, haben möglich gemacht, was möglich war. Dafür bedanke ich mich bei Ihnen allen ganz herzlich. Als Lehrbeauftragte werde ich der ASFH weiterhin verbunden bleiben, so mich nicht andere berufliche Perspektiven einholen, denn, so der französische Philosoph Blaise Pascal: "Die Wahl des Berufs ist das Wichtigste im Leben. Der Zufall entscheidet darüber."

Heike Weinbach

Es ist so weit: Abschied von Heike Weinbach, Frauenbeauftragte an der ASFH

Im Rückblick auf die vierjährige äußerst erfolgreiche Zusammenarbeit verabschiedet der Frauenrat der ASFH - mehr als ungern - Heike Weinbach.

Ihr Ideenreichtum hat vieles entstehen lassen. Neben der umfangreichen Vertretung aller Statusgruppen im Hochschulalltag wurden von ihr zahlreiche Initiativen, Fachtagungen und übergreifende Konzeptentwicklungen

initiiert, vorangetrieben und in die professionelle Umsetzung gebracht. Ins Leben gerufen wurden von ihr z.B. neben vielem Anderen die Kinderbetreuung für alle Hochschulangehörige und die Zeitschrift "Quer". Das Gender-mainstreaming

ASFH-Geflüster

17

whispery gallery



ming-Konzept wäre ohne ihre fundierten Kenntnisse in diesem Bereich und den beharrlichen Nachdruck auf Umsetzung auch in dieser Hochschule nicht in die Umsetzung gekommen.

Als Lehrbeauftragte an der ASFH wird sie uns vorerst erfreulicherweise erhalten bleiben.

Ciao, Heike!

Der Frauenrat bedankt sich für eine herausragend produktive und lustvolle Zusammenarbeit und wünscht ihr für die weitere Zukunft das Allerbeste!

Praktikum - was nun? Was tun!

Gudrun Schultheiß

Seit mehr als 2 1/2 Jahren bin ich als Dipl.-Sozialpädagogin im Praxisamt der ASFH beschäftigt. Die Beratung von Studierenden der Sozialarbeit bei Fragen und Problemen der Praxisphasen während des Studiums sowie das Herstellen von Kontakten zu PraxiskoordinatorInnen und AnleiterInnen der Praxisstellen sind meine wichtigsten Tätigkeitsbereiche.

In meiner beruflichen Position arbeite ich an der Schnittstelle zwischen sozialwissenschaftlicher Theorie, sozialpädagogischer Praxis und den Erwartungen von Studierenden und PraxisanleiterInnen in Bezug auf die Praktika. Ich habe viele Kontakte zu Projekten und Behörden, schaue mir zahlreiche Praxisstellen vor Ort an. Ich führe beinahe täglich Gespräche mit Studierenden über ihre Erfahrungen im Praktikum und kooperiere mit HochschullehrerInnen sowie Lehrbeauftragten, die Kontakte zu Projekten aufbauen bzw. bereits pflegen. Dabei beobachte ich täglich vielfältige Veränderungen der Arbeits- und Aufgabenbereiche von SozialarbeiterInnen. Inhalte, Schwerpunkte, Klientel und die Methoden, mit denen Sozialpädagoginnen arbeiten, wandeln sich beständig

Studierende haben in Bezug auf ihre zukünftigen Praktika teilweise Orientierungsschwierigkeiten und Wissenslücken. So wissen StudentInnen z. B. manchmal nicht, in welchen Bereichen sie ihre Praktika absolvieren möchten, was sich hinter den einzelnen Arbeitsbereichen verbirgt.

Oft sind sie überrascht über die Vielfalt an Feldern der Sozialen Arbeit, in denen SozialarbeiterInnen tätig sind.

Generell sind Studierende gut beraten, die Vielfalt an Arbeitsbereichen wahrzunehmen und sich mit der aktuellen Veränderung in der pädagogischen Praxis aktiv auseinanderzusetzen. Die Praxisphase eröffnet ihnen nicht nur ein Überprüfen ihrer theoretischen Kenntnisse auf, deren Brauchbarkeit in der Praxis, sondern auch die einzigartige Gelegenheit in der Auseinandersetzung sowohl mit Theorie als auch Praxis die eigene berufliche Identität zu entwickeln, bzw. zu festigen.

Praxisstellen sind darüber hinaus potentielle spätere Arbeitsbereiche von AbsolventInnen der Sozialarbeit. Wohlüberlegte und überzeugte Bewerbungsstrategien sowie Kontakte zu Trägern der sozialen Arbeit können den Berufseinstieg erheblich erleichtern.

Empfehlenswert für Studierende ist das gemeinsame Aufsuchen von Praxisstellen mit den ProjektdozentInnen. So können sie sich vorab über deren Arbeitsinhalte informieren und gleichzeitig Kontakte zu späteren Praxisstellen knüpfen. Das ist auch im Interesse vieler Praxisstellen. Hierbei können z. B. eventuelle Vorurteile gegenüber bestimmten Praktikumsbereichen abgebaut werden.

Das klassische Studium Sozialarbeit/Sozialpädagogik scheint häufig nicht mehr auszu-

ASFH-Alltag

18

big sister is watching you

reichen, um auf dem Arbeitsmarkt konkurrenzfähig zu sein.

Von den AbsolventInnen des Studienganges Sozialarbeit/Sozialpädagogik werden zunehmend Zusatzqualifikationen erwünscht und gefordert. SozialarbeiterInnen müssen heutzutage oftmals in der Lage sein in vielen Arbeitsbereichen tätig werden zu können.

Neben den klassischen Aufgabengebieten in der Sozialarbeit, wie z.B. Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit etc., sind z. B. Tätigkeiten wie Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung, Evaluation, Vernetzungsarbeit und Akquisition als Arbeitsbereiche von Sozialarbeit dazugekommen.

Nach Aussagen von SozialarbeiterInnen muss die Arbeit in den Projekten effektiver, zielorientierter, ressourcenorientierter und schneller durchgeführt werden. Die Tätigkeiten von SozialarbeiterInnen in den Projekten werden zunehmend durch Stellen- und Mittelkürzungen erschwert. Oftmals ist viel Kreativität und Flexibilität gefordert, um auf diese Umstände zu reagieren.

Arbeitsinhalte von und Anforderungen an SozialarbeiterInnen, die in den Bezirksämtern tätig sind, unterliegen ebenfalls Veränderungen. Auch hier verändern sich die Tätigkeitsbereiche aufgrund von Verwaltungsreformen, Fusionierungen und Sparmaßnahmen.

Diese Tendenzen erfordern von Studierenden in der Praxisphase ein Interesse an Neuem, Engagement und Lernbereitschaft.

Bei der konkreten Suche nach einem Praktikumsplatz ist es deshalb notwendig, sich vorab über die möglichen Tätigkeitsfelder zu informieren. Wichtig für zukünftige PraktikantInnen ist, sich gut vorbereitet auf die Suche zu begeben. Das beginnt damit, dass Studierende wissen sollten, in welchem Bereich sie ihr Praktikum absolvieren möchten. Bewerbungsstrategien sollen gut geplant werden und die Vorstellungsgespräche gut vorbereitet sein.

Nach Möglichkeit sollten Studierende schon im Vorgespräch mit der evt. zukünftigen PraxisanleiterIn bzw. dem Praxiskoordinatoren klären, wie das Aufgabenfeld der PraktikantInnen konkret aussehen soll, mit welchen Wünschen, Erwartungen und Aufgaben Studierende ins Praktikum gehen bzw. welche Anforderungen die PraxisanleiterIn an den Studierenden stellt.

Vor bzw. zu Beginn des Praktikums wird ein individueller Ausbildungsplan zwischen der/m AnleiterIn und der/m PraktikantIn schriftlich fixiert.

Der Ausbildungsplan ist der "Fahrplan" für ein gut strukturiertes und erfolgreiches, zufriedenstellendes Praktikum. Im Ausbildungsplan sollten neben den Aufgaben, den Zielen des Praktikums, einem Zeitplan auch die vereinbarten AnleiterInnengespräche während des Praktikums festgehalten werden. Diese AnleiterInnengespräche sind von enormer Wichtigkeit, um das Praktikum zu reflektieren, Fragen zu stellen, Unklarheiten und Probleme anzusprechen bzw. zu vermeiden oder gemeinsam zu klären.

Nach Erarbeitung wird der Ausbildungsplan den ProjektdozentInnen ausgehändigt, im Projekt besprochen und überprüft. Er kann während der Praxisphase immer wieder als Instrument der Praxisreflektion eingesetzt werden.

Studierende sind gut beraten, sich rechtzeitig mit dem Sinn und dem Ziel von Supervision auseinanderzusetzen. Die Supervision während des Praktikums ist eine wichtige Unterstützung, um z. B. die Rolle als PraktikantIn zu reflektieren, sich mit dem Thema Identität auseinander zu setzen und Arbeitsbereiche und Methoden zu thematisieren.

Darüber hinaus können Studierende, die an der Vielfalt der Praktikumsbereiche interessiert sind, während unserer Sprechzeiten im Praxisamt unsere Ordner mit ausführlichem Infomaterial dazu einsehen. Wir bieten über unsere vor dem Praxisamt angebrachten Glas-schaukästen freie Praktikumsstellen an sowie Informationen zum Behördenpraktikum und zur Supervision.

Weiterhin existiert eine selbst erstellte Informationsbroschüre zum Thema Praktikum, die in den Informationsveranstaltungen zum Thema Praktikum ausgehändigt wird.

ASFH-Alltag

19

big sister is watching you

Migration und Behinderung

- wie gestaltet sich die Integration dieser Personengruppe(n) in unserer Gesellschaft?

M. Florian Mráz

Dieser spannenden Fragestellung gingen Fachleute nach, die von der AG Interkulturelle Sozialarbeit der ASFH zur Veranstaltung "Migration & Behinderung = Integration" am 23.06.03 in das Audimax der ASFH eingeladen wurden. Die Referentinnen kamen aus den unterschiedlichsten Bereichen der Sozialarbeit, um über Beratungsangebote für Menschen mit Behinderung zu berichten, von denen es rund 10% in Deutschland gibt. Innerhalb dieses Personenkreis gibt es wiederum 9% behinderte Menschen mit Migrationserfahrung, die ein noch gezielteres Beratungs- und Betreuungsangebot der verschiedenen Projekte und Träger erforderlich machen. Grundlage der Redebeiträge der Podiumsteilnehmerinnen bildeten die von der AG gestellten Grundsatzfragen:

- wie bereiten sich die Einrichtungen auf die Arbeit mit MigrantInnen vor
- welche möglichen Personalprofile bei Einstellungen von neuen MitarbeiterInnen finden Berücksichtigung und
- können die professionellen BeraterInnen die These stützen, dass in MigrantInnenfamilien ein größeres Unterstützungspotential für behinderte Familienmitglieder vorhanden ist als in herkunftsdeutschen Familien.

Die Veranstaltung wurde moderiert von Frau Dr. Borde (Diplom-Politologin und Sozialwissenschaftlerin), die an der ASFH u. a. als Dozentin für Sozialmedizin tätig ist.

Die Redebeiträge wurden von Frau Flamm eröffnet, die als Diplom-Sozialarbeiterin und Koordinatorin des BAB (Beratung und ambulante Betreuung) der Lebenshilfe in Berlin tätig ist. Ihr Tätigkeitsschwerpunkt umfasst sowohl Einzelfallhilfe, Sozialassistenz nach BSHG §§ 39, 40 als auch Erziehungsbeistand und Sozialpädagogische Familienhilfe nach BSHG §§ 30, 31. In allen Wirkungskreisen steht die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit körperlicher und/oder geistiger Behinderung sowie Verhalten-

sauffälligkeiten und/oder psychischen Komponenten im Vordergrund. Genutzt wird das Beratungs- und Betreuungsangebot zur Hälfte von Familien mit Migrationshintergrund, wovon wiederum 50% türkischer

Herkunft sind. Die andere Hälfte der MigrantInnen stammt aus asiatischen und afrikanischen Ländern sowie aus binationalen Beziehungen. Durch den eigenen Migrationshintergrund verfügen die meisten MitarbeiterInnen über die erforderlichen Fremdsprachenkenntnisse und nehmen regelmäßig an Fortbildungen zu Themen der Interkulturalität teil. Um die MigrantInnenfamilien an die ihnen zustehenden Hilfen heranzuführen, legt der BAB verstärkt Wert auf Informationsvermittlung, wobei Frau Flamm betont, wie erschreckend wenig die Betroffenen oft über ihre Rechte wüssten. Im Beratungsablauf ist das Angebot für MigrantInnen und herkunftsdeutsche Familien das gleiche. Oft werden Anfragen der betroffenen Familien vom Jugendamt an den BAB herangetragen, damit dessen MitarbeiterInnen den Kontakt zu den Familien herstellen können. Frau Turan, die als Diplom-Pädagogin und Familienhelferin beim BAB tätig ist, ergänzt die Aussagen in Bezug auf die bestehenden Loslösungsproblematiken behinderter Kinder in türkischen Familien. Die Familienmitglieder sehen oft in der Erziehung der Kinder eine lebenslange Aufgabe, wodurch aber die Umsetzung von weiterführenden Angeboten der BeraterInnen sehr stark eingeschränkt wird. Durch den Umzug in eine betreute Einrichtung bestünde für die behinderten Kinder die Möglichkeit, ihre bislang erworbenen Fähigkeiten und Ressourcen in einer neutralen Umgebung weiter zu entwickeln. Um die Eltern oder Familienangehörigen auch außerhalb des Hauses zu entlasten, umfasst das bestehende Betreuungsangebot auch Dolmetschertätigkeiten bei Besuchen bei Ärzten, Ämtern und Behörden.

Frau Menzel, Koordinatorin des Vereins "Eltern beraten Eltern" (von Kindern mit und ohne Behinderung) und Mitglied im Behindertenbeirat von Tempelhof/Schöneberg berichtet in ihrem Vortrag über das seit mittlerweile 20 Jahren bestehende Beratungsangebot. Die Arbeit wird überwiegend von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen geleistet, wobei die Schwerpunkte sich im wesentlichen an sechs wichtigen Schnittstellen im Leben der Betroffenen bzw. deren Angehörigen orientieren. Diese umfassen die Diagnoseeröffnung, Eintritt in die Kita, Einschulung, Übergang zu einer anderen Schulform, Ein-

ASFH-Geflüster

20

whispery gallery

stieg ins Berufsleben und die Loslösung vom Elternhaus. Die Erstgespräche werden von zwei Personen geführt: einer MitarbeiterIn des Vereins und einer Mutter, die ein Kind mit einer der Schwerpunktproblematiken hat. Gemäß dem Motto "Hilfe zur Selbsthilfe" werden Eltern ersucht, sich selbst als BeraterInnen zu engagieren. Auf diese Art und Weise soll der notwendige interkulturelle Aspekt verstärkt werden, da es von türkischen MigrantInnenfamilien die meisten Anfragen gibt. Um das Informationsdefizit auszugleichen, gibt der Verein Infobroschüren in vielen Sprachen (u. a. in türkischer, arabischer und griechischer Sprache) heraus. Frau Bag, selbst betroffene Mutter und Mitarbeiterin, hat für den Verein die türkische Mutter-Kind-Gruppe "Stern" ins Leben gerufen, der derzeit 12 Mütter und 14 Kinder angehören. Die Gruppe ist eine Plattform für gegenseitigen Erfahrungsaustausch und bietet weiterführende Hilfen beim Übersetzen von Formularen sowie zur Beantragung von Leistungen an. Daneben gibt es Elternabende mit Themenschwerpunkten wie Pflegeversicherung und Pränataldiagnostik; ein Tanz- und Kunsttherapeut runden das Betreuungsangebot ab.

Die dritte Referentin, Frau Herrklotsch, ist seit 1993 als Einzelfallhelferin (u. a. für den Verein "Sterntal") tätig und hat langjährige Erfahrung mit türkischen und arabischen Familien. Erste Erfahrungen für die Einzelfallhelfertätigkeit sammelte sie in einer Schule für Gehörlose. In dem von ihr dargestellten Fallbeispiel begleitete sie in langjähriger Tätigkeit ein Kind mit einer Hörbeeinträchtigung und damit einhergehender Sprachschwierigkeiten. Eine konzentrierte und ruhige Arbeitsatmosphäre mit der Klientin wurde erschwert, da das zur Verfügung stehende Wohnzimmer von allen anderen Kindern belegt wurde. Durch den ständigen Fernsehkonsum war die Geräuschkulisse hoch, was sich durch den verursachten Stress auch zunehmend auf die Beziehung zum Kind auswirkte. Trotz der Gebärdensprache, die auch von den Eltern beherrscht wurde, machte die ständige Übersetzung eine engere Arbeit mit dem Kind unmöglich. Dieses wurde zusehends misstrauischer, der Kontakt mit den Eltern wurde zunehmend erschwert durch Nichteinhaltung von gemeinsam erarbeiteten Förderzielen oder Absprachen. Mit der beginnenden Pubertät des Mädchens wurde die Tätigkeit abrupt von den Eltern aufgekündigt. Aus der Vielschichtigkeit dieser Erfahrungen leitet Frau Herrklotsch heute die Notwendigkeit der Vermittlung des "Handwerkszeugs" für die

späteren Profis an den Universitäten oder Fachhochschulen als oberste Priorität ab. Dies erachtet sie in Bezug auf die "gezielte Erlernbarkeit" der Normen und Werte in Migrationsfamilien, die erforderliche Sensibilität im Umgang mit Toleranz und Akzeptanz der kulturellen Verschiedenheiten und die Verknüpfung von Qualifikationen und Profilen zu einer Interkulturellen Kompetenz als unverzichtbare Basis. Sie sieht sich derzeit in ihrer beruflichen Rolle eher als Multiplikatorin und fordert vermehrten Einsatz von SprachmittlerInnen, DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen bei der Begleitung von MigrantInnen mit Beeinträchtigungen in diesen sensiblen Betreuungs- und Begleitungsfeldern.

Im letzten Redebeitrag gab Frau Winkler einen Einblick in die Arbeit von pro familia Berlin mit einem weitgefächerten Beratungsangebot, in dem sich die Schwerpunkte Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung widerspiegeln.

Sie ist in der Einrichtung seit 15 Jahren als Diplom-Sozialpädagogin und Leiterin der Beratungsstelle, mit einer Zusatzausbildung auch als Sexualpädagogin tätig. Ihr Aufgabenschwerpunkt liegt in der Beratung von Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen zu Fragen rund um die Sexualität. Möglich ist dies in Gruppenveranstaltungen, als Paar oder in Einzelgesprächen. Das Beratungsangebot in der Einrichtung beschränkt sich nicht nur auf den sexualpädagogischen Bereich, sondern erstreckt sich auch auf medizinische und psychologische Beratung; dem Angebot entsprechend ist das Team interdisziplinär zusammengesetzt. Der interkulturelle Aspekt wird ansatzweise berücksichtigt, das vierköpfige Team ist paritätisch besetzt, eine Frau hat einen Migrationshintergrund. Möglich sind Beratungen in den gängigsten mitteleuropäischen Sprachen, Praxiserfahrungen mit behinderten MigrantInnen haben geholfen das Beratungsangebot weiter zu entwickeln. Grundsätzlich lässt sich aber festhalten, dass Menschen mit Behinderung meistens nicht selbständig die Beratungsstelle aufsuchen, sondern durch MitarbeiterInnen in Wohneinrichtungen, SozialpädagogInnen in den Werkstätten oder durch Angehörige geschickt bzw. begleitet werden. In Bezug auf Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen betonte Frau Winkler die notwendige Selbstreflexion, um Kenntnisse von kulturspezifischen Verschiedenheiten

ASFH - Geflüster

21

whispery gallery

erwerben zu können: So wird Behinderung möglicherweise in anderen Kulturen als Schande oder "Strafe Gottes" erlebt. Dementsprechend schwer ist es, Zugang zu den Familien zu erhalten, die erforderliche Aufklärungsarbeit kann den Erfahrungen entsprechend nur mit interkulturell und/oder gleichgeschlechtlich ausgerichteten Teams geleistet werden. Ihren Erfahrungen nach beeinflussen Vorannahmen und Vorurteile der BeraterInnen in hohem Maße die Beratungsarbeit mit MigrantInnenfamilien, in denen der Verdacht auf Missbrauch von Kindern besteht. Um eine zusätzliche Isolation der betroffenen Mädchen zu umgehen, sollten sexuelle Aufklärungsthematiken wie z. B. die Jungfräulichkeit verschiedener Kulturen nur in angeleiteten interkulturellen Mädchengruppen kulturspezifisch verarbeitet werden. Darüber hinaus betont Frau Winkler die Bedeutung von professionellen Sprachmittler- oder Dolmetscherdiensten. Angehörige geraten bei der Übersetzung von tabuisierten Themen der Herkunftskultur (wie z. B. Sexualität) in Loyalitätskonflikte und der Beratungsprozess wird häufig an diesem Punkt abgebrochen. Abschließend bekräftigt Frau Winkler die immer stärker werdende Bedeutung der interkulturellen Arbeitsansätze in der Beratungstätigkeit und begrüßt zu diesem Thema veranstaltete Foren, auf denen bestehende Erfahrung ausgetauscht und weiter entwickelt werden können. In der anschließenden Diskussion wurde betont, wie leicht behinderte Menschen aufgrund der mangelnden Sexualaufklärung als "willfähige" Opfer abgestempelt und stigmatisiert werden. Dabei gibt es genügend Beratungsangebote, die es behinderten Menschen ermöglichen würden, selber aktiv zu werden und sich Hilfe zur Selbsthilfe bei professionellen BeraterInnen zu holen. Diese Hilfe zur Selbsthilfe kann nach den Worten von Frau Rommelspacher nur umgesetzt werden, wenn der/die interkulturell kompetente

BeraterIn um seine/ihre Ressourcen weiß. Und diese umfassen Sprachmittlerkenntnisse, Dolmetscherdienste und das Wissen um das bestehende Misstrauen der MigrantInnen in staatlich geregelte Hilfssysteme.

Als Fazit gilt es festzuhalten: Die in der Praxis tätigen Profis haben erkannt, dass dieses Wissen und die daraus abgeleiteten Arbeitsgrundlagen nur Anwendung finden können, wenn das notwendige Handwerkszeug auch weitergegeben und in der Ausbildung in genügendem Umfang verankert und gelehrt wird.

Wer mehr zu diesen und anderen Themen sowie über die nächste Veranstaltung im Herbst über "Rassismus im Alltag" erfahren möchte, der bekommt Informationen auf der Homepage:

*<http://www.asfh-berlin.de/interkult>
oder schickt eine E-Mail an:
aginter@asfh-berlin.de.*

*M. Florian Mráz, Tutor der AG Interkulturelle Sozialarbeit an der ASFH Berlin ist erreichbar im Raum 410,
neue Sprechzeiten
montags 13 - 14 Uhr,
Tel.: 030 - 99245-410.*

ASFH-Geflüster

22

whispery gallery

Webseiten zu den Themenbereichen Gesundheit und Gender:

Für viele Fragen eine Antwort: Die Homepage des FFGZ (siehe Artikel in diesem Heft). Außerdem eine umfangreiche und übersichtlich gegliederte Linksammlung zu deutschsprachigen und internationalen Seiten zu allen Themen, die mit Frauengesundheit verbunden sind, und zu vielen einzelnen :

www.ffgz.de

Die Gewerkschaft ver.di hat eine sehr umfangreiche und informative Website mit Informationen und politischen Einschätzungen und Vorschlägen zur Gesundheitsreform:

www.verdi.de/gesundheitsreform

Die zentrale Seite der Frauengesundheitszentren bietet alle Adressen der Zentren.

www.medizin-forum.de/selbsthilfe/frauzentren

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit hat seit 2001 eine Fachstelle Gender Health, auf deren Seite sehr viel Material liegt - Statistik allerdings hauptsächlich aus der Schweiz, aber auch sehr viele interessante Artikel.

<http://www.bag.admin.ch/gender/d/index.htm>

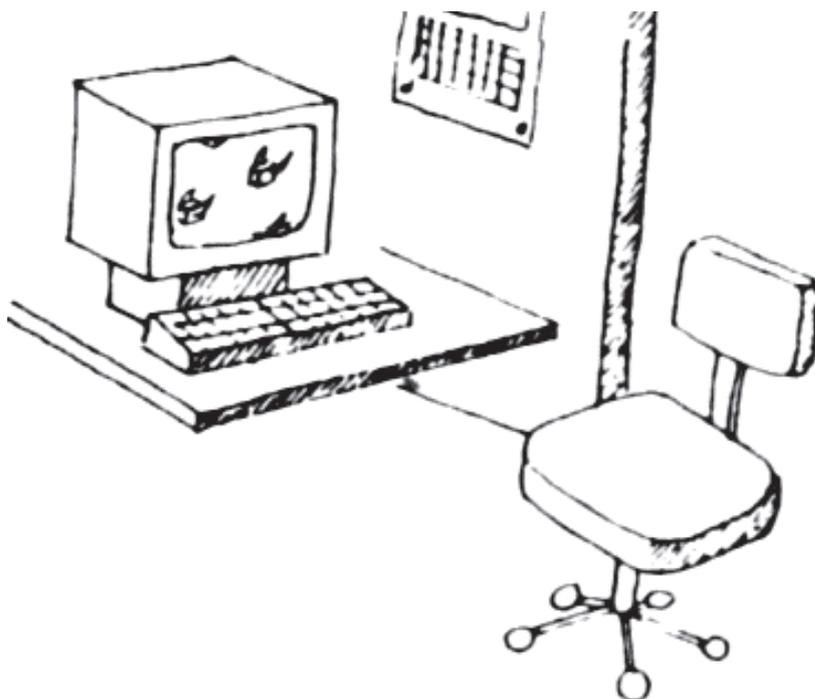
Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet auf seiner website einen Bestellservice: einfach Publikationen bzw. Broschüren aus den verschiedensten Themenbereichen bestellen - und schon werden sie nach Hause geschickt! Viele Themen aus den Bereichen Pflege und Soziale Arbeit , z.T. auch direkt zum Download.

www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen

Die umfangreiche Literaturdatenbank "Frauengesundheit und Gesundheitsförderung" der Bundeszentrale zur gesundheitlichen Aufklärung (BzgA) listet Publikationen jeweils mit einer kurzen Inhaltsübersicht auf.

<http://artemis.bzga.de/frauen>

Zusammengestellt von Ingrid Neunhöffer.



websister

23

Internetseiten

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin (FFGZ e.V.)

Ingrid Neunhöffer

Verschiedene Artikel in dieser Ausgabe der QUER stammen aus Veröffentlichungen des FFGZ Berlin: genügend Grund für uns, diese Institution vorzustellen, die gleichzeitig einen wichtigen Meilenstein der Frauengesundheitsbewegung darstellt.

Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum wurde im Jahr 1974 von zehn Frauen gegründet und ist damit in Berlin das älteste Frauenprojekt - das erste, das sich aus der Frauenbewegung heraus gründete. Damit wurde auch der Beginn der Frauengesundheitsbewegung gelegt. Den Anstoß gaben zwei Amerikanerinnen, die 1973 in Berlin vor Hunderten von Frauen die vaginale Selbstuntersuchung vorführten. Eine breite Diskussion unter Frauen über ihre eigenen Geschlechtsorgane, über Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft, gynäkologische Behandlungen und Selbstbestimmung und über gesellschaftliche Tabus setzte ein, viele Selbsterfahrungsgruppen gründeten sich. Seit dieser Zeit war das FFGZ immer wieder Auslöser für Diskussionen über Gesundheitsthemen: z.B. Hormonbehandlungen oder Bevölkerungspolitik, schädliche Medikamente oder die Praxis der Gebärmutterentfernung, Reproduktionsmedizin oder Brustkrebs. Das FFGZ ist im Bundesverband der Frauengesundheitszentren organisiert und kooperiert mit den Frauengesundheitszentren im deutschsprachigen Raum, aber auch internationale Zusammenarbeit wird gepflegt.

Gleichzeitig gab und gibt es individuelle Beratung und Veranstaltungen zu vielen Themen für Frauen, die sich über Auswirkungen von und Alternativen zu schulmedizinischen Behandlungen informieren wollen.

Und eine lange Liste von Veröffentlichungen, Broschüren und Vorträgen gibt Informationen aus frauengesundheitsspezifischer Sicht: ob es um die Portiokappe als Alternative zur Pille, um das Für und Wider bei Hormonen für die Wechseljahre oder um das Erlernen der Brustselbstuntersuchung geht.

Seit 1976 erscheint zweimal im Jahr die Zeitschrift **clio** - *Die Zeitschrift für Frauengesundheit* mit wechselnden Schwerpunktthemen.

Eine umfangreiche Präsenzbibliothek steht Besucherinnen außerdem für die eigene Recherche zur Verfügung.

Die Website **www.ffgz.de** stellt ein Portal zur Frauengesundheit dar. Sie bietet vielfältige Informationen aus der Beratungs- und Informationsarbeit: Artikel zu wechselnden Themen der Frauengesundheit, Selbsthilfetipps, Publikationen zum Runterladen sowie einen umfangreichen Webguide mit 40 Themen und mehr als 300 meist kommentierten Links. In der Rubrik "Kritisch beleuchtet" finden sich als besonderer Service inhaltliche Schwerpunkte, aktuell zum Thema Verhütung.

Natürlich ist auch die Finanzierung immer wieder ein Thema: 1978 wurde der Antrag auf Krankenkassenzulassung abgelehnt. 1979 wurde immerhin die Gemeinnützigkeit des Vereins anerkannt, so dass Spenden steuerlich abzugsfähig wurden. Auch das war eine hart erkämpfte Entscheidung, weil das FFGZ sich ausschließlich an Frauen wendet. Ab 1983 bekam das Projekt staatliche Förderung aus dem Selbsthilfetopf des Gesundheitssenators, seit 1991 bekommt es eine Finanzierung durch die Landesregierung. Allerdings ist die Zukunft im Hinblick auf die Finanzmisere des Landes Berlin nicht gesichert.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ist die politische Arbeit. Die Erfahrung zeigt, dass es auch heute noch keine Selbstverständlichkeit ist, Gesundheit und Krankheit unter dem Aspekt von Gender und Geschlechtsspezifität zu sehen. Da leistete die Frauengesundheitsbewegung wertvolle Arbeit, was inzwischen u.a. von den Gesundheitswissenschaften und Public Health anerkannt und auch von politischen Institutionen integriert wird (z.B. im Frauengesundheitsbericht).

Das FFGZ ist Mitglied in diversen Gremien wie dem Netzwerk Frauengesundheit Berlin, Frauengesundheitsnetz Tempelhof-Schöneberg, dem Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF), Gesundheit Berlin e.V.

Metropolizahn

24

messages from the suburbs

Zum Thema "Feminismus" sagte Brigitte Sorg, Diplomsozialpädagogin und seit 1996 im FFGZ beschäftigt, in einem Interview:

"Seit den Anfängen der Frauengesundheitsbewegung war der Feminismus ihre politische Basis. Für viele Mitstreiterinnen wurde er zur politischen Heimat. Die Frauen damals waren in Aufbruchstimmung, sie begriffen sich als Expertinnen für den eigenen Körper. Selbstbestimmung und Aneignung des eigenen Körpers waren Schlüsselbegriffe für sie. Die bisherige gesellschaftliche Realität, das übliche in der schulmedizinischen Versorgung wurden kritisch betrachtet. Viele Frauen kamen zu dem Ergebnis: Was da passiert, ist frauenfeindlich. Das wollten sie ändern. Ihr damaliges Konzept - Parteilichkeit und Hilfe zur Selbsthilfe - war wegbereitend für andere soziale und gesellschaftliche Bewegungen.

Heute betrachten wir den Begriff Feminismus differenzierter. Die Feministin oder den Feminismus gibt es nicht. Feminismus umfasst, genau wie andere politische Strömungen, ein breites Meinungsspektrum. Er hat sich als Theorie und in der Praxis in den letzten 30 Jahren weiterentwickelt.

Für uns im FFGZ ist Feminismus immer noch und immer wieder Arbeit und Unterstützung von Frauen für Frauen, Solidarität und Parteilichkeit mit Frauen.

Feminismus ist ein politischer Begriff. In unserer Arbeit steht er dafür, die Auswirkungen von gesellschaftlichen Zuständen auf die Gesundheit von Frauen zu analysieren und die Emanzipation von Frauen zu fördern.

Feminismus bedeutet für uns aber auch, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen, also offen und tolerant zu sein. Nicht jede denkt und entscheidet so wie wir im FFGZ, das ist klar. Wir begreifen Frauen als aktiv Handelnde und bilden Netzwerke, um an politischer und gesellschaftliche Macht und an Einfluss zu gewinnen. Auf diesem Weg ist der Feminismus ein Teil unserer Identität. Er fließt in unsere alltägliche Arbeit ein, gibt Kraft und macht Spaß - längst nicht mehr in lila Latzhosen, mit oder ohne Lippenstift und Rock."

Im Laufe der 30 Jahre hat sich das FFGZ einen soliden Ruf und einen großen Bekanntheitsgrad erarbeitet. Im Herbst 2004 wird das FFGZ Berlin sein 30jähriges Jubiläum mit einer Tagung begehen, die diesen Ruf bestimmt bestätigen wird...

Die Themen des FFGZ im Überblick:

Körperliche Veränderungen und Lebensphasen

Zyklus, Menstruation, Verhütung, Wechseljahre, Älterwerden, Medikalisierung
Frauenspezifische Beschwerden und medizinische Eingriffe

Brust, Eierstockzysten, Endometriose, Gebärmutterentfernung, Myome, PAP-Abstrich, Vaginalinfektionen, Unnötige Operationen

Weitere Themen

Gesundheitsförderung, Krebsfrüherkennung, Gesundheitliche Folgen sexueller Gewalt, Osteoporose, Schilddrüse, Blase, Schlaf, Stimmungstief

Adresse:

Bamberger Str. 51,
10777 Berlin,
Tel. 030-213 95 97,
Fax 030-214 19 27,
ffgzberlin@snafu.de,
www.ffgz.de

Telefonzeiten:

Mo, Di, Do, Fr 10 - 13 Uhr, Do 17 - 19 Uhr

Öffnungszeiten:

Di und Do 10 - 13 Uhr, Do 17 - 19 Uhr

Metropolizahn

25

messages from the suburbs

Zwischenstand: Umsetzung von Gender-mainstreaming an der ASFH

Gender-mainstreaming ist an der ASFH im Umsetzungsprozess in den auf die Lehre bezogenen Feldern erfolgreich gewesen. Zusammenfassend können wir feststellen, dass sich auf den Ebenen, die inhaltlich mit "Gender" in Berührung stehen, die Umsetzung engagierter, interessierter und selbstverständlicher gestaltete als auf der verwaltungstechnischen Ebene.

- Der zusätzliche Ausschreibungstext "Kenntnisse geschlechtsspezifischer Ansätze" bei den Professurenstellen wurde ernst genommen und unter den KandidatInnen erfragt. Die Antworten waren sehr aufschlussreich, sowohl Frauen als auch Männern hatten weitreichende Kompetenzen, sowohl Frauen als auch Männer hatten sich kaum bis gar nicht damit befasst. Genderkompetenz wird von den Lehrenden oder zukünftigen Lehrenden an der ASFH erwartet.
- Die statistische geschlechtsspezifische Erfassung hat sich verbessert, es liegen mehr Daten als im vergangenen Jahr vor (ausführlich im Abschlussbericht der FB einzusehen).
- In der Modularisierung wurde Gender-mainstreaming weitreichend umgesetzt und in allen Fächern verankert, ebenso gemäß dem Gender-mainstreaming auch als eigenes Gender- und Queerfach etabliert.
- Bei den Forschungsanträgen der HochschullehrerInnen wurde der Genderaspekt weitreichend berücksichtigt, ebenso bei den Projektanträgen.
- Die Gender-mainstreaming-Kommission tagte regelmäßig und unter engagierter Beteiligung ihrer Mitglieder.

Probleme in der Umsetzung

Auf der verwaltungstechnischen Ebene von Gender-mainstreaming, die natürlich auch eine inhaltliche ist, wird Gender-mainstreaming nur schleppend umgesetzt. Lediglich 6 Anträge enthielten ein Gender-Statement, die meisten davon waren Rektoratsanträge. Nur ein einziger Genderbericht der AbteilungsleiterInnen und Kommissionsvorsitzenden wurde zum Jahresende abgegeben. Dieser enthielt zu allen Punkten das Stichwort "keine". All dies deutet auf einen Fortbildungsbedarf in der Verwaltung und unter den Kommissionsvorsitzenden hin, bzw. die Notwendigkeit des Insistierens bei der Annahme von Anträgen und der Einhaltung von Berichtspflichten durch die verantwortlichen Leitungsebenen.

BOOKLOOK

zum Thema Gesundheit

Richard Cleave/Mary Daly/Katherine Rake
Gender and the Welfare State:
Care, Work and Welfare in
Europe and the USA
Polity Press, 2003, 29,20 Euro

Klaus Hurrelmann/Petra Kolip
Geschlecht, Gesundheit und
Krankheit
Bern 2002, 69,95 Euro

Tanja Nusser/Elisabeth Strowick
Krankheit und Geschlecht
Königshausen & Neumann 2002, 28,00
Euro

Anne E. Lützenkirchen
Geldmedizin macht krank! -
Gesundheitssystementwick-
lung aus der Sicht ostdeut-
scher Ärztinnen und Ärzte
Unter besonderer Berücksichtigung
geschlechtsspezifischer Versorgungs-
ansätze
Hampp, R /BRO 2001, 34,80 Euro

Kunze/Fischer/Gruber
Warum Frauen gesünder
leben & Männer früher ster-
ben
Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder,
erscheint 2004, 19,90 Euro

Rezensionen

1 **Bien, Walter/Marbach, Jan H. (Hg.):**
Partnerschaft und Familiengründung.
Ergebnisse der dritten Welle des Fami-
liensurveys,
Leske und Budrich, Opladen 2003,
384 Seiten

Die Zunahme neuer Lebens- und Familienformen bestimmt seit einigen Jahren die öffentliche Diskussion in Deutschland. Die AutorInnen bemühen sich in ihren Beiträgen um eine familiensoziologische Sicht zu der Frage, wie Menschen ihre familiäre und außerfamiliäre Umwelt erleben und welche Handlungsmuster sie unter gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen entwickeln. Auf der Grundlage einer soliden empirischen Datenbasis gelingt es, das generative Verhalten und die Entwicklung familialer und partnerschaftlicher Lebensformen in Ost- und Westdeutschland sichtbar zu machen und Licht in die bisweilen konträre Diskussion um die Auflösung der Kernfamilie und die Bedingungen des Wandels der Familie zu bringen.

Der erste Teil des Bandes beschäftigt sich mit dem Themenschwerpunkt Familienbildung und Familienerweiterung und ist dazu geeignet, gravierende Veränderungen der Partnerschafts- und Familienbildung im Ost-West-Vergleich aufzuzeigen.

Gert Hullen untersucht das generative Verhalten von Frauen zwischen 20 und 60 Jahren

und kommt zu dem signifikanten Ergebnis, dass trotz unterschiedlicher Entwicklungsverläufe in Ost- und Westdeutschland, die Phase der Familiengründung in beiden Gebieten später erfolgt, als dies früher der Fall war. Das Erstgebäralter steigt in Ost- und Westdeutschland aufgrund später Partnerschaftsbildung sukzessive von 24 auf über 29 Jahre an. Mit dem Thema der Fertilitätsentwicklung in Deutschland und der Fokussierung auf den Übergang vom ersten zum zweiten Kind leisten Michaela Kreyenfeld und Johannes Huinink zuvörderst einen Beitrag zur "externen Validierung" des Familiensurveys, indem sie Daten des Mikrozensus mit Daten des Familiensurveys vergleichen. Beide Datenquellen belegen weitgehend übereinstimmend eine zunehmende Ost-Westdifferenz beim Übergang vom ersten zum zweiten Kind in der Nachwendezeit. Kreyenfeld und Huinink diskutieren dies vor den unterschiedlichen familienpolitischen Rahmenbedingung der DDR und der BRD und sprechen sich dafür aus, von der sogenannten ostdeutschen Fertilitätskrise als einer "Krise des zweiten Kindes" auszugehen. Am Beispiel der Dominanz nichtehelicher Elternschaft in Ostdeutschland verfolgen Johannes Huinink und Dirk Konietzka die Frage, weshalb sich mehr als zehn Jahre nach der

booklook

27

Bücherschau

Wende die unterschiedlichen Lebensverhältnisse in Ost- und Westdeutschland weiter verstärken. Während in Westdeutschland nach wie vor der Übergang von der nichtehelichen Partnerschaft zur Ehe spätestens mit der Geburt des ersten Kindes abgeschlossen ist und als dominantes Muster (80%) angesehen werden kann, hat sich die Zahl der nichtehelichen Geburten in Ostdeutschland auf 50% (1999) erhöht. Corinna Onnenlsemann widmet sich vor dem Hintergrund des bedeutsamen Geburtenrückgangs in Deutschland sehr engagiert und differenziert dem Thema "kinderlose Partnerschaften". Sie diskutiert verursachende Bedingungen der wachsenden Kinderlosigkeit und stellt mit ihrer Analyse fest, dass, entgegen der vielfach auch wissenschaftlich verbreiteten Meinung, die bewusst gewählte Kinderlosigkeit eher selten anzutreffen ist. Die Unvereinbarkeit der veränderten Bildungs- und Erwerbsbiografien von Frauen mit dem traditionellen Familienbild, dem die meisten Befragten noch immer eine hohe Wichtigkeit beimessen, führen zu Ängsten vor Einschränkungen und Einbußen, die Paare letztendlich dazu bewegen, auf Kinder zu verzichten.

Der zweiten Teil des Buches zentriert sich um "die Entwicklung von Lebensformen in Ost und West". Jan Marbach geht - vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Umbruchs der Wendezeit - der Frage nach verschiedenen Wegen des Wandels familialer Lebensformen in Ost- und Westdeutschland nach. Die gegen Ende der 90er Jahre konstatierte Zunahme der Pluralisierung privater Lebensformen ist auf eine überproportionale Aufächerung der Lebensformen in den neuen Bundesländern zurückzuführen. Marbach hebt mit Verweis auf die asymmetrischen innerdeutschen Migrationsbewegungen sowie den Vergleich zwischen Lebensformen von Deutschen und Ausländern hervor, dass es sich hierbei nicht um einen einseitigen Anpassungsprozess der neuen an die alten Bundesländer handelt. In Ost- und Westdeutschland existieren weiterhin zwei unterschiedliche Muster familialen Zusammenlebens. In den alten Bundesländern dominiert das Partner- oder Kindorientierte west- und mitteleuropäische Differenzierungsmodell,

welches das Aufwachsen von Kindern in der Kernfamilie stärkt, während in den neuen Bundesländern, mit einem hohen Anteil an Ein-Eltern-Familien und nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern, das nord- und osteuropäische Modell mit der Ten-

denz zur Auflösung der Verknüpfung von Ehe und Fertilität vorherrscht. Josef Brüderl und Thomas Klein erforschen im Anschluss daran, ob und wie sich diese Pluralisierungstendenz auf der Makroebene in den individuellen Lebensläufen finden. Die Autoren, die ihre Analyse auf Westdeutschland beschränken, kommen zu dem Schluss, dass unter der Berücksichtigung milieuspezifischer Unterschiede (Stadt-Land, Bildung) ein langsamer Anstieg bei der "Neuordnung der Familien- und Partnerschafts-biografien" und die Zunahme der Vielfalt von Lebensformen auch in individuellen Lebensläufen zu verzeichnen ist. Christian Alt thematisiert vor dem Hintergrund der Pluralisierung der Lebensformen die Lebensbedingungen der Kinder in Familien. Diese bleiben als eigene Dimension in den amtlichen Statistiken bislang unberücksichtigt. Auch wenn die Mehrheit der Kinder aktuell noch in traditionellen Familienformen aufwachsen, zeichnet sich nach der Längsschnittanalyse des Familiensurveys (1988-2000) ein Trend ab, wonach Familiengründung und Ehe zukünftig nicht mehr länger als Selbstverständlichkeit angesehen werden können. Dabei zeigt sich - in Abhängigkeit vom hohen Anteil an Alleinerziehenden und nichtehelichen Lebensgemeinschaften in Ostdeutschland - eine deutliche Ost-West-Differenz. Norbert Schneider und Kerstin Ruckdeschel untersuchen "Partnerschaft mit zwei Haushalten" als die moderne Lebensform und kommen zu dem Ergebnis, dass für die Mehrzahl der meist jungen, ledigen und kinderlosen Paare (vorwiegend in Ausbildung) nicht diese Lebensform, sondern noch immer Ehe und Familie *die* begehrten Lebensformen darstellen. Die beiden letzten Beiträge dieses Themenschwerpunktes von David Fischer-Kerli und Thomas Klein sowie Hiltrud Bayer und Renate Bauereiss weisen dann nochmals auf die Qualität und Relevanz des Familiensurveys als Datenquelle für die Erforschung von Familien hin.

Im dritten Teil befassen sich zwei Beiträge mit dem zumindest für Westdeutschland noch immer ideologisch befrachteten Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Jann-Michael Dornseiff und Reinhold Sackmann stellen dabei fest, dass sich bei Frauen und Müttern im Spannungsfeld von Familien- und Erwerbsarbeit deutliche Unterschiede in den Einstellungsmustern ost- und westdeutscher Frauen zeigen und nicht von einer Annäherung ostdeutscher an westdeutsche Muster der Familienentwicklung ausgegangen werden kann. Die Autoren sprechen von einer "Metamorphose der Familienphase im Lebensverlauf ostdeutscher Frauen, die

booklook

28

Bücherschau

weitaus größere Parallelen zwischen der Zeit vor dem Systemwechsel und danach erkennen lässt als zwischen Ost und Westdeutschland" (S. 345)

Angelika Tölke und Martin Diewald thematisieren abschließend die Rolle der Männer im Familienbildungsprozess und arbeiten signifikante Merkmale für den Übergang zur Vaterschaft im Ost-West-Vergleich heraus. Vor allem Erwerbsunterbrechungen aber auch berufliche Aufstiege führen in Westdeutschland zu geringeren Wahrscheinlichkeiten bis Mitte 30 eine Familie gegründet zu haben.

Die Ergebnisse der einzelnen Beiträge, die zum Teil signifikante Differenzen zwischen Ost- und Westdeutschland offenbaren, lassen sich sinnvoll verknüpfen und geben ein in sich stimmiges Bild über die aktuellen Familienentwicklungsprozesse im Kontext sich wandelnder gesellschaftlicher Bedin-

gungen wieder. Die Beiträge stellen eine beachtenswerte Zusammenstellung theoretisch fundierter empirischer Forschungsergebnisse dar. Eine Schwäche des Bandes liegt darin, dass Feinheiten des familialen Wandels und der Pluralisierung von Lebensformen, wie z.B. bikulturelle Familien und Partnerschaften oder Familien mit gleichgeschlechtlichen LebenspartnerInnen, mit dem durchweg quantitativen Vorgehen nicht erfasst werden. So wird etwa die Situation von Ausländern, die explizit in die Untersuchungen aufgenommen wurden, nur im Beitrag von Jan Marbach analysiert. Auch Daten zu Kinderlosigkeit und nichtehelichen Geburten werden meist nur für Frauen erhoben, so dass Interaktionseffekte zwischen den Geschlechtern fehlen.

Stefanie Sauer

2

Anita Heiliger/Traudl Wischnewski (Hg.):

Verrat am Kindeswohl. Erfahrungen von Müttern mit dem Sorge- und Umgangsrecht in hochstreitigen Fällen,
Frauenoffensive, München 2003, 260 S.

Das Buch unterteilt sich in einen sehr ausführlichen Teil der Erfahrungsberichte von Müttern zu Fragen des Kinderschutzes in Trennungs-/Scheidungsfällen, die durch entsprechende Fachbeiträge erhärtet werden. Im Mittelpunkt steht die institutionelle und gerichtliche Verfahrenspraxis bei Sorgerechts- und Umgangsregelungen in Gewaltübergriffsfällen durch Männer wie Väter gegenüber ihren Frauen und Kindern. Neben dem informativen Gehalt zu den gesetzlichen Bestimmungen des Kindschaftsrechts werden die Auslegungsspielräume verdeutlicht, denen kritische Folgerungen und pragmatische Änderungshinweise gegenübergestellt sind.

Das Buch 'Verrat am Kindeswohl' greift das Thema in Form einer dramatisch zugespitzten Abhandlung über die Lücken einer vermeintlich wohlgemeinten Rechtsprechung durch das Kindschaftsrecht auf. Es weist auf ernst zu nehmende Mängel im Kontext von Kinderschutzfragen hin und stellt sie damit in die öffentliche Diskussion. Belegt mit eindrücklichen Beispielen kommen die Mütter zu Wort, die auf dem Hintergrund von Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen durch ihre Männer in der Maschinerie der Institutionen zermürend um den Schutz ihrer selbst

und ihrer Kinder kämpfen. Infrage gestellt wird insbesondere der Umgang mit dem Vater, "auf Biegen und Brechen" und einer darauf basierenden ideologischen Haltung institutioneller Vertreter- und RechtsprecherInnen, die eklatante Abweichungen im Einzelfall unverhältnismäßig übersehen bis ignorieren (vgl. S.165ff). Es entsteht ein nachhaltiger Eindruck massiver Not- und Krisenlagen, die innerhalb des Kindschaftsrechts und in bereits strittigen Sorgerechtsfällen 'eindeutig' zu berücksichtigen bleiben.

Die attributiv (dramatisch, katastrophal, aller schlimmst,...) untermauerten Aussagen und Ansichten zum Vaterschaftsrecht in Gewaltfällen erhärten die als fragliche Praxis dokumentierten Einzelfälle und wirken aufrüttelnd. Die AutorInnen folgen damit der von Heiliger formulierten Intention, eine Auseinandersetzung zur professionellen Praxis zu initiieren. Das Buch soll entsprechend „[...] zur Qualifizierung der Fachbasis zum angemessenen, opferschützenden Umgang mit Männergewalt gegen Frauen und Kinder in der Familie und zur Änderung des Kindschaftsrechts im Hinblick auf die Sicherung des Kindeswohls [...]“ (S. 18) einen Beitrag leisten.

Auf dem Hintergrund des 'Aufrütteln-Wollens' werden die teils tendenziösen Interpretationen zu den Rechts- und Praxisbedingungen nachvollziehbar, allerdings auch fraglich. Sie lassen weder konkrete Aussagen über den

booklook

29

Bücherschau

Umfang einer wie vorab beschriebenen Praxis, noch über eventuelle Fortschritte durch das Kindschaftsrecht im allgemeinen als Möglichkeit zu. Ausgewählte Formulierungen (...auch wenn Frauen von der neuen Rechtsprechung und regelmäßigerem Umgang profitieren,...wie Glauben gemacht werden soll...vgl. S.14) lassen die auch positiv zu bewertenden gesetzlichen Änderungen unbelegt, bzw.: Stellen sie in Abrede. Fragt sich nun, ob ein tendenziell einseitig kontu-

riertes Bild dem Ziel konstruktiver Kritik und Auseinandersetzung näher kommt, als eine differenzierte Spiegelung, die einen bestehenden (wenn auch dramatischen) Mangel ins Verhältnis zu einer breiteren Praxis und Erfahrung setzt. Dies zu beurteilen mag der persönlichen Lektüre der LeserInnen und ihren entsprechend reflexiven Betrachtungen vorbehalten bleiben.

Heike Kamel

3 Hilde von Balluseck (Hg.):

Minderjährige Flüchtlinge. Sozialisationsbedingungen, Akkulturationsstrategien und Unterstützungssysteme,
Leske und Budrich, Opladen 2003, 237 S.

Die Umsetzung der EU-Gleichbehandlungsrichtlinien hat in Deutschland nach wie vor nicht stattgefunden. Ob eine Realisierung derselben jedoch auch Verschiebungen hinsichtlich struktureller Diskriminierungen, wie sie im vorliegenden Buch beschrieben werden, mit sich bringen würde, bleibt fragwürdig. Am Beispiel der Flüchtlingssituation und Flüchtlingsarbeit bietet das vorliegende Buch eine ausgezeichnete Analyse der Vielschichtigkeit struktureller Diskriminierungen und ihrer Folgen. Flüchtlinge werden nicht allgemein unter die Gruppe MigrantInnen subsumiert, sondern eigenständig gesehen als Personen "die mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland leben" (12). Das Buch ist Resultat eines geförderten Forschungsprojektes. In dessen Rahmen wurden Interviews mit Flüchtlingsfamilien, SozialarbeiterInnen und LehrerInnen durchgeführt, vorwiegend aus den Gebieten Palästina, Bosnien und Kosovo. Flüchtlingssituationen werden dabei als Resultat weltweiter sozialer Bewegungen und Ungleichheitsproduktionen im Kontext der Globalisierung verstanden. Unterschiede existieren auch unter den Flüchtlingsgruppen betreffs ihrer unterschiedlichen Stadien und sozialen Verhältnisse. Gleichzeitig treffen sie auf eine gesellschaftliche Situation im Aufnahmeland, die selbst von sozialer Ungleichheit, aufgrund von "Klasse, Ethnizität und Geschlecht" (21) geprägt ist. Diese Ungleichheitsfaktoren stellt Hilde von Balluseck in ihren Wirkungen auf die familialen Verhältnisse dar. Im Beitrag von Erich Peter zur Rechtsstellung der Flüchtlingskinder in Deutschland wird deutlich, wie Diskri-

minierung juristisch sowohl durch die Asylgesetzgebung als auch durch das Kinder- und Jugendhilferecht festgeschrieben wird und die entsprechenden Handlungen von SozialarbeiterInnen und BeamtenInnen, wie zum Beispiel Ausweisung, Nichtgewährung von Hilfeleistungen, erst möglich macht. Denn "der Zugang der Flüchtlingskinder zur schulischen und beruflichen Bildung ist ebenso wie schon die Teilhabe am Sozialleistungssystem eng mit dem aufenthaltsrechtlichen Status verknüpft" (69). In mehreren Beiträgen im Buch werden zum einen die Auswirkungen des Aufenthaltsstatus auf die Akkulturationsstrategien der Flüchtlinge untersucht, zum anderen die Wechselwirkung mit den Erfahrungen von Traumatisierung, Krieg, Gewalt, Folter und Unsicherheit in den Herkunftsländern. Die Auswertung der Interviews zeigt, dass alle positiven Handlungsstrategien der Flüchtlinge und auch der SozialarbeiterInnen im Kontext von Unsicherheit und Bleibefragwürdigkeit erschwert werden. Gegen Ende des Buches geben Hilde von Balluseck und Jutta Ringel einen Einblick in die Realität eines Abschiebegefängnisses und machen damit plastisch, was Flüchtlinge erwartet, wenn sie den unwürdigen Prüfungen und Ausforschungen der Ämter nicht genügen konnten: eine weitere zugespitzte Notsituation mit der Perspektive in ein Land geschickt zu werden, wo erneut Bedrohung und Unsicherheit zu erwarten ist. Damit endet das Buch allerdings nicht, sondern mit dem starken Hinweis, dass soziale Arbeit sich als politische Arbeit begreifen muss und unter dem Gebot der Menschenrechtsprofession auch an der Veränderung der strukturellen Bedingungen ihrer eigenen Tätigkeit arbeiten muss. Das Buch eignet sich in seiner Klarheit und Strukturiertheit in hervorragender Weise als Material zur Arbeit in Seminaren und der politischen Bildungsarbeit.

Heike Weinbach

booklook

30

Bücherschau

4

Hans-Joachim Maaz:

Der Lilith-Komplex.

Die dunklen Seiten der Mütterlichkeit

München 2003, C.H. Beck Verlag

Hans-Joachim Maaz sagt in seinem Buch, er "will Frauen Mut machen, zu ihrer Mütterlichkeit zu stehen, gerade auch wegen der unvermeidbaren Grenzen an Mütterlichkeit, die im Lilith-Komplex ihren Ausdruck finden" (172).

Er beginnt mit einer historischen Auseinandersetzung, und erläutert, warum Frauen seit tausenden von Jahren in dem unbewussten Konflikt leben, Eva oder Lilith sein zu wollen oder zu müssen und nicht beides zugleich. "Lilith ist eine faszinierende, zeitlose, schillernde Gestalt, geeignet, wesentliche Teile des weiblichen Unbewussten zu symbolisieren, die vor allem Aspekte der Macht, der Sexualität und der Kinderfeindlichkeit transportieren und zu allen Zeiten in patriarchalen Gesellschaften tabuisiert werden.", schreibt Maaz "Mit der Verleugnung der Lilith wird auch der kinderfeindliche, der kinderablehnende Teil der Frau aus unserer Wahrnehmung verbannt. Kaum eine Mutter wagt es noch, ihre seelische Überforderung durch die Ansprüche der Kinder und ihre soziale Überlastung durch ihre Mutterfunktion einzugestehen und die Grenzen ihrer Mütterlichkeit offen zu bekennen" (15).

Aber wo liegen diese Grenzen? Maaz versucht als Psychologe natürlich zuerst bei den Defiziten in der frühen Kindheit zu forschen. Er findet "Muttermangel" und "Muttermvergiftung", aber auch "Vaterflucht" und "Vaterterror". Dabei bleibt er nicht stehen, er untersucht weiter den "Mangel an Mütterlichkeit in der Gesellschaft" (109ff), vergleicht die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen in der DDR und der BRD, betrachtet auch den Vereinigungsprozess aus der Sicht der 'mutterlosen' Gesellschaft. Und wenn frau dann schon langsam denkt, jetzt ist alles verloren, jetzt gibt es keine Rettung mehr, dann findet Maaz doch noch einen Weg. Nicht die Mütter sind Ursache allen Übels, sondern der Mangel an mütterli-

5

Elisabeth Malleier:

Jüdische Frauen in Wien 1816-1938.

Wohlfahrt - Mädchenbildung - Frauenarbeit, Mandelbaum, Wien 2003, 352 S.

1997 fand in Wien eine Vortragsreihe für Frauen über "Jüdische Frauen und Frauengruppen vor dem zweiten Weltkrieg, Fragmente einer österreichischen Geschichte"

chen Werten in der Gesellschaft gefährdet die soziale Gerechtigkeit und die demokratische Entwicklung.

"Die Verrohung in unserer Gesellschaft kann nicht mit mehr und härterer Erziehung begegnet werden, sondern nur mit besserer Beziehung"(172). Und in Beziehung gehen heißt fühlen, fühlen wie es den anderen geht, "endlich verstehen lernen und verstanden werden, annehmen dürfen und angenommen sein, endlich wirklich in Beziehung kommen und den Kontakt zu sich selbst nicht mehr scheuen müssen" (172). Im Denken wurden wir gut geschult, aber die eigenen Gefühle wahrnehmen und ausdrücken können scheint nicht so wichtig zu sein. "Wir Menschen haben keine Wahl, zu fühlen oder nicht zu fühlen. Gefühle sind die natürlichen und unvermeidbaren Ausdrucksformen lebendiger menschlicher Prozesse. Wir können unsere Gefühle nur zurückhalten, kontrollieren und unterdrücken oder sie freilassen. Zur Gesundheit und sozialen Reife gehört die Fähigkeit zu beidem: zur Kontrolle und zum Loslassen und auch die Entscheidungsfähigkeit für das eine oder das andere. Jeder Mensch kann sich jederzeit fragen, wie er sich gerade fühlt und was er fühlt. Es gibt immer eine Antwort darauf, wir sind nur nicht genug geschult darin. Gefühlsbeherrschung gilt tragischerweise als besonders tapfer und stark - und ist genau das Gegenteil: Es ist das Symptom der seelischen Schwäche, eines gestörten Selbstbewusstseins, weil der Mut und die Kraft zum Fühlen der Wahrheit verloren gegangen sind " (194).

Maaz' Buch ist ein Plädoyer für das Fühlen - es geht darum, unsere Gefühle, auch die unangenehmen, zuzulassen und als wichtigen Bestandteil unseres Selbst anzuerkennen. Nicht nur vermittelt durch die Künste, sondern auch ganz direkt die eigene erlebte Tragödie, den Schmerz über Muttermangel oder Muttermvergiftung zulassen und dadurch die Katharsis zu ermöglichen.

Heike Meves

statt (veranstaltet von Elisabeth Malleier, Historikerin und Eva Geber, Redakteurin der feministischen Zeitschrift AUF). Es ist kaum verwunderlich, dass, wie die Autorin in ihrem Vorwort schreibt, die Veranstaltung nur von wenigen besucht wurde, so

booklook

31

Bücherschau

ist es sehr erfreulich, dass die dort geführte Diskussion Malleier dazu bewegte, ihre nun vorliegende und lesenswerte Publikation zur Diskussion zu stellen.

Im Zeitraum von 1816 und 1938 waren Jüdinnen, so die Autorin (die allerdings stets die Bezeichnung "jüdische Frauen" verwendet) auch in Österreich gleichsam Pionierinnen der Mädchenbildung, der Sozialen Arbeit und der Wohlfahrt. So geht die Gründung von Wohltätigkeitsvereinen (z.B. "Leopoldstädter Frauen-Wohlfahrtsverein") und Lehrmädchenhorte (z.B. "Kaiserin Elisabeth-Lehrmädchenhort") ebenso auf sie zurück wie die erste Gründung eines Vereines, der Stipendien für Hochschülerinnen vergab ("Regine Ulmann-Fonds"). Jüdinnen waren in Österreich zahlreich in der ersten "Bildungsanstalt für Kindergärtnerinnen" engagiert, in akademischen Frauenvereinen, in Frauenverbänden der Alten Frauenbewegung und deckten gemäß der Autorin insgesamt das "ganze Spektrum von konservativ bis radikal ab": so finden sich etwa im Rahmen der ArbeiterInnenbewegung Sozialistinnen, Sozialdemokratinnen, Kommunistinnen oder Anarchistinnen. Doch blieb Elisabeth Malleier zufolge dieses Engagement in Österreich sowohl in der "historischen Frauenforschung" als auch in der "Geschichte des modernen Judentums" nahezu unberücksichtigt. Mit ihrer Publikation füllt die Autorin diese Forschungslücke, indem sie sich vor allem mit "Mädchenbildung, Frauenarbeit und Wohlfahrtsvereinen jüdischer Frauen im Kontext der österreichischen Frauenbewegungsgeschichte und eingebettet in die Geschichte der jüdischen Gemeinde in Wien" beschäftigt. Im Zuge ihrer Auseinandersetzungen thematisiert Elisabeth Malleier u.a. die Bedeutung von Geschlecht in Wohlfahrtsorganisationen sowie die ideologischen Differenzen zwischen der bürgerlichen Frauenbewegung und der ArbeiterInnenbewegung. Ferner geht sie auf den vorhandenen Antisemitismus ein, der sich zu dieser Zeit in den Schulen und in der Berufswelt zeigte. Hierbei scheint der Autorin allerdings eine ideologisch anmutende Reihung "passiert" zu sein, indem sie formuliert, dass

Jüdinnen verschiedenen Diskriminierungen "auf Grund ihrer Geschlechts- und Religionszugehörigkeit" ausgesetzt waren, die "sich mit antise-

mitischen Ausschließungsstrategien der Mehrheitsgesellschaft potenzieren konnten". Analog zur Forschungslücke über das vorhin erwähnte Engagement von Jüdinnen weist Malleier schließlich in Bezug auf den Antisemitismus in den frühen christlichen Frauenvereinen auf ein weiteres Forschungsdefizit hin.

Das Buch von Elisabeth Malleier bietet profunden Einblick in einen Teil der Geschichte Österreichs. Es recherchiert sehr sorgfältig die zentrale Rolle von Jüdinnen als Akteurinnen in der Institutionalisierung und der Entwicklung von Mädchenbildung, Sozialarbeit und Wohlfahrt und insgesamt in den Emanzipationsbestrebungen jener Zeit und stellt in nachvollziehbarer Form die vielfältige Verschränkung in den Lebensbedingungen von Jüdinnen vor 1938 dar. Die Kompliziertheit dieses Unternehmens wird den Lesenden bereits zu Beginn des Buches mit der Frage nach der Definition dessen, wer als Jüdin gilt, vor Augen gehalten. Die Autorin konfrontiert diesbezüglich die Lesenden mit der Bemerkung "in Bezug auf die Definition dessen, was eine jüdische Frau ist, habe ich mich in erster Linie, aber nicht ausschließlich an die offizielle Zuordnung durch die Geburtsmatriken der Israelitischen Kultusgemeinde in Wien gehalten" und merkt an, sich bei ihren Zuordnungen, wer Jüdin war oder nicht, an die Kriterien der zweibändigen Enzyklopädie von Paula Hyman und Deborah Dash Moore (*Jewish Woman in America*) orientiert zu haben. Trotz dieser Anlehnungen bleibt auch in dieser Publikation grundsätzlich die Problematik des historischen Urteils darüber, was oder wer andere seien. Aus der Perspektive der Geschichtswissenschaft mag es gängig sein, andere zu bestimmen; gegenwärtige Diskurse über Multikulturalismus oder der radikal-politischen Philosophie fordern dagegen die Möglichkeit der jeweiligen Selbstbezeichnung von Menschen - auch im historischen Rückblick. Vielleicht hat es hier gerade die historische Frauenforschung schwer, die in Bezug auch auf das Thema *Jüdische Frauen in Wien 1816-1938* auf Selbstaussagen und Selbstbezeichnungen der Frauen angewiesen oder vor die Entscheidung gestellt wäre, nur jene Frauen zu thematisieren, die sich selbst als Jüdinnen bezeichneten.

Gudrun Perko

booklook

32

Bücherschau

Michaela Moser/Ina Praetorius (Hg.): *Welt gestalten im ausgehenden Patriarchat*, Ulrike Helmer Verlag, Königstein/Taunus 2003, 312 S.

Unter dem Vorzeichen, dass das Patriarchat am Ende sei, müssen neue Fragen aus feministischer Perspektive dahingehend gestellt werden, was mit der Welt und was mit uns jetzt geschehe. Jedenfalls macht diese Ankündigung am Buchumschlag zunächst neugierig darauf, ob sich der bekannte frauenbewegte Gestus der Wir-Kollektivierung - gültig für die Welt - auch in diesem Buch niederschlägt, oder ob der Sammelband notwendigen Differenzierungen Rechnung trägt? Die Anzahl der AutorInnen (31) lässt Letzteres vermuten. Die Einleitung allerdings, die einmal mehr ein allgemeines Postulat des Endes - hier "das Postulat vom Ende des Patriarchats" (gleichgesetzt mit "allmächtiger Männerherrschaft") - als Ausgangspunkt des Denkens und Handelns "Vieler" kund tut, evoziert diesbezüglich Verunsicherung. Gleichwohl wird mit der "postpatriarchalen Denk- und Redeweise" der alten Ordnung die Allmacht- und Allgegenwart abgesprochen und damit eine "langjährige frauenbewegte Gewohnheit" aufgegeben. Wie dem auch sei: Inhalt des Buches ist es den Herausgeberinnen zufolge nicht, jenes Postulat zu diskutieren, sondern eine Diskussion zwischen Praktikerinnen und Theoretikerinnen hinsichtlich verschiedener Handlungsfelder und Denkbereiche in Gang zu setzen. Die vorliegende Publikation dokumentiert ein in Salzburg stattgefundenes Symposium zur *Feministischen Ethik* an einem Ort, der gemäß der Einleitung von den Teilnehmenden als "die Bastelstube" bezeichnet wurde. Das Ergebnis der "Bastelstube" (man kann sich's kaum verkneifen, diesen Begriff zweimal zu nennen) liegt nun vor - mit der Aufforderung an zukünftige Lesende, sich selbstverantwortlich einzumischen.

Die Anzahl von AutorInnen erlaubt es hier nicht, auf alle Beiträge einzugehen, die je einzeln oder in Gruppen verfasst wurden. Eingeteilt in verschiedenen Abschnitten wird von den AutorInnen weniger Skurriles und Skurriles vorgestellt. So erscheint die Diskussion unterschiedlicher Ethik-Modelle (Care-Ethik, postpatriarchale Ethik, Bioethik, Wirtschaftsethik ...) gemäß des Tagungsthemas naheliegend, wobei manchen der "Wert der Aufmerksamkeit", manchen die "Intuition", anderen wieder die "Liebe zur Welt" und die "Weltsicht der Bezogenheit" als ethi-

sche Prämisse für Handeln oder die Aufhebung der Trennung von "Wirtschaftsstrukturen und Lebenswelt" sowie die "Kultivierung der Zwischenräume" im Sinne der "Ästhetik des Dazwischen" wesentlich erscheint (Praetorius, Sevenhuijsen, Schnabl, Günter, Hangel, Pelkner, Ulrich-Eschemann, Knobloch, Mulder u.a.). Die "Weltsicht der Bezogenheit" wurde als eine Art Resolution des Salzburger Symposions für einen neuen Umgang mit Problemen medizinischer Technologie öffentlich gemacht. Die Debatte rund um die Neuaufteilung von *Erwerbs- und Familien- bzw. Hausarbeit* (Dörfler, Arn) oder das als Gegenstück der Arbeit vorgestellte Moment, die Ruhe (Pewny), werden ebenso zur Diskussion gestellt wie die unterschiedlichen *Gestaltungen von öffentlichen (Frauen)Räumen*: so etwa der Züricher Labyrinthplatz (Knecht-Kaiser) oder die Basler Toiletten und ihr Putzen in Verbindung mit dem Mythos der "sauberen Schweiz" (Zaugg). Im Zuge der Auseinandersetzung mit der *Thematik Gewalt* werden wir ferner mit Mobbingverläufen in Frauenzusammenhängen (Ebner) konfrontiert, mit dem staatlichen respektive polizeilichen Umgang mit häuslicher Gewalt (Wagener) und der Reflexion über den Opferstatus von Frauen, der zu dekonstruieren durch die Wahrnehmung von Frauen als "erleidende und handelnde Subjekte" vorgeschlagen wird (K. Moser). *Konkrete Erfahrungen* sind u. a. der Praxis der Sozialen Arbeit entnommen (Trenkwalder-Egger) und führen etwa zum Entwurf einer "Ökonomie der Gabe".

Die Vielschichtigkeit des Buches nimmt kein Ende, die zwar ein wenig an ein Sammelurium denken lässt, denn an eine gemeinsame Auseinandersetzung über ein Thema, die aber für fast alle Lesenden inhaltlich Interessantes bietet. Wer sich zusätzlich zu den genannten Schwerpunkten etwa für Emma Goldman, anarchistische Denkerin und Aktivistin interessiert, wird nicht enttäuscht (Weinbach); wer neugierig ist auf Vorschläge zum Umgang mit "christlich-religiösen Motiven der westlichen Frauenbewegung" kann eine bestimmte Perspektive lesen (Krondorfer); wer über den Reichtum der Frauen Bescheid wissen will, erfährt darüber in Abgrenzung zur "stigmatisierenden Rede von armen Frauen" (M. Moser). Dass Sammelpublikationen explizit auch Skurrilitäten enthalten können, zeigt in diesem Buch eine spezifische Auseinandersetzung: Hier

booklook

33

Bücherschau

ist die Rede vom Anbau ökologischer Zitruspflanzen im Mittelmeerraum (Hansen), vom Umgang mit (authentischen) Blumen und Pflanzen, die aktiv zu einem besseren Leben beitragen und die zur feministischen bzw. postpatriarchalen Ethik in Bezug gesetzt werden. Skurril auch, weil dieser Beitrag den vorliegenden Sammelband folgenderweise beendet: "Authentische Blumen und Pflanzen zeigen, wie feministische Ethik praktiziert werden kann."

Die thematische Einteilung der Sammelpublikation ist nicht ganz gelungen; nicht besonders geglückt gewählt ist ihr Titel und die in der Einleitung postulierte These vom "Ende des Patriarchats" steht leider nicht explizit zur Diskussion, die wohl Kontroversen auslösen würde. Doch zeugt das Buch von einer Vielfalt der Zugänge u. a. zur feministischen Ethik und von unterschiedlichsten Denkweisen. Einzelne Beiträge bieten mittels ihrer Differenzierungen wirklich Interessantes, das zu lesen sich lohnt.

Gudrun Perko

7 **Uschi Baaken/Lydia Plöger (Hg.):**
Gender Mainstreaming. Konzepte und Strategien Zur Implementierung an Hochschulen,
Kleine Verlag, Bielefeld 2002, 144 S.

Der Tagungsband gibt einen ersten Überblick über die Diskussion und die Umsetzung von Gender Mainstreaming im Hochschulbereich. Dabei wird der enge Bezug zwischen herkömmlicher Politik von Gleichstellungs- und Frauenbeauftragten und neuen (Gender-) Steuerungsinstrumenten deutlich. Die besondere Verantwortung der Hochschulen sehen die Herausgeberinnen darin, dass diese "durch geschlechtsbezogene Forschung und wissenschaftliche Veröffentlichungen grundlegende Kenntnisse" (13) zur Umsetzung der Gleichstellungsstrategie beitragen. *Susanne Baer* zeigt in ihrem Artikel, dass die Umsetzung von Gender Mainstreaming ein rechtlicher Auftrag ist und auf einer Reihe von juristischen Vorgaben beruht. *Peter Döge* erläutert, dass Gender-mainstreaming-Prozesse sowohl die ungleiche Verteilung in Männer- wie auch in traditionellen Frauenberufen verschieben müsse. Damit geht es beispielsweise nicht nur um eine Erhöhung des Frauenanteils in technischen Berufen, sondern auch um

eine Anhebung des Männeranteils im Erzieherinnenbereich. Dabei müssten gleichzeitig auch andere Ungleichheiten (Diversity) innerhalb der jeweiligen Geschlechtergruppen reflektiert werden: "männliche Professoren etwa leben rund neun Jahre länger als ungelernete Arbeiter" (47). *Birgit Schweikert* stellt die Politik und die Projekte der Bundesregierung zu Gender Mainstreaming seit 1999 dar. Die Beiträge von *Sigrid Michel*, *Angelika Blickhäuser* sowie *Uschi Baaken* und *Lydia Plöger* zur Implementierung von Gender Mainstreaming zeigen, dass die neuen Gleichstellungsinstrumente aus den alten hervorgegangen sind und mit ihnen kombiniert werden können. Zielvereinbarungen, Total E-Quality, Frauenförderpläne, Frauenbeauftragte, Gender Mainstreaming - Beauftragte, all dies kann neben- und vor allem miteinander existieren und die Effizienz von Gleichstellungspolitik erhöhen. Dies scheint dringend geboten, weil sich die bundesdeutschen Hochschulen trotz jahrelanger Gleichstellungspolitik als veränderungsresistent erwiesen haben und sich der Anteil der Frauen an Professuren, Promotionen und Leitungsfunktionen, verglichen mit anderen Ländern, nur zäh erhöht.

Heike Weinbach

8 **Jenny Huschke:**
Gender Mainstreaming. Eine neue frauenpolitische Initiative der EU oder nur ein weiteres Schlagwort. Ein aktueller Diskussionsbeitrag,
Der Andere Verlag,
Osnabrück 2002,
173 S.

Mainstreaming, die ersten Umsetzungserfahrungen in der Bundesrepublik schaffen ein Bedürfnis nach Übersichtlichkeit der Standpunkte und Meinungsfelder. Einem solchen Orientierungswunsch wird das vorliegende Buch gerecht. Jenny Huschke gibt einen einführenden Überblick über die zentralen Bereiche von Gender Mainstreaming: die Wissenschaftsebene, die Politikebene, die Gleichstellungsinstrumente sowie die unterschiedlichen Gender Mainstreaming-Denkweisen. Ihre Leitfrage lautet dabei:

booklook

34

Bücherschau

Die seit einigen Jahren bereits andauernde Diskussion um Gender

"Ist Gender Mainstreaming angesichts der gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die wesentlich durch neoliberale Wirtschaftspraktiken, die Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft und durch Globalisierung gekennzeichnet sind, eine zeitgemäße Antwort auf die Geschlechterproblematik?" (13) Die Autorin stellt verschiedene Positionen zur Beschreibung des Begriffs Geschlechterverhältnisse und Gender dar. Nachdem sie die Begriffe Gleichstellung, Chancengleichheit, Geschlechterpolitik und Geschlechterdemokratie trennscharf gemacht hat, erläutert sie die Strategie des Gender Mainstreaming. Sie diskutiert, ob Gender Mainstreaming als Erweiterung bisheriger Gleichstellungspolitik zu betrachten

ist oder eher als eine Spielart neoliberaler Ökonomie und neuer Managementstrategien. Huschke kommt zu dem Ergebnis, dass Gender Mainstreaming Innovationspotentiale enthält, dass aber auch die Gefahr der Zementierung und Beibehaltung struktureller Ungleichheiten unter dem Stichwort Gender Mainstreaming denkbar sind. Ihr Fazit und Plädoyer für eine emanzipative Gleichstellungspolitik rekurriert auch auf die Einbeziehung alter, aber keineswegs veralteter, feministischer Gewissheiten: "Dies bedarf einer konsequenten, engagierten und durchsetzungsfähigen Frauenpolitik" (156).

Heike Weinbach

9

Ingo von Münch:

Promotion,

J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 2. Aufl.,
Tübingen 2003, 212 S.

Ingo von Münch ist Professor für Öffentliches Recht, er war darüber hinaus Zweiter Bürgermeister und Senator in Hamburg. Das 2002 erstmals verlegte und nun in zweiter Auflage erschiene Buch "Promotion" behandelt das Thema auf vielfältige und durchaus amüsante Art. So beschäftigt sich von Münch u. a. mit den Motiven für das Verfassen einer Dissertation, der geschichtlichen Entwicklung des Promotionsverfahrens in Deutschland, dem heute üblichen Verfahren vom Schreiben, Verteidigen und Veröffentlichen einer Doktorarbeit und den späteren Auswirkungen einer Promotion im Berufsleben. Zwar ist die Sprache der Arbeit nicht geschlechtsneutral, von Münch beschreibt aber in einem eigenen Kapitel das Thema "Doktorandinnen" und versucht darin zu erhellen, ob es für Frauen leichter oder schwerer ist zu promovieren als für Männer. So erfahren wir, dass erst im Jahr 1901 Mathilde Wagner als erste deutsche Frau in einem normalen Verfahren promoviert wurde, der Anteil von Frauen mittlerweile aber bei 31 % liegt - bei rund 24.000 Promotionen jährlich sind das immerhin 7.440 promovierte Frauen.

Wie der gesamte Text ist auch dieses Kapitel reich an Anekdoten. Es endet mit dem Bericht über die Verurteilung eines Hochschullehrers wegen sexueller Nötigung einer Doktorandin und bereits vorher werden wir damit konfrontiert, dass es eine promovierte Zahnärztin war, die jahrelang die Unterseiten der Nacktfotos auf Seite drei der BILD-Zeitung schrieb. Viele Anekdoten jedoch sind gehaltvoller und

illustrieren den immer noch vorherrschenden Standesdünkel an deutschen Universitäten, die Seilschaften der ProfessorInnen oder den unerlaubten Handel mit Dokortiteln. Auch die akribisch zusammengetragenen Informationen wie bspw. über die vielen geheim gehaltenen Dissertationen in der ehemaligen DDR machen die Lektüre spannend.

Die vielen Tipps und fachlichen Hinweise zum Promotionsverfahren sind für SozialwissenschaftlerInnen leider nicht immer verwertbar, da sich ihre Promotionen doch sehr von bspw. der von JuristInnen und MedizinerInnen unterscheiden. Nichtsdestotrotz lohnt sich die Lektüre, vor allem für Menschen, die bereits erfolgreich promoviert sind und sich nun entspannt zurücklehnen können, wenn sie Zitate lesen wie das von Hermann Heimpel: "Die Dissertation sollte fertig sein, bevor man stirbt."

Susanne Gerull

booklook

35

Bücherschau

PUBLIKATIONSHINWEIS

Gudrun Perko / Katharina Pewny / Regina Trotz
Schnittstelle: Lehren und Coachen
Coachingmethoden zur profunden Unterstützung von DiplomandInnen und
DissertantInnen: Prozessbegleitendes Coaching und Wissenschaftscoaching,
Hg. Projektzentrum Frauenförderung der Universität Wien, Wien 2003

Im Rahmen einer Maßnahme des Projektzentrums Frauenförderung der Universität Wien wurde in Österreich erstmalig eine Broschüre publiziert, die profunde Erkenntnisse und Erfahrungen aus zwei verschiedenen Coaching-Angeboten für Studierende im Hinblick auf ihre konkrete Anwendbarkeit an Universitäten und (Fach)Hochschulen vermittelt: Wissenschaftscoaching und Prozessbegleitendes Coaching. Schnittstelle: Lehren und Coachen bietet Lehrenden, die Diplomarbeiten und Dissertationen betreuen bzw. zukünftig betreuen werden, Einblick in, u.a.:

- ▶ Möglichkeiten der effizienteren Gestaltung des Arbeitsverhältnisses zwischen Betreuenden und Studierenden (prozessbegleitendes Coaching)
- ▶ wissenschaftliche Coachingmethoden zur Erhöhung der Konzeptions- und Schreibqualität bei Studierenden (Wissenschaftscoaching)

DAS COACHING-PROJEKT
DES PROJEKTZENTRUMS FRAUENFÖRDERUNG DER UNIVERSITÄT WIEN IM RAHMEN DER ESF
(EUROPÄISCHER SOZIALFONDS) UND BM: BWK (ÖSTERREICHISCHEN BUNDESMINISTERIUMS
FÜR WISSENSCHAFT UND KUNST) FÖRDERUNGSMÄßNAHMEN
AUFTRAGGEBERIN
VIZEREKTORIN FÜR PERSONALANGELEGENHEITEN UND FRAUENFÖRDERUNG
AO. UNIV.-PROF. DR. GABRIELE MOSER
ADMINISTRATION
PROJEKTZENTRUM FRAUENFÖRDERUNG DER UNIVERSITÄT WIEN
MAG.^A SYLWIA BUKOWSKA
PROJEKTLEITUNG: MAG. DR. GUDRUN PERKO
TRAINERINNEN: MAG.^A REGINA TROTZ / MAG. DR. KATHARINA PEWNY /
MAG. DR. GUDRUN PERKO

Die Broschüre ist erhältlich bei:
Barbara Baumgartinger am Projektzentrum Frauenförderung der Universität Wien
1090 Wien, Maria-Theresien-Strasse 3/17
Tel. +43 (1) 4277-18463 (Montags 9.00 - 12.00)
E-Mail: coaching.frauenfoerderung@univie.ac.at
URL: www.univie.ac.at/frauenfoerderung

booklook

36

Bücherschau