

# **Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin**

## **Dieser Bericht wurde erarbeitet aus Beiträgen der/des**

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin  
Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin  
Bezirksamt Lichtenberg von Berlin  
Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin  
Bezirksamt Mitte von Berlin  
Bezirksamt Neukölln von Berlin  
Bezirksamt Reinickendorf von Berlin  
Bezirksamt Spandau von Berlin  
Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin  
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin  
Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin

Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen  
Senatsverwaltung für Wissenschaft, Forschung und Kultur  
Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz  
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Ausländerbeauftragten des Senats von Berlin  
Drogenbeauftragten des Senats von Berlin

Ärztammer Berlin  
Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Deutsches Herzzentrum Berlin  
Vivantes Humboldt-Klinikum  
Krankenhaus Waldfriede  
Universitätsklinikum Charité Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin  
Technische Universität, Institut für Gesundheitswissenschaften (IfG)

Berliner Hebammen Verband e.V.  
Berliner Krebsgesellschaft e.V.  
Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin (FFGZ)  
Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt – Beratung und Koordination e.V.  
Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Berlin-Brandenburg e.V.  
Landesverband der Berliner AIDS- Selbsthilfegruppen e.V. (LaBAS)  
Netzwerk behinderter Frauen e.V.  
Netzwerk Frauengesundheit Berlin  
Pro Familia

## **Impressum**

**Herausgeberin**           Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz  
Referat II B – Psychiatrische Versorgung, Gesundheitliche Zielplanung,  
Prävention und Öffentlicher Gesundheitsdienst  
Oranienstr. 106  
10969 Berlin

**Redaktion**               Martina Baude  
Beatrix Winkler

Bezug über die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und  
Verbraucherschutz  
Telefon: (030) 9028 2848  
Telefax: (030) 9028 2056

**Schutzgebühr**       **5 € (zuzügl. Portokosten)**

Berlin im Juni 2003

## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

„der weiteste Weg beginnt mit dem ersten Schritt“ lautet eine alte chinesische Weisheit, deren Botschaft ich für das Thema Frauengesundheit aufgreife. Auch wenn der Gedanke der geschlechtersensiblen Herangehensweise im Gesundheitswesen keineswegs neu ist – immerhin war Frauengesundheit 1986 das Thema der WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa – hat sich diese Handlungsempfehlung in der Praxis noch nicht durchgesetzt. Die Gründe dafür sind vielschichtig – vielfach ist es Unwissen, das manchmal in der Frage mündet, ob Frauengesundheit nicht nur ein feministisch unterlegtes Modethema sei.



Die Notwendigkeit, Gesundheits- und Krankheitsbetrachtungen geschlechterdifferenziert vorzunehmen, ergibt sich aus einer ganzen Reihe von Gründen. Frauen und Männer unterscheiden sich in ihren Lebensentwürfen, ihrem Gesundheitsbewusstsein, ihren Krankheitsverläufen – um nur einige Beispiele zu nennen. Gesundheit und Krankheit sind keine isoliert zu betrachtenden Größen, sondern sie stehen in klarem Zusammenhang mit der sozialen Lage, den Lebensumständen, der persönlichen Zufriedenheit. Umso notwendiger ist es, den „geschlechtersensiblen Blick“ zu schärfen, die Gesundheitszusammenhänge von Frauen und Männern im Einzelnen zu betrachten.

Dass wir jetzt einen Frauengesundheitsbericht vorlegen, hat seinen Grund: Denn nach wie vor wird in vielen Gesundheitsbereichen die Forschung und Behandlung vorwiegend am männlichen Körper ausgerichtet. Mit zum Teil erheblichen Folgen: Zum Beispiel passt die Dosierung bestimmter Medikamente für Frauen nicht oder Krankheitssymptome werden nicht richtig erkannt, da sie sich bei Frauen zum Teil anders äußern als bei Männern. Ferner darf nicht ausgeblendet werden, dass Gewalterfahrungen häufig der Schlüssel für Belastungen und Störungen der Gesundheit sind. Wer sich mit Frauengesundheit beschäftigt, wird schnell ein Gefühl dafür entwickeln, wie groß der Nachholbedarf ist, z.B. in der Frage der Früherkennung eines Herzinfarktes oder der geringeren Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen.

Wer wirklich zielgerichtete Hilfen bieten will, muss sich mit der Frage der geschlechtersensiblen und vor allem der Frage von frauenspezifischen Handlungsweisen im Gesundheitswesen beschäftigen. Der jetzt vorgelegte Frauengesundheitsbericht Berlin versteht sich als ein Schritt in diese Richtung, dem weitere folgen müssen. Es wird der Versuch unternommen, die verschiedenen Lebensphasen von Frauen und spezifische gesundheitliche Probleme zu skizzieren, Angebote und Beratungshilfen in Berlin aufzuzeigen und Anregungen für weitergehende Hilfen zu geben. Dieser Bericht kann keinem wissenschaftlichen Anspruch genügen: Es wäre wünschenswert gewesen, externe Expertinnen und Experten entsprechend zu beauftragen, um ein Bild über die Gesundheit der Berliner Frauen valide zu entwickeln. Durch die extreme Haushaltssituation des Landes Berlin war dies jedoch von vornherein ausgeschlossen. So ist der Bericht in Eigenregie der Verwaltung entstanden, unterstützt von vielen Institutionen, Projekten und Vereinen, die Beiträge/Informationen dazu geliefert haben. Danken möchte ich besonders dem Arbeitskreis des Frauengesundheitsnetzwerkes Berlin, der mit Rat und Hilfe ehrenamtlich den beiden Mitarbeiterinnen, die den Berichtsauftrag in aller erster Linie zu meistern hatten, zur Seite gestanden hat.

Schon jetzt ist aber deutlich, dass es weiterer Recherche bedarf, um zu gesundheitlichen Fragestellungen bzw. Problemen, die im Bericht zu kurz gekommen sind oder gar nicht thematisiert wurden, ein aktuelles Bild zu erhalten.

Dieser Bericht ist daher als Diskussionsgrundlage und nicht als eine Zusammenfassung fertiger Antworten und Problembeschreibungen zu verstehen. Er wird auf jeden Fall Anstoß für weiteres Handeln im Sinne der geschlechtersensiblen Herangehensweise sein. Ich bin sicher, dass er genügend Impulse für die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Frauengesundheit gibt und lade hiermit ausdrücklich alle zur Diskussion ein.

Dr. Heidi Knake-Werner  
Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Der Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin ist vom Senat von Berlin am 13. Mai 2003 beschlossen (Senatsbeschluss Nr. 1110/03) und vom Abgeordnetenhaus von Berlin als Drucksache 15/1688 am 19. Juni 2003 zur Kenntnis genommen worden.

# Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	6
Einleitung	8
<b>1. Daten zur Lebenssituation von Frauen in Berlin</b>	<b>9</b>
Allgemeines	9
Partnerschaft / Familie	11
Exkurs: Allein Erziehende	16
Exkurs: Migrantinnen	20
Soziale Lage	22
<b>2. Reproduktive Lebensphase</b>	<b>32</b>
Sexualaufklärung und Gesundheitserziehung	32
Schwangerschaft und Geburt	34
Schwangerschaft im Konflikt	39
<b>3. Situation von Frauen nach der reproduktiven Phase, Alter</b>	<b>44</b>
Wechseljahre	44
Älter werden	45
Pflege	47
<b>4. Ausgewählte Erkrankungen und gesundheitliche Besonderheiten</b>	<b>53</b>
Krebs	53
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	58
Osteoporose	60
HIV/AIDS	61
Psychiatrische Versorgung	67
Borderline-Störung	69
<b>5. Sucht</b>	<b>71</b>
Tabakkonsum	71
Alkoholkonsum	74
Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit	75
Ess-Störungen	77
Illegale Drogen	78
<b>6. Gewalt gegen Frauen</b>	<b>81</b>
Häusliche und sexuelle Gewalt	81
Genitalverstümmelung	85
<b>7. Frauen in besonderen Lebenslagen – ausgewählte Gruppen</b>	<b>87</b>
Frauen mit Behinderungen	87
Wohnungslose Frauen	94
Migrantinnen	95
<b>8. Aktivitäten zur Frauengesundheit (-sförderung) in Berlin</b>	<b>101</b>
<b>9. Frauengesundheitsforschung</b>	<b>107</b>
<b>10. Abschließende Betrachtungen</b>	<b>112</b>
<b>Tabellenanhang</b>	<b>115</b>
<b>Anhang</b>	<b>137</b>

## **Vorbemerkung**

Ein erster Schritt in Richtung frauenspezifischer Gesundheitsberichterstattung war der Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin (Drs.12/5847) aus dem Jahre 1995. Er stellte einen Überblick der gesundheitlichen und sozialen Situation der Frauen in Berlin dar.

Das Abgeordnetenhaus von Berlin hat im Jahr 2001 den Senat aufgefordert, darüber zu berichten, wie die Schlussfolgerungen aus der Mitteilung zur Kenntnisnahme über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin aus dem Jahr 1995 in die Frauengesundheitsförderung und die Gesundheitsberichterstattung der letzten Jahre eingeflossen sind und konzeptionell umgesetzt wurden. Außerdem hat das Abgeordnetenhaus darum gebeten, „...darzulegen, welche weiteren Anstrengungen unternommen werden müssen, um die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin stetig zu verbessern und vorhandene Defizite in diesem Bereich kontinuierlich abzubauen.“

Um diesen Auftrag erfüllen zu können, wurde im Sommer und Herbst 2001 eine Umfrage über die aufgrund des 95er Berichts entstandenen Initiativen und Aktivitäten bei Senatsverwaltungen, Bezirksämtern, aber auch Organisationen im Berliner Gesundheitswesen und freien Trägern durchgeführt.

Dabei wurde insbesondere gefragt

- nach Schlussfolgerungen aus dem Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin aus dem Jahr 1995,
- nach initiierten Maßnahmen, um die seinerzeit festgestellten Defizite zu beseitigen bzw. zu verringern,
- nach der Öffnung bestehender Beratungsangebote für Frauen, die ethnischen Minderheiten angehören,
- nach der Einschätzung der heutigen Situation bezogen auf die gesundheitliche Lage von Mädchen und Frauen insgesamt, nach Defiziten, Angeboten und Schwerpunkten,
- nach geplanten Initiativen und/oder Untersuchungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen und Mädchen und zum Abbau bestehender Defizite,
- nach von der jeweiligen Einrichtung erhobenen Daten zum Thema Gesundheit von Frauen und Mädchen und
- nach Informationsmaterialien zum Thema „Gesundheit von Mädchen und Frauen“.

Der Rücklauf war sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht sehr unterschiedlich; es bedurfte zum Teil „intensiven Werbens“, um eine Mitwirkung für den Frauengesundheitsbericht zu erreichen. Häufig genannte Hinderungsgründe waren einerseits personelle Engpässe, die eine Mitwirkung/Mitarbeit am Frauengesundheitsbericht selbst erschwerten, andererseits in den letzten Jahren zum Teil drastisch zurückgefahrenen finanzielle Mittel. Diese Mittelknappheit wurde dafür verantwortlich gemacht, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema Frauengesundheit nicht bzw. nicht im gewünschten Umfang erfolgen konnte, sogar zur Einstellung konkreter Maßnahmen und Angebote führte.

Die letztlich erfolgten Rückmeldungen ergeben in ihrer Summe dennoch ein facettenreiches Bild frauengesundheitsbezogener Aspekte in Berlin. Die eingegangenen Informationen, Berichte und Anmerkungen haben Inhalte und Struktur des Berichts bestimmt.

Die Entwurfsfassung ist allen verwaltungsintern Beteiligten im Sommer 2002 mit der Bitte um Prüfung und Ergänzung übersandt worden. Auch hier waren die Rückläufe höchst unterschiedlich. Auf der Grundlage des nun überarbeiteten Entwurfes wurden die externen Beteiligten um Ergänzung gebeten. Aus dem Netzwerk Frauengesundheit Berlin als Gremium Berliner Gesundheitsfachfrauen, das schon frühzeitig seine Bereitschaft zur Mitarbeit erklärt hatte, hat sich ein Arbeitskreis gebildet, der in der Schlussphase den Entwurf beraten hat. Der Arbeitskreis hat Aufbau, Struktur und Inhalte des Entwurfs kritisch diskutiert. Jedoch konnten längst nicht alle Änderungs- und Ergänzungsvorschläge des Arbeitskreises berücksichtigt werden. Dies hat vor allem mit den engen personellen Kapazitäten für die Erarbeitung des Frauengesundheitsberichts zu tun. Damit geht aber auch der schwierige Prozess innerhalb der Verwaltung einher, für die Notwendigkeit eines frauenspezifischen Gesundheitsblickwinkels zu werben und damit verbunden eine aktive Mitwirkung und Kooperationsbereitschaft am Bericht zu erreichen.

Aufgrund der bekannten Haushaltssituation des Landes Berlin konnte eine wissenschaftliche Untermauerung durch externe Studien, Expertisen bzw. kontinuierliche Einbindung von Expertinnen und Experten nicht erfolgen.

Vor diesem Hintergrund kann der Bericht keinen Anspruch auf eine vollständige Abbildung der Frauengesundheit in Berlin erheben. Eine Grundschwierigkeit bestand auch darin, zu unterscheiden, welche Daten tatsächlich nicht bzw. nicht geschlechtsspezifisch erhoben werden und welche im Land Berlin erhobenen Daten wo abrufbar sind. Es werden daher nicht alle Aspekte angesprochen, die für eine Gesamtschau auf die Gesundheit Berliner Frauen notwendig und interessant wären. Dementsprechend sind weitere Recherchen/Untersuchungen, insbesondere unter Einbeziehung von externem Sachverstand notwendig.

## **Einleitung**

In den vergangenen 25-30 Jahren sind in Berlin vielfältige Initiativen zur Förderung von Frauengesundheit entstanden, die in ihren jeweiligen Wirkungsfeldern Einfluss auf die Ziele und Strukturen der Berliner Gesundheitsversorgung genommen haben. Das Land Berlin hat auf diese Aktivitäten z. B. mit dem seit 1983 bestehenden Berliner Programm zur Förderung von Selbsthilfegruppen und -projekten reagiert, um förderungswürdigen Initiativen zu einer gesicherten Arbeitsgrundlage verhelfen zu können, die im sog. Liga-Vertrag fortgeführt werden (s.a. Kap. 8c) ).

In all den Jahren wurde aber auch deutlich, dass sich die Einsicht in eine notwendige frauenspezifische bzw. geschlechtersensible Gesundheitsförderung, Versorgung sowie Forschung bei Vielen im Gesundheitswesen noch nicht durchgesetzt hat. Der vorliegende Bericht zeigt nun frauengesundheitsbezogene Entwicklungen in der Stadt auf, versucht Probleme und Defizite herauszuarbeiten und Wege zu deren Linderung/Beseitigung zu suchen.

Der Bericht beschreibt in Kapitel 1 (Daten zur Lebenssituation von Frauen in Berlin) die demographische Ausgangssituation und thematisiert Faktoren wie Partnerschaft und Familie, Zusammenleben mit Kindern, Bildung und Erwerbstätigkeit. Darüber hinaus werden Probleme der allein Erziehenden und die verschiedenen Ausgangssituationen deutscher und ausländischer Frauen dargestellt.

Die Kapitel 2 und 3 beschreiben die Lebensphasen der Frauen, angefangen bei der Gesundheitserziehung und Sexualaufklärung über Schwangerschaft und Geburt bis hin zu den Wechseljahren, dem Älter und Altwerden. Darin eingeschlossen sind auch Fragen des Schwangerschaftskonflikts einerseits, der ungewollten Kinderlosigkeit andererseits sowie Überlegungen zur Pflege.

Die Kapitel 4 bis 6 befassen sich mit gesundheitlichen Belastungen, Störungen und Krankheiten. Einzelne ausgewählte Erkrankungen wie z.B. Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Osteoporose werden unter dem Blickwinkel Frauengesundheit betrachtet. Ein besonderes Augenmerk wird auf verschiedene Facetten von Sucht gelegt. Ein herausgehobener Schwerpunkt des Berichts ist die intensive Auseinandersetzung mit der Problematik häuslicher Gewalt gegen Frauen.

Kapitel 7 zeigt die zusätzlichen Schwierigkeiten von sozial benachteiligten Frauen auf: Es wird die Situation behinderter Frauen thematisiert, Aussagen über wohnungslose Frauen getroffen sowie die Lage ausländischer Frauen in Berlin beschrieben.

Kapitel 8 enthält eine Auswahl frauenspezifischer Aktivitäten, die in Berlin in den vergangenen Jahren dazu beigetragen haben, Frauengesundheit positiv zu beeinflussen – sei es durch Initiativen, die sensibilisieren bzw. das Problembewusstsein schärfen oder durch die Unterstützung von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, die sich verstärkt an Frauen wenden u.ä. . Hier erfolgen sowohl Darstellungen über bezirkliche Aktivitäten als auch Maßnahmen, die auf Landesebene getroffen wurden.

Kapitel 9 befasst sich mit Aktivitäten der Frauengesundheitsforschung in Berlin.

In den abschließenden Betrachtungen des Kapitels 10 wird der Versuch unternommen, Schlussfolgerungen aus den vorausgegangenen Kapiteln zu ziehen im Sinne einer Bündelung von Verbesserungsvorschlägen bzw. eines Ausblicks auf mögliche weitere Initiativen.

Der Bericht nimmt an diversen Stellen Bezug auf den Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, der im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Senioren und Frauen 2001 veröffentlicht wurde und auf die Gesundheitsberichterstattung Berlin. Darüber hinaus bezieht der Bericht weitere Fachveröffentlichungen, insbesondere der Bundes- und Landesebene, ein.



## **1. Daten zur Lebenssituation von Frauen in Berlin**

Die Gesundheit jeder Frau und jedes Mannes ist abhängig von sozialen, ökonomischen, beruflichen und materiellen Bedingungen. Die Lebenssituation und die Lebensbedingungen von Frauen und Männern unterscheiden sich dennoch deutlich. So stellt der Armutsbericht Berlin dazu fest:

„Zwar konstatieren wir einen gesellschaftlichen Wandel, der für Frauen verbunden ist mit einem gestiegenen Bildungs- und Ausbildungsniveau, mit einer erhöhten Erwerbsbeteiligung, einem veränderten Heirats- und Geburtsverhalten und steigenden Scheidungszahlen. Gleichwohl geht die immer noch weitgehend alleinige Zuständigkeit von Frauen für die unbezahlte Haus- und Erziehungsarbeit weiterhin mit Benachteiligungen im Erwerbsleben und damit mit Einschränkungen der Existenzsicherung bis hin zu Armutsfragen einher.“<sup>2</sup>

Wie Frauen diese Mehrfachbelastung aus Familien- und Erwerbsaufgaben, den ständigen Zeitdruck bewältigen, bleibt weitestgehend ausgeblendet. Die daraus resultierenden gesundheitlichen Belastungen sind bislang viel zu wenig erforscht und auch nicht im öffentlichen Bewusstsein verankert.

Zur Beschreibung der Lebenssituation von Frauen in Berlin wird nachfolgend eine Reihe von Rahmendaten dargestellt. Dazu gehören Daten über Partnerschaft, Familie und Kinder wie auch Schulbildung, Ausbildung Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit einschließlich ausgewählter Informationen zur Einkommenssituation. Ein besonderes Augenmerk fällt auf die große Gruppe allein erziehender Frauen. In einem weiteren Exkurs wurden Rahmendaten über Migrantinnen zusammengetragen.

### **Allgemeines**

Zum 31. Dezember 2000 werden für Berlin in der Statistik 3.382.169 Einwohner ausgewiesen. Davon sind über die Hälfte Frauen. Sie stellen mit 1.738.635 Personen einen prozentualen Anteil von 51,4 % an der Gesamtbevölkerung.

Die altersspezifische Betrachtung ergibt ein differenzierteres Bild: Fast in jeder Altersgruppe bis 60 Jahre stellen Männer die Mehrzahl. Dieses Verhältnis kehrt sich nach dem 60. Lebensjahr um.

---

<sup>2</sup> Bericht „Armut und soziale Ungleichheit in Berlin“ 2002, S. 109, herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Tabelle 1.1:

**Demographische Basistabelle Berlin 2000 nach Altersgruppen**

Region / Alter von ... bis unter ... Jahren	Bevölkerung am 31.12.					
	insgesamt	darunter weiblich	darunter	darunter	darunter ausländisch	
			weiblich in %	männlich in %	insgesamt	darunter weiblich
0-1	29.486	14.432	48,9	51,1	2.938	1.361
1-5	112.841	55.013	48,8	51,2	21.269	10.349
5-10	133.587	64.841	48,5	51,5	27.235	13.085
10-15	178.556	86.982	48,7	51,3	25.509	12.348
15-20	181.823	88.973	48,9	51,1	24.662	11.668
20-25	209.770	105.792	50,4	49,6	37.547	18.554
25-30	232.513	114.662	49,3	50,7	54.252	25.629
30-35	301.870	145.615	48,2	51,8	55.666	24.973
35-40	329.822	157.672	47,8	52,2	46.997	19.383
40-45	262.623	126.474	48,2	51,8	34.106	14.081
45-50	235.674	117.597	49,9	50,1	27.003	12.619
50-55	211.362	106.000	50,2	49,8	25.706	12.631
55-60	236.252	117.836	49,9	50,1	18.614	8.340
60-65	231.894	119.210	51,4	48,6	15.052	6.405
65-70	154.730	82.940	53,6	46,4	8.368	3.656
70-75	119.484	70.552	59,0	41,0	4.361	2.261
75-80	89.683	63.085	70,3	29,7	2.430	1.426
80-85	55.634	41.392	74,4	25,6	1.114	664
85 und mehr	74.565	59.567	79,9	20,1	1.439	906
insgesamt	3.382.169	1.738.635	51,4	48,6	434.268	200.339
65 J. u. mehr	494.096	317.536	64,3	35,7		

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Von 494.096 Berlinerinnen und Berlinern, die am 31.12.2000 ihren Hauptwohnsitz in Berlin hatten und 65 Jahre und älter waren, waren rund zwei Drittel Frauen (317.536 Personen = 64,3%). Hinsichtlich der Lebenserwartung gehen die aktuellen Berechnungen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz von einer Lebenserwartung von 74,1 Jahren für den männlichen Berliner aus; die Lebenserwartung der Berlinerinnen liegt mit 80,1 Jahren deutlich höher. Dazu gibt es noch eine Berliner Besonderheit festzustellen – ein Ost / West-Gefälle, das entgegen dem bundesweiten Trend verläuft: Berliner und Berlinerinnen im Ostteil der Stadt haben eine im Durchschnitt höhere Lebenserwartung als im Westteil der Stadt (Berlin-West: Frauen 79,81 Jahre, Berlin – Ost 80,75 Jahre; s.a. Tabelle 1.1 im Tabellenanhang).

Die Gesundheitsberichterstattung Berlin führt dazu aus:

„Die Lebenserwartung der Bevölkerung ist stark an deren soziale Lage gekoppelt. Demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass in Bezirken mit einer ungünstigen Sozialstruktur (hoher Anteil an Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängern, Ausländern und Personen mit niedrigem Bildungsniveau) wie z.B. Kreuzberg, Tiergarten, Wedding, Neukölln, Friedrichshain eine durchweg niedrigere Lebenserwartung und eine damit verbundene höhere Sterblichkeit haben als Personen aus Bezirken mit positiven Sozialindizes (z.B. Zehlendorf, Wilmersdorf, Treptow, Köpenick).“<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Gesundheitsberichterstattung Berlin – Statistische Kurzinformation 2002-1 Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke, Seite 1

Bis zum Jahr 2000 ist die Einwohnerzahl Berlins konstant gesunken (im Zeitraum 1990 – 2000 sank die Einwohnerzahl um rund 50.000 Personen). Die zahlenmäßige Entwicklung der ausländischen Bevölkerung Berlins verlief in den Jahren 1996 – 2000 nicht konstant, sondern bewegte sich zwischen rund 431.000 – 435.000 Personen (allerdings nur statistisch, da hier die Einbürgerungszahlen zusätzlich beachtet werden müssen).

Beide Trends setzen sich aktuell nicht fort. Für Ende November 2001 ermittelte das Statistische Landesamt für Berlin eine amtlich fortgeschriebene Bevölkerungszahl von 3.390.342 Personen und somit rund 8.000 Personen mehr als zum 31. Dezember 2000 verzeichnet wurden.

Für die ausländische Bevölkerung ermittelte das Statistische Landesamt Berlin ebenfalls einen Zuwachs im Vergleich zum Jahresende 2000: Zum Stichtag (30.11.2001) lebten 440.569 Ausländerinnen und Ausländer in der Stadt – dies bedeutet einen Anstieg um rund 6.000 Personen; damit liegt der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung Berlins bei 13%.

## **Partnerschaft / Familie**

### **Eheschließungen und Ehescheidungen in Berlin**

Die Zahl der Eheschließungen ist deutlich zurückgegangen; durch die Gebietsreform in Berlin wird die Differenzierung in Berlin-West und Berlin-Ost ab 2001 nicht mehr vorgenommen.

Tabelle 1.2:

#### **Eheschließungen in Berlin**

	2000		2001	
	absolut	je 1000 Einwohner <sup>1)</sup>	absolut	Je 1000 Einwohner <sup>1)</sup>
<b>Berlin</b>	<b>14.119</b>	<b>4,2</b>	<b>12.903</b>	<b>3,8</b>
Berlin-West	9.152	4,3	-	-
Berlin-Ost	4.967	3,9	-	-

1) berechnet je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung

(Datenquelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Auf 1.000 Einwohner in Berlin –West entfielen im Jahr 2000 4,2 Eheschließungen; 1989 betrug diese Ziffer noch 6,1. Noch deutlicher fällt der Vergleich in Berlin-Ost aus: Dem Wert von 3,9 im Jahr 2000 steht eine Ziffer von 9,1 für 1989 gegenüber.

Ebenfalls rückläufig ist die Zahl der Ehescheidungen.

Tabelle 1.3:

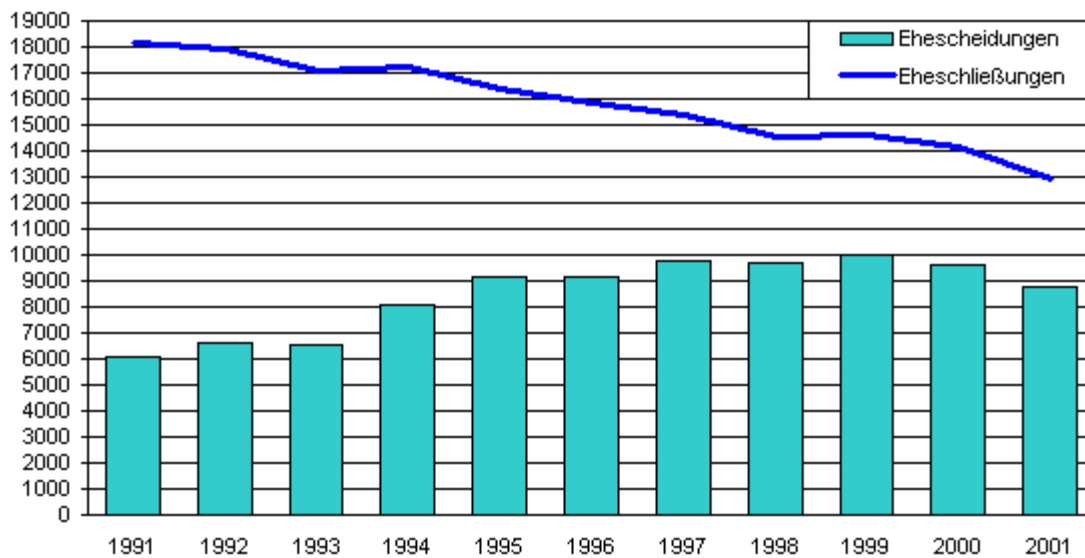
#### **Entwicklung der Ehescheidungen in Berlin in den Jahren 1999 bis 2001**

Jahr	Ehescheidungen
1999	10.001
2000	9.633
2001	8.731

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Nachdem seit der deutschen Einigung die Scheidungshäufigkeit nahezu stetig stieg und 1999 mit 10.001 einen vorläufigen Höchststand erreichte, war sie in den letzten beiden Jahren rückläufig. Die nachfolgende Übersicht verdeutlicht die Entwicklung in den letzten 10 Jahren.

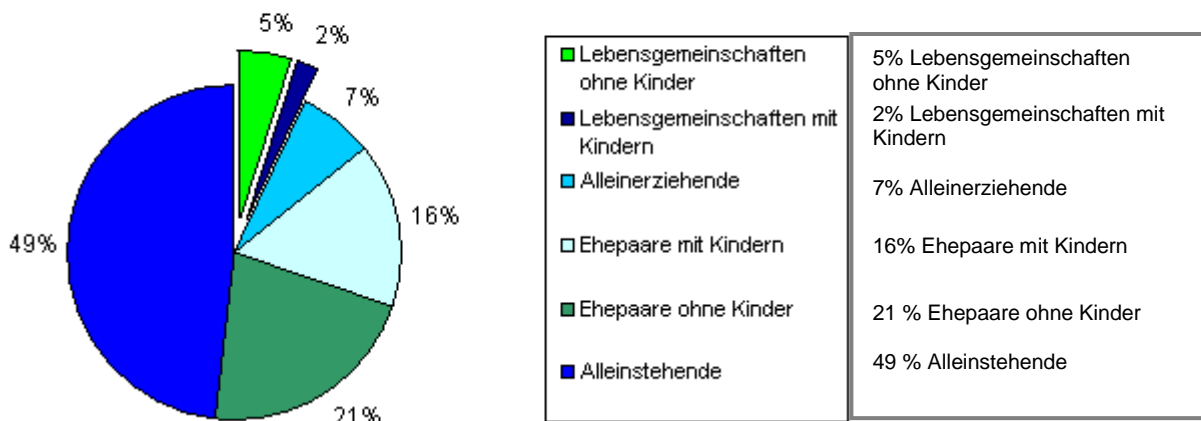
Abbildung 1.1:  
**Ehescheidungen und Eheschließungen in Berlin 1991 bis 2001**



(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Abbildung 1.2:  
**Privathaushalte in Berlin**

**Privathaushalte in Berlin im Mai 2000**  
 Ergebnisse des Mikrozensus



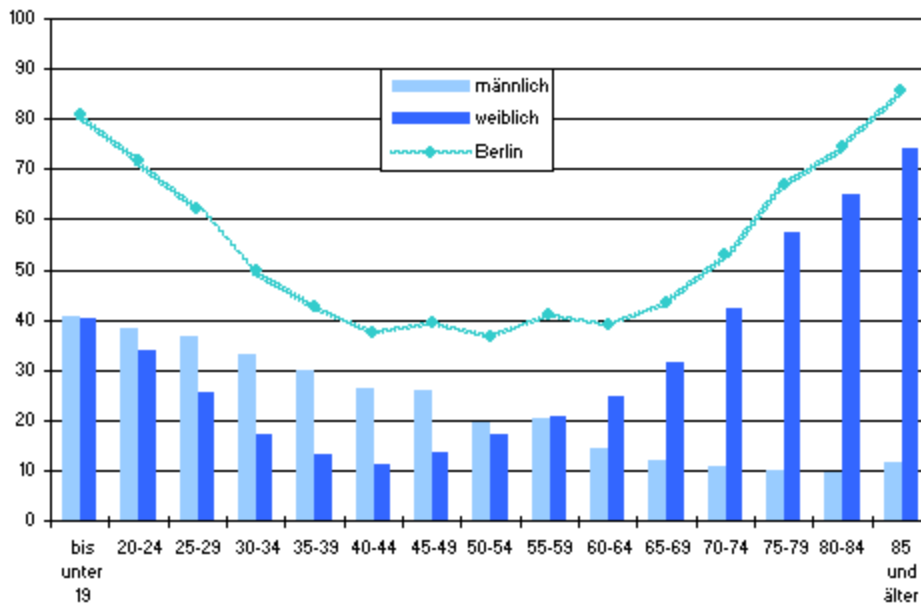
(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Gegenüber dem Jahr 2000 stieg die Zahl der Privathaushalte in Berlin im April 2001 um rund 37.900 (das ist annähernd ein Prozent mehr als im Vorjahr) auf rund 1.860.500 Privathaushalte an. Wie im Vorjahr stellten die Einpersonenhaushalte mit 49% den größten Teil der Haushalte.

Bei der Betrachtung der Einpersonenhaushalte sind deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar: Bis zum 54. Lebensjahr ist die Zahl der alleinlebenden Männer höher; danach dominieren in allen folgenden Altersgruppen die Frauen. Hierin spiegelt sich auch die höhere Lebenserwartung von Frauen wider.

Abbildung 1.3:

**Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten in Berlin im April 2001 nach Alter und Geschlecht der Bezugspersonen**



(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Beide Geschlechter partizipieren an den verschiedenen Möglichkeiten der Lebensformen in unterschiedlichem Maß; auffällig wird das bei der Betrachtung des Status „verwitwet“. Deutlich mehr Frauen als Männer sind verwitwet, eine Ursache dafür ist die höhere Lebenserwartung von Frauen.

Tabelle 1.4:

**Familienstand der Berliner Bevölkerung**

	1993	1997	2001		1993	1997	2001
<b>Männer</b>	1.000	1.665	1.659	<b>Frauen</b>	1.000	1.810	1.740
ledig	% 46,6	48,3	50,6	ledig	% 37,8	39,5	41,9
verheiratet	% 43,7	41,7	38,7	verheiratet	% 40,0	38,9	36,8
verwitwet	% 2,3	2,3	2,3	verwitwet	% 12,7	11,8	10,9
geschieden	% 7,3	7,8	8,4	geschieden	% 9,5	9,9	10,4

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

**Kinder in Berlin**

Die Entscheidung für ein Kind ist nicht mehr selbstverständlich. Die sinkende Anzahl der Geburten korrespondiert mit einer deutlichen Senkung der Anzahl der Familien mit Kindern im Zeitraum 1991 – 2001.

Tabelle 1.5:

**Vergleich der Familien mit Kindern 1991 – 2001**

Jahr	Familien mit Kindern unter 18 Jahren
1991	412.300
2001	351.900

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Tabelle 1.6:

## Entwicklung der Entbindungen in Berlin 1990 –2000

Jahr	Berlin-West	Berlin-Ost	Berlin gesamt
1990	21.971	15.132	37.103
1992	21.798	7.739	29.537
1994	21.241	7.571	28.812
1996	22.584	8.230	30.814
1998	22.825	8.637	31.462
2000	22.559	9.359	31.918

(Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (SenGesSozV), Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2002)

Tabelle 1.7:

### Lebend Geborene in Berlin

	1999				2000			
	Lebend Geborene				Lebend Geborene			
	absolut			je 1.000 Einwohner <sup>1)</sup>	absolut			je 1.000 Einwohner <sup>1)</sup>
insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt		männlich	weiblich		
<b>Berlin</b>	<b>29.695</b>	<b>15.202</b>	<b>14.493</b>	<b>8,8</b>	<b>29.856</b>	<b>15.212</b>	<b>14.646</b>	<b>8,8</b>
Berlin-West	19.630	10.067	9.563	9,3	20.132	10.265	9.867	9,5
Berlin-Ost	10.065	5.135	4.930	7,9	9.724	4.947	4.777	7,6

1) berechnet je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

## Alter bei der Geburt/Unterschiede Berlin-West/Berlin-Ost

Im September 2002 veröffentlichte die Ärztekammer Berlin die regionale Perinatalstatistik (Statistik aller wichtigen medizinischen Indikatoren rund um Schwangerschaft und Geburt), die u.a. ein zunehmend höheres Alter der Schwangeren ausweist.

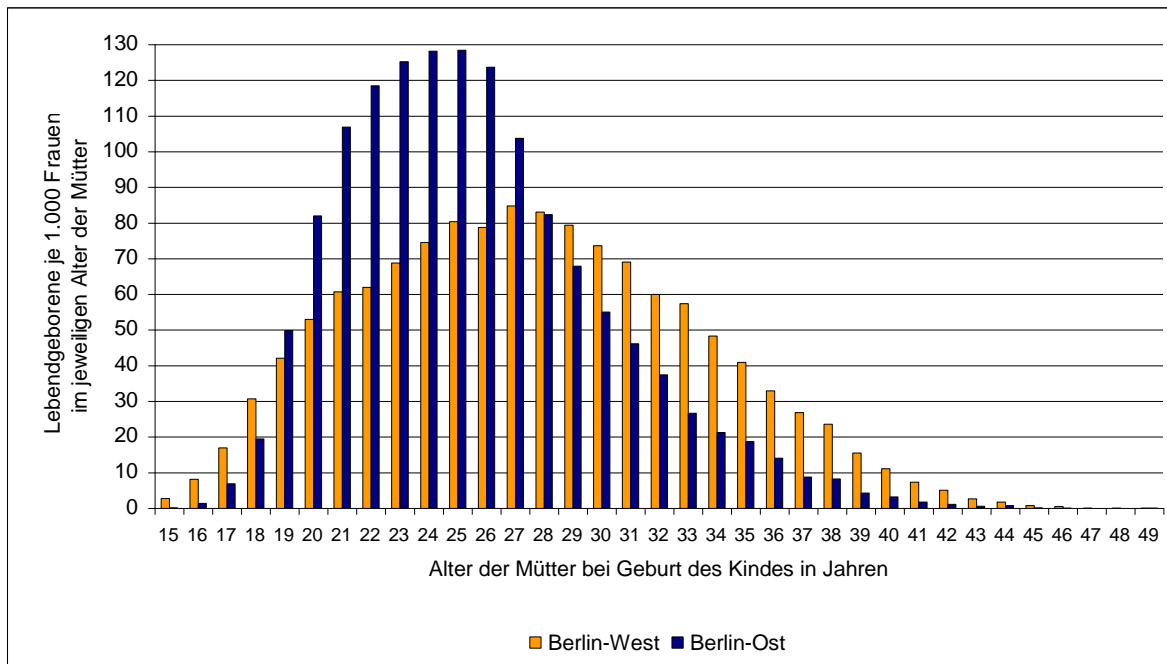
„Die über 35jährigen stellten 1997 noch 11% der Schwangeren, 2001 waren es schon 13,6%. In Westberlin stieg der Anteil von 11,8% auf 15,2%, in Ostberlin von 8,3% nach 9,9%, d.h., hier ist das „Westniveau“ von 1997 noch nicht erreicht.

Die Zahl der Erstgebärenden nimmt stetig zu: Zwischen 1993 und 2001 von 50,7% auf 52,3%, wobei die Verteilung zwischen Ost und West unterschiedlich ist. In den westlichen Stadtteilen liegt der Anteil bei 50,4%, in den östlichen bei 57,1%. Die Ursache dafür liegt in der veränderten Familienstruktur. Je mehr Einzelkind-Familien oder –beziehungen, desto mehr Erstgebärende.“<sup>4</sup>

Die vormals erheblichen Unterschiede bei den altersspezifischen Geburtenziffern in Berlin-West und Berlin-Ost haben sich innerhalb von 10 Jahren angenähert. Die nachfolgenden Grafiken veranschaulichen die stattgefundene Angleichung.

<sup>4</sup> Quelle: Ärztekammer Berlin, Pressemitteilung vom 06.09.2002

Abbildung 1.4:  
**Alterspezifische Geburtenziffern in Berlin-West und Berlin-Ost 1990**

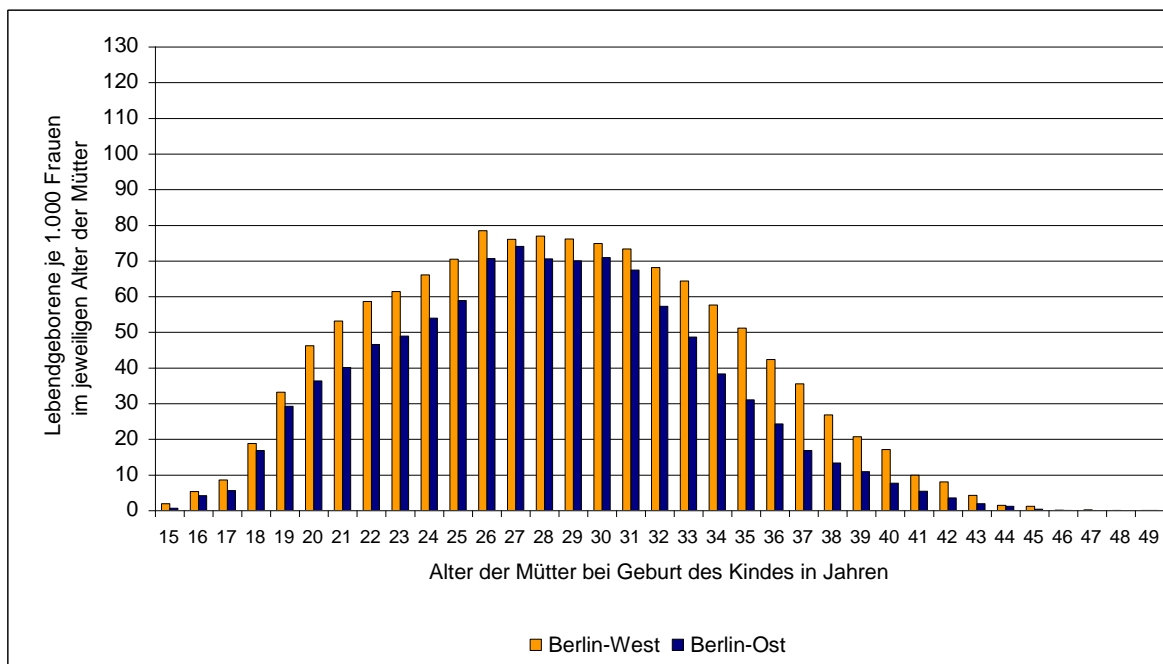


(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin / Darstellung: SenGesSozV – II A - )

Die 1990 noch wesentlich höheren Geburtenziffern in Berlin-Ost - die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (alle 1990 Lebendgeborenen bezogen auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren) betrug in Berlin-Ost 54,4, in Berlin-West 47,8 – sanken bis 2000 unter die Rate von Berlin-West.

Die Mehrzahl der Ostberlinerinnen entschied sich in jüngerem Alter für ein Kind als dies im Westteil der Stadt der Fall war, die Geburtenraten der 19- bis 27-Jährigen mit höchsten Werten bei 22- bis 26-jährigen Frauen lagen weit über denen der gleichaltrigen Westberlinerinnen, die am häufigsten im Alter von 27- 28 Jahren Mutter wurden und insgesamt bei den älteren Jahrgängen deutlich höhere Geburtenraten aufwiesen als in Berlin-Ost.

Abbildung 1.5:  
**Alterspezifische Geburtenziffern in Berlin-West und Berlin-Ost 2000**



(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin / Darstellung: SenGesSozV - II A - )

Von der in Berlin-Ost durch die Wende verursachten Zäsur hat sich die Geburtenentwicklung bis 2000 nicht ganz erholt. In allen Jahrgängen wiesen Westberlinerinnen höhere Geburtenziffern auf als Frauen aus Berlin-Ost. Zu beobachten ist auch, dass die höchsten Geburtenziffern für 26- bis 31-jährige Ostberlinerinnen errechnet wurden und damit im Hinblick auf den Zeitpunkt der häufigsten Mutterchaften kein Unterschied mehr zwischen Berlin-Ost und -West besteht.

### **Exkurs: Allein Erziehende**

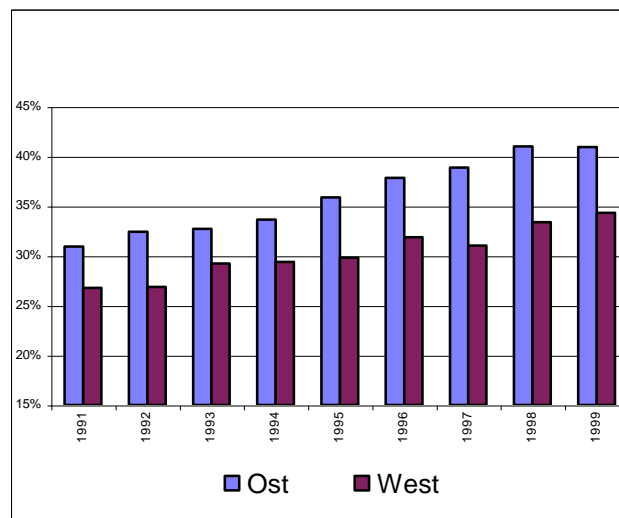
Die Gruppe der allein Erziehenden ist keine Randerscheinung, sondern stellt mit 41,7% im Jahr 2001 einen erheblichen Teil der Familien in Berlin mit Kindern unter 18 Jahren. Frauen stellen den weit überwiegenden Teil der allein Erziehenden. Ihre finanzielle Situation ist gegenüber anderen Familien im Durchschnitt deutlich schwieriger.

Im April 2001 lebten 826.500 Familien in Berlin. Sozialpolitisch bedeutsam sind besonders die Familien, in denen Kinder unter 18 Jahren leben. Die Daten des Mikrozensus 2001 (Mikrozensus: jährliche Befragung der amtlichen Statistik bei einem Prozent aller Berliner Haushalte) weisen dazu aus, dass in Berlin 351.900 Familien mit Kindern unter 18 Jahren lebten, davon waren 146.700 allein Erziehende (=41,7%). Frauen dominieren auch hier deutlich: Sie stellen 84% der allein Erziehenden mit Kindern unter 18 Jahren. Die Gleichung „allein erziehend = Frau“ stimmt zwar nicht zu 100 % - aber zumeist. Ein krasser Unterschied besteht beim zur Verfügung stehenden mittleren monatlichen Familiennettoeinkommen: Betrag dieses bei Ehepaaren mit Kindern rund 2.450 €, hatten allein erziehende Frauen mit im Schnitt 1.325 € deutlich weniger Mittel in Berlin zur Verfügung.

Diese Angaben benennen Eckpunkte der „Lebenssituation allein erziehend“ Vor diesem Hintergrund ist die Gruppe der allein erziehenden Frauen in unserer Gesellschaft als eine in ihren Arbeits- und Lebensbedingungen stark belastete und von daher gesundheitlich gefährdete Gruppe anzusehen.

Abbildung 1.6:

**Anteil der Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern in Berlin-Ost und Berlin-West 1991 bis 1999**



(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin, Berliner Statistik, Statistische Monatsschrift Nr.1-6 2000, Zehn Jahre Berliner Einheit, Berlin 2000, Seite15)

Die Zahl der allein Erziehenden ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen.

Im Zeitraum nach der Vereinigung ist der Anteil der allein Erziehenden mit minderjährigen Kindern an den Familien mit minderjährigen Kindern von 28,7% im Jahr 1991 auf 37% im Jahr 1999 angewachsen.



In der östlichen Stadthälfte hat der Anteil der allein Erziehenden mit minderjährigen Kindern von 30,9% 1991 auf **40,9%** bis zum Jahr 1999 zugenommen, in der westlichen Stadthälfte von 26,8% auf **34,3%**.

Der Berliner Familienbericht 2002 führt zur Erläuterung des Begriffs „allein erziehend“ Folgendes aus:

„Der Begriff „allein erziehend“ ist allerdings erläuterungsbedürftig. Er stellt allein auf rechtliche Verhältnisse ab und sagt nichts über die tatsächliche Lebenssituation. Im Mikrozensus werden alle unverheirateten, getrennt lebenden oder geschiedenen Erwachsenen mit Kindern als allein erziehend erfasst. Auch gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften mit Kindern treten statistisch meist als allein Erziehende in Erscheinung. Schätzungen gehen aber davon aus, dass ein Drittel der allein erziehenden Frauen mit einem festen Partner (meist dem leiblichen Vater des Kindes) zusammenlebt und ein weiteres Drittel einen Partner hat, der zwar nur zeitweise mit im selben Haushalt lebt, aber verlässliche Bindungen zum Kind hat. Für viele bedeutet diese Lebensform ein Durchgangsstadium. In den seltensten Fällen handelt es sich um eine gezielte Lebensplanung auf Dauer.“<sup>5</sup>

Tabelle 1.8:

**Nichtehelich Lebendgeborene in % aller Lebendgeborenen**

Jahr	Berlin gesamt	Berlin- Ost	Berlin- West
1990	29,5	41,1	21,3
1991	29,8	47,2	22,9
1992	29,2	47,5	22,7
1993	30,0	46,8	24,1
1994	30,4	46,9	24,4
1995	31,1	45,9	25,3
1996	32,3	47,4	26,1
1997	33,7	48,8	27,1
1998	35,9	51,9	28,7
1999	39,3	55,0	31,8

(Quelle: Statistisches Landesamt, Statistische Monatsschrift Nr. 1-6 2000, Zehn Jahre Berliner Einheit, Berlin 2000, Seite 7)

1990 wurden 29,5% aller lebendgeborenen Kinder in Berlin von nicht verheirateten Müttern geboren. Unterscheiden sich die Zahlen der Höhe nach in der östlichen Stadthälfte zwar von denen in der westlichen, so ist in beiden Teilen ein Ansteigen im Jahr 1999 (für Berlin insgesamt auf 39,3%) zu konstatieren.

Die wachsende Zahl der allein erziehenden Frauen (und ihrer Kinder) macht es dringend erforderlich, die Lebenssituation und damit auch die gesundheitliche Lage deutlicher in den Blick zu nehmen.

Die individuelle Lebenssituation der allein erziehenden Frauen unterscheidet sich nach Schul- und Ausbildung, dem Alter der allein erziehenden Frau, nach Anzahl und Alter der Kinder, den vorhandenen Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder, nach der Erwerbssituation und den damit einhergehenden finanziellen Möglichkeiten (Erwerbseinkommen), der Wohnsituation und einer möglichen Unterstützung von außen, dem sozialen Netz, in dem sie sich bewegen. Allein erziehende Frauen sind keine homogene Gruppe. Allerdings haben sie, verglichen mit Frauen, die in einer Partnerschaft mit Kindern leben, eine erhöhte Belastungssituation. Allein erziehende Frauen müssen die Aufgaben und Tätigkeiten, die in einem familiären Kontext von beiden Elternteilen wahrgenommen werden, allein bewältigen. Sie tragen die Verantwortung für alle Dinge des täglichen Lebens mit Kindern allein, ohne die Unterstützung und ggf. Entlastung durch einen Partner. Selbständigkeit und Selbstbewusstsein

<sup>5</sup> Bericht über die Länge der Familien in Berlin, Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport, April 2002

können an dieser verantwortungsvollen Aufgabe wachsen, oft aber um den Preis einer umfassenden und dauerhaften Überforderung. Hinzu kommen erhöhte Armutsrisiken.

Allein erziehende Frauen gelten in der Armuts- und Gesundheitsforschung als eine Bevölkerungsgruppe, die besonders mit Armuts- und Gesundheitsrisiken konfrontiert sind. So weist der unter dem Titel „Lebenslagen in Deutschland“ erschienene Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2001 darauf hin, dass das mit Abstand höchste Sozialhilferisiko in der Bundesrepublik Deutschland Haushalte allein erziehender Frauen hatten und dass mehr als die Hälfte aller Kinder unter 18 Jahren mit Sozialhilfebezug im Haushalt von allein Erziehenden aufwuchs. Der Berliner Armutsbericht bestätigt ebenfalls das hohe Armutsrisiko bezogen auf Haushalte mit Kindern unter 18 Jahren. Das Armutsrisiko nimmt für diesen Personenkreis mit steigender Kinderzahl deutlich zu. Nachfolgend ein Blick in die Berliner Sozialhilfestatistik, die diese Ausführungen belegt.

Tabelle 1.9:  
**Bedarfsgemeinschaften in Berlin**

Jahr	Bedarfsgemeinschaften <sup>2)</sup> insgesamt	Darunter					
		Ehepaare und nichteheliche Lebensgemeinschaften		Alleinerziehende		Einzelne	
		mit Kindern unter 18 Jahren	ohne Kinder	Frauen	Männer	Frauen	Männer
				mit Kindern			
1995 <sup>1)</sup>	111 332	13 775	6 805	22 745	1 065	28 978	31 462
1996	128 351	16 200	7 829	25 740	1 112	32 085	38 443
1997	149 286	19 286	9 604	28 722	1 269	36 477	45 832
1998	156 545	20 146	10 201	29 413	1 224	37 460	49 166
1999	151 523	18 954	9 856	28 582	1 231	35 983	47 460
2000	148 561	18 169	9 661	28 128	1 144	34 912	47 246

1) nach statistischer Qualitätskontrolle berichtigte Daten  
2) Eine Bedarfsgemeinschaft bilden alle Personen, die in eine gemeinsame Bedarfsberechnung mit einbezogen werden, d.h. deren Einzeleinkommen und –vermögen für die Befriedigung anderer Mitglieder zum Einsatz kommt. Hierzu zählen die nicht getrennt lebenden Ehegatten und die im Haushalt lebenden minderjährigen unverheirateten Kinder, sofern diese bedürftig sind, aber auch Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben und ihre im Haushalt lebenden unverheirateten Kinder, sofern sie bedürftig sind.

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin 2001)

Die 2002 vom Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Universität Magdeburg veröffentlichte Studie „Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys“ kommt zu dem Schluss, dass alleinerziehende Frauen seltener ihren Gesundheitszustand als sehr gut bezeichnen, vielmehr häufiger über psychische Beschwerden wie Entmutigung und Traurigkeit klagen. Die Studie zeigt ferner, dass alleinerziehende Mütter zwar nicht durchgängig häufiger medizinische Leistungen, allerdings die einzelner Fachgebiete, wie z.B. die Psychotherapie, stärker in Anspruch nehmen.

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, der hier am Beispiel der allein erziehenden Frauen verdeutlicht wird, ist ein Fakt, den es wahrzunehmen gilt. So besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der sozialen Lage der Bevölkerung und deren Lebenserwartung. Wie im Abschnitt über demographische Strukturdaten dargestellt, lässt sich für Berlin nachweisen, dass Personen aus Bezirken mit einer schlechten Sozialstruktur eine kürzere Lebenserwartung haben als Personen aus Bezirken mit einer vergleichsweise guten sozialen Ausgangsbasis.

Das Engagement von Projekten und Vereinen, die Beratung und Betreuung für diese besondere Zielgruppe leisten, ist ein wesentlicher Beitrag für eine zielgruppenspezifische Versorgung. In Berlin gibt es eine ganze Reihe an Zusammenschlüssen und Initiativen für Alleinerziehende, die der Selbsthilfegewegweiser aus dem Jahr 2000 dokumentiert. Das schmälert nicht die Forderung nach grundlegenden Konzepten, die die besondere Situation allein Erziehender berücksichtigen. Eine Vernetzung von Multiplikatorinnen der Beratungseinrichtungen, Mitarbeiterinnen der Krankenkassen und Verwaltungen sowie Medizinerinnen wäre ein wichtiger Schritt. Gute Ansätze dazu gibt es bereits jetzt – das Netzwerk Frauengesundheit Berlin bindet Fachfrauen verschiedener Handlungsebenen ein. Dies gilt es zu verstärken und zu intensivieren, um so den Informations-, Erfahrungs- und Wissensaustausch über die Situation allein erziehender Frauen zu fördern und für deren Probleme zu sensibilisieren. Ebenfalls notwendig sind entsprechende Forschungsaktivitäten.

## **Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit**

Für die Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit ist eine funktionierende Kinderbetreuung von zentraler Bedeutung. Der Armutsbericht Berlin 2002 führt dazu aus:

„Viele typische Frauenberufe liegen im Dienstleistungs-, im Gesundheits- und Sozialbereich, die Arbeitszeiten von 6.00 Uhr morgens bis in die späten Abendstunden, Nachtschichten, Wochenendarbeitszeiten und keine Urlaubszeiten analog der Schulferien vorsehen. Diese Anforderungen können aber zur Zeit in Berlin – trotz entsprechender Anstrengungen – noch nicht durch ein angemessenes Angebot an Einrichtungen der Kinderbetreuung aufgefangen werden. Erforderlich ist insbesondere ein verstärktes Angebot an Krippen- und Hortplätzen (Versorgungsgrad mit Krippen- und Hortplätzen in Berlin im Jahr 2000 durchschnittlich 37% bzw. 35%). In etlichen, insbesondere westlichen Bezirken, ist das Angebot an Kinderbetreuung nicht bedarfsdeckend. Für Kinder von 0-12 Jahren wurde 2000 ein Versorgungsgrad von 52% erreicht<sup>6</sup>....“

Auch 2001 stellte sich das Angebot der Kinderbetreuung in den Bezirken sehr unterschiedlich dar. So können die ehemals östlichen Bezirke bzw. Ortsteile den Bedarf an Tagesbetreuungsangeboten für Kinder bis einschließlich des Grundschulalters weitgehend decken. Der Senat hat dazu anlässlich einer Kleinen Anfrage im Juni 2002 wie folgt Stellung genommen:

„....Generell können die ehemals östlichen Bezirke bzw. Ortsteile den Bedarf in allen Altersgruppen decken. Es gibt in einigen dieser Bezirke aber erste Engpässe bei der Bedarfsdeckung, und zwar in Neubaugebieten und in einigen Wohnverdichtungsgebieten. Die zunehmend beobachtbare Gründung von Eltern-Initiativ-Kitas kann hier kurzfristig Abhilfe schaffen.

In den ehemals westlichen Bezirken bzw. Ortsteilen stellt sich die Situation differenzierter dar. Der Rechtsanspruch der Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt kann in allen Bezirken erfüllt werden. Nur in Zehlendorf-Steglitz und in Reinickendorf kommt es gelegentlich zu – in der Regel überwindbaren – Engpässen.

Die meisten Bezirke haben ihre Krippenplätze zugunsten der Kindergartenplätze, vor allem aber Hortplätze reduziert. Auf diese Weise sieht sich nur Tempelhof-Schöneberg noch mit größeren Problemen bei der Hortversorgung konfrontiert.

Fast alle Bezirke planen, die Bedarfsdeckung bei den unter dreijährigen, vor allem aber bei den unter zweijährigen Kindern durch den Ausbau der Tagespflege sicherzustellen. Dieses Ausweichen in die Tagespflege ist nunmehr durch die Zuordnung der Tagespflegemittel zum neuen T-Teil (Transfermittel innerhalb der

---

<sup>6</sup> Armutsbericht Berlin S. 113, sowie Kleine Anfrage Nr. 14/1720 der PDS, in Landespressedienst 134/2001 vom 13.07.2001

Sachmittel) und die damit verbundene Mittelreduktion nicht gegeben, so dass sich für diese Altersgruppe Unterbringungsprobleme abzeichnen.“<sup>7</sup>

Um die Angebote für die Ganztagsbetreuung der Kinder adäquat weiterzuentwickeln, sind diverse Maßnahmen, wie z.B. die Schaffung zusätzlicher Horte und die Einrichtung von zusätzlichen Ganztagschulen vorgesehen. Einen Überblick zur Versorgungssituation in den Bezirken vermittelt das Datenmaterial im Tabellenanhang.

Aktuell haben über 30% aller Berliner Schulen Ganztagsangebote und tragen somit dazu bei, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu stärken; der Ausbau dieser Angebote soll noch weiter intensiviert werden.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist für viele Berlinerinnen ein wichtiger Baustein in der persönlichen Lebensplanung und –zufriedenheit und somit eine Rahmenbedingung, die entscheidend das Wohlbefinden bzw. die gesundheitliche Situation beeinflusst. Neben der Schwierigkeit bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage eine adäquate Beschäftigung zu finden, zu behalten bzw. sich weiter zu entwickeln, stellt die Sicherstellung der Betreuung der Kinder während der individuellen Arbeitszeiten der Mutter einen besonderen Problempunkt dar. Eine gesicherte Ganztagsbetreuung in Kindergarten und Schule auch in den Ferienzeiten ist daher ein unverzichtbarer Baustein im Leben vieler berufstätiger Mütter. Der weitere Ausbau der Ganztagsangebote an Schulen ist daher dringend geboten. Benötigt wird aber auch ein bedarfsdeckendes Angebot für die 0-3-jährigen Kinder. Ein Versorgungsgrad von durchschnittlich 52% für Kinder von 0-12 Jahre ist sowohl aus frauen- als auch aus arbeitsmarktpolitischen Erwägungen nicht akzeptabel.

Da die Angebotserweiterung hin zu einer bedarfsdeckenden Versorgung der 0-12-jährigen aber auch unter fiskalischen Gesichtspunkten zu sehen ist, sollte hier ein Gesamtkonzept zur mittelfristigen Sicherung eines erheblich höheren Bedarfsdeckungsgrades erarbeitet und umgesetzt werden.

## **Exkurs: Migrantinnen**

Rund 200.000 Migrantinnen mit über 180 verschiedenen Staatsangehörigkeiten lebten am 31. Dezember 2000 in Berlin. Ihr Anteil an der weiblichen Bevölkerung Berlins liegt damit bei rund 11,5%. Deutliche Unterschiede hinsichtlich des Anteils an der Wohnbevölkerung sind zwischen Berlin-West und Berlin-Ost feststellbar. Der Ausländerbericht 2000 führt dazu aus:

„Letztmalig vor der Gebietsreform lassen sich Zahlen für den Ost- und Westteil der Stadt angeben. Während sich die Zahl der Ausländer im Ostteil der Stadt seit 1997 marginal erhöht hat (um 500), ist sie im Westteil um knapp 6.000 zurückgegangen. Der Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung ist im Westteil der Stadt mit 17,4% gleichgeblieben, im Ostteil von 5,6% im Jahre 1997 auf 5,7% im Jahr 2000 gestiegen. Nicht in allen Bezirken spiegelt sich die Tendenz der jeweiligen Stadthälfte wider; es gibt im Ostteil Bezirke, in denen die absolute Zahl und der Anteil der ausländischen Bevölkerung im Vergleich zu 1997 noch gefallen sind (z.B. Weißensee), und im Westteil Bezirke, in denen Zahl und Anteil der Ausländer noch gestiegen sind (z.B. Neukölln).“<sup>8</sup>

Insgesamt gilt, dass die zahlenmäßige Entwicklung der ausländischen Bevölkerung Schwankungen unterliegt. Wie bereits auf Seite 10 dargestellt, ist der bis Ende 2000 festzustellende zahlenmäßige Rückgang der ausländischen Bevölkerung von einem zum Stichtag 30.11.2001 ermittelten Zuwachs abgelöst worden.

---

<sup>7</sup> Antwort auf die Kleine Anfrage Nr.: 15/303 der PDS vom 25. April 2002

<sup>8</sup> Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik in Berlin 2000, herausgegeben von der Beauftragten für Migration und Integration des Senats von Berlin, Seite 4

Die mit Abstand größte Gruppe unter den Migrantinnen bilden die türkischen Berlinerinnen mit rund 58.000 Frauen. Als zweitgrößte Gruppe sind die rund 16.000 Polinnen zu nennen, danach folgen etwa 14.000 jugoslawischen<sup>9</sup> Frauen.

Die Migrantinnen bilden keine homogene Gruppe: Ihre Motive für ein Leben in Berlin, ihr konkreter Migrationshintergrund, kulturelle und religiöse Prägungen spielen für die sehr verschiedenen Lebensentwürfe von Migrantinnen eine entscheidende Rolle.

Was im Vergleich zur weiblichen deutschen Bevölkerung Berlins auffällt, sind die wenigen Migrantinnen im Seniorinnenalter. Nur 4,5% der ausländischen Berlinerinnen waren am 31.12.2000 65 Jahre oder älter; bei den deutschen Frauen waren dies über 20%. Vor diesem Hintergrund sind die Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Berlinerinnen auch im Hinblick auf ihren Familienstand nicht verwunderlich.

Tabelle 1.10:  
**Frauen in Berlin 2000 nach Familienstand und Staatsangehörigkeit**

Familienstand	Frauen insgesamt		davon:			
			deutsch		ausländisch	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
ledig	717.074	41,2	612.463	39,8	104.611	52,2
verheiratet	648.333	37,3	570.666	37,1	77.667	38,8
verwitwet	193.926	11,2	187.579	12,2	6.347	3,2
geschieden	179.302	10,3	167.588	10,9	11.714	5,8
insgesamt	1.738.635	100	1.538.296	100	200.339	100

(Datenquelle: Statistisches Landesamt Berlin)

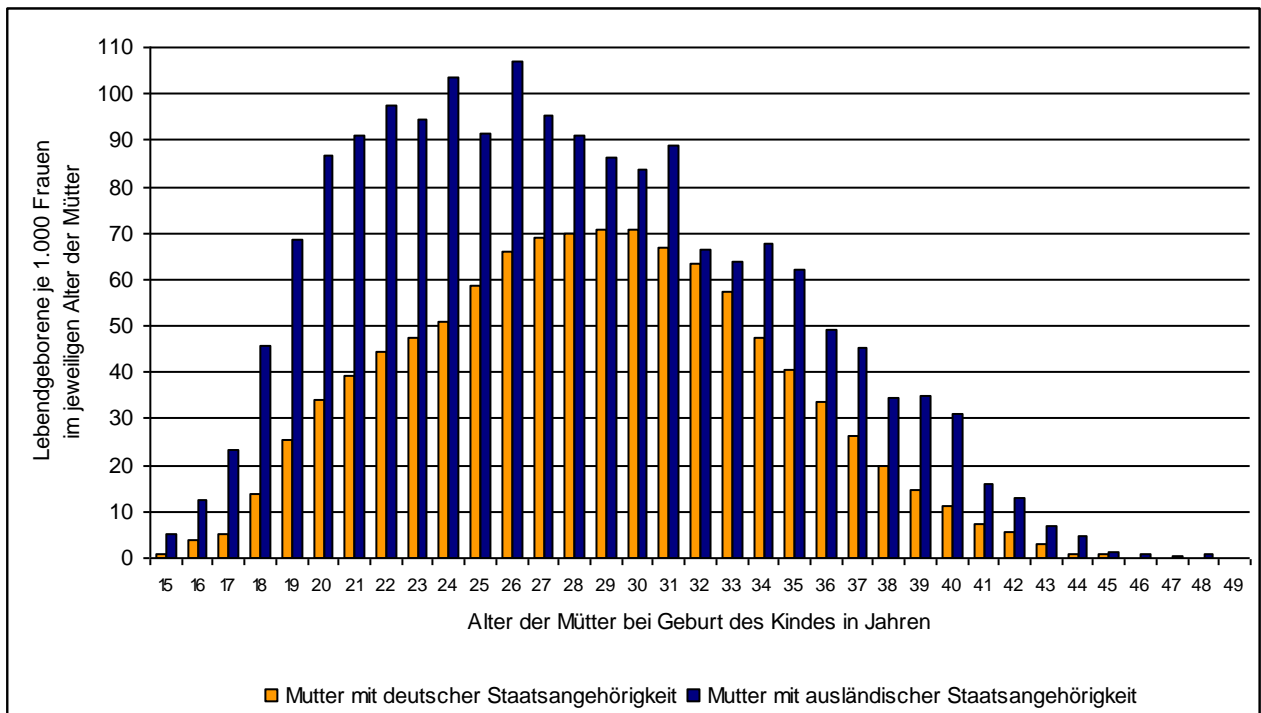
Ausländische Berlinerinnen sind deutlich öfter ledig, aber seltener verwitwet als deutsche Berlinerinnen; hier macht sich die unterschiedliche Alterspyramide bemerkbar. Für die geringeren Scheidungsquoten ausländischer Frauen spielen andere Faktoren wie z.B. ein unterschiedliches Verständnis der Geschlechterrollen oder aufenthaltsrechtliche Fragen eine Rolle.

Markant sind ebenfalls die Unterschiede bei den Geburtenziffern deutscher und ausländischer Berlinerinnen: lag die Geburtenziffern der deutschen Frauen 1999 in Berlin bei 8,4 bezogen auf je 1.000 Einwohner, so wurde für die nichtdeutschen Frauen ein Vergleichswert von 12,7 ermittelt. Betrachtet man nur die große Gruppe türkischer Berlinerinnen, so weisen sie eine vergleichsweise noch weit höhere Geburtenziffer mit 16,6 für 1999 auf (vgl. Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik in Berlin 2000, Tabellenanhang, Tabelle 7). Die Unterschiede bei den altersspezifischen Geburtenziffern schreiben sich auch im Jahr 2000 fort.

<sup>9</sup> Bundesrepublik Jugoslawien einschl. ehemaliges Jugoslawien (Personen, die sich noch bei Bestehen dieses Staates angemeldet haben und bisher keinem Nachfolgestaat zugeordnet sind.)

Abbildung 1.7:

**Altersspezifische Geburtenziffern nach Staatsangehörigkeit der Mütter in Berlin 2000**



(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin/ Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die Situation der in Berlin lebenden Migrantinnen ist von einer Vielzahl von besonderen Problemen gekennzeichnet; Faktoren wie Diskriminierungserfahrungen, Aufenthaltsrechtlicher Status, im Schnitt schlechtere Schulabschlüsse und damit verbunden geringere Chancen am Arbeitsmarkt und somit eine höhere Arbeitslosigkeit, kommen zur Sprachbarriere verschärfend hinzu. Die wirtschaftlichen und sozialen Schwierigkeiten führen ebenso wie die zum Teil massiven Generationskonflikte innerhalb der Familien zu Belastungen, die sich in gesundheitlichen Störungen widerspiegeln können.

Vor diesem Hintergrund ist es dringend geboten, die Situation der Migrantinnen besonders zu betrachten; in weitergehenden Berichten und Studien sollten ihre Lage differenziert erörtert und Handlungsvorschläge erarbeitet werden.

Dieser Bericht kann dazu nur einen Impuls geben. Die Situation von Migrantinnen wird in den verschiedenen Berichtsteilen – über die ausführliche Darstellung im Kapitel 7 hinaus – beleuchtet.

**Soziale Lage**

Die Schule bzw. der Schulerfolg ist wesentliche Ausgangsvoraussetzung für die Chancen am Arbeitsmarkt. Betrachtet man nur die Schulabschlüsse, ist diese Basis für Schülerinnen sogar günstiger als die ihrer männlichen Mitschüler.

Tabelle 1.11:

**Schulabgänger und Schulabgängerinnen des Schuljahres 1999/2000 - Gesamt**

Schulart	Schulabgänger/-innen		Ohne Abschluss		Hauptschule (9.Klasse)		erw. Hauptschulabschluss (10.Klasse)		Realschulabschluss		Allgemeine Hochschulreife	
	insg.	weibl.	insg.	weibl.	insg.	weibl.	insg.	weibl.	insg.	weibl.	insg.	weibl.
<b>Hauptschule</b>	4.737	1.878	1.493	562	699	259	2.144	866	401	191	x	x
<b>Realschule</b>	7.488	3.641	229	88	308	125	193	91	6.758	3.337	x	x
<b>Gymnasium</b>	11.414	6.304	47	25	48	24	37	19	2.053	1.073	9.229	5.163
<b>Gesamtschule</b>	11.861	5.714	1.401	561	839	340	2.714	1.198	4.973	2.542	1.934	1.073
<b>Förderklassen</b>	198	77	198	77	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Sonderschulen</b>	1.628	632	1.244	484	177	60	91	41	112	42	8	5
<b>Summe</b>	37.326	18.246	4.612	1.797	2.067	808	5.179	2.215	14.297	7.185	11.171	6.241

(Datenquelle: Broschüre "Allgemeinbildende Schulen 2000/01" herausgegeben vom Landesschulamt Berlin, 31.01.2001 / Darstellung SenGesSozV – II B -)

**Vergleichszahlen – alle Schulabgängerinnen und Schulabgänger**

Von

**18.246 Schulabgängerinnen und**

erreichten

ca. 34% das Abitur

ca. 39% den Realschulabschluss,

ca. 12% den erweiterten Hauptschulabschluss

ca. 4% den Hauptschulabschluss

ca. 10% keinen Schulabschluss

**19.080 Schulabgängern**

ca. 26% das Abitur

ca. 37% den Realschulabschluss

ca. 15% den erweiterten Hauptschulabschluss

ca. 7% den Hauptschulabschluss

ca. 15% keinen Schulabschluss

Diese Ausgangsbasis sieht bei den ausländischen Schülerinnen und Schülern bereits deutlich schlechter aus, wobei auch hier gilt, dass Mädchen im Schnitt die besseren Qualifikationen erwerben.

Tabelle 1.12:

**Ausländische Schulabgängerinnen und Schulabgänger des Schuljahres 1999/2000**

Schulart	Schulabgänger/-innen		Ohne Abschluss		Hauptschule (9.Klasse)		erw. Hauptschulabschl. (10.Klasse)		Realschulabschluss		Allgemeine Hochschulreife	
	insg.	weibl.	insg.	weibl.	insg.	weibl.	insg.	weibl.	insg.	weibl.	insg.	weibl.
<b>Hauptschule</b>	1.420	611	541	217	223	92	538	249	118	53	x	x
<b>Realschule</b>	744	375	46	22	64	28	35	19	599	306	x	x
<b>Gymnasium</b>	635	345	17	13	7	3	2	2	218	118	391	209
<b>Gesamtschule</b>	1.366	697	283	117	149	64	345	181	480	267	109	68
<b>Förderklassen</b>	181	69	181	69	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Sonderschulen</b>	180	72	149	60	14	5	8	5	9	2	x	x
<b>Summe</b>	4.526	2.169	1.217	498	457	192	928	456	1.424	746	500	277

(Datenquelle: Broschüre "Allgemeinbildende Schulen 2000/01" herausgegeben vom Landesschulamt Berlin, 31.01.2001/ Darstellung SenGesSozV – II B -)

## Vergleichszahlen – ausländische Schulabgänger/innen

Von

**2.169 Schulabgängerinnen und**  
erreichten

**2.357 Schulabgängern**

ca. 13% das Abitur  
ca. 34% den Realschulabschluss  
ca. 21% den erweiterten Hauptschulabschluss  
ca. 9% den Hauptschulabschluss  
ca. 23% keinen Schulabschluss

ca. 9% das Abitur  
ca. 29% den Realschulabschluss  
ca. 20% den erweiterten Hauptschulabschluss  
ca. 11% den Hauptschulabschluss  
ca. 30% keinen Schulabschluss

Nach dem Absolvieren der Schule finden sich die meisten Mädchen und Frauen in den geschlechtsspezifisch typischen Ausbildungs- /Berufsfeldern, wie z.B. den Büroberufen. Insgesamt partizipierten sie an den Ausbildungsplätzen in Berlin am 31. Dezember 2001 zu 45,7%, wobei sie zum weit überwiegenden Teil in den Ausbildungsbereichen Freie Berufe (z.B. Arzthelferinnen, Steuerfachgehilfinnen), Hauswirtschaft und Öffentlicher Dienst zu finden sind.

Während der Anteil der Mädchen und Frauen in der dualen Berufsausbildung leicht gestiegen ist, ist die Zahl der ausländischen Auszubildenden rückläufig (Vergleichszahl Ende 2000: 3.256 ausländische Auszubildende). Ausländische Auszubildende stellen nur 5,2% der Auszubildenden, obwohl ihr Anteil bei den Schulabgängern mehr als doppelt so hoch ist.

Tabelle 1.13:

**Auszubildende in Berlin 2000 und 2001** (jeweils am 31. Dezember)

Ausbildungs- bereich	Auszubildende insgesamt			darunter			
	2000	2001	Veränderung zum Vorjahr in %	Ausländer 2001		Frauen 2001	
				absolut	in % von insgesamt	absolut	in % von insgesamt
Industrie und Handel	31 616	32 324	2,2	1 408	4,4	15 236	47,1
Handwerk	21 630	20 236	- 6,4	1 294	6,4	5 474	27,1
Landwirtschaft	1 236	1 155	- 6,6	13	1,1	319	27,6
Öffentlicher Dienst	2 079	2 243	7,9	35	1,6	1 576	70,3
Freie Berufe	5 741	5 601	- 2,4	432	7,7	5 352	95,6
Hauswirtschaft	394	383	- 2,8	18	4,7	337	88,0
<b>Insgesamt</b>	<b>62 696</b>	<b>61 942</b>	<b>- 1,2</b>	<b>3 200</b>	<b>5,2</b>	<b>28 294</b>	<b>45,7</b>

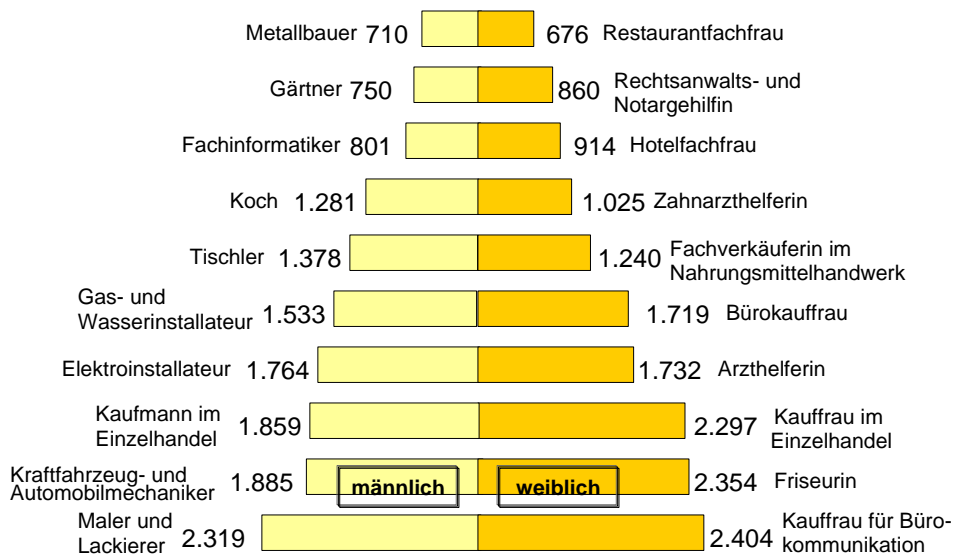
Quelle: Statistisches Landesamt Berlin

Feststellbar sind unterschiedliche Präferenzen bei Frauen und Männern hinsichtlich des Ausbildungsplatzes; unter den 10 am häufigsten gewählten Ausbildungsberufen gibt es nur eine Übereinstimmung: Kauffrau bzw. Kaufmann im Einzelhandel zählt bei beiden Geschlechtern zu den am meisten gewählten Ausbildungsberufen, wobei die schwierige Situation am Arbeitsmarkt die Wahlfreiheit in dieser Frage erheblich einschränkt.



Abbildung 1.8:

**Männliche und weibliche Auszubildende in Berlin am 31. Dezember 2001 in den zehn am stärksten besetzten Ausbildungsberufen**



Quelle: Statistisches Landesamt, Berliner Statistik, Statistischer Bericht B II 5-j2001, Auszubildende und Prüfungen in Berlin

Relativ unverändert lagen die Erwerbstätigkeitsquoten im April 2001 zum Vergleich April 1999: Die Erwerbstätigenquote, d.h. der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung in Berlin insgesamt lag im April 2001 insgesamt bei 43,4%, für Männer wurde ein Wert von 47,8% und für Frauen von 39,2% ermittelt.

Tabelle 1.14:

**Erwerbstätige und Erwerbslose sowie Quoten in Berlin im April 2001 nach Altersgruppen und Geschlecht**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Erwerbstätige			Erwerbslose			Erwerbstätigenquote <sup>1)</sup>			Erwerbslosenquote <sup>2)</sup>		
	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich
	1.000						%					
15 - 20	37,4	20,8	16,6	10,9	6,3	/	20,4	21,9	18,8	5,9	6,6	5,2
20 - 25	120,0	63,8	56,2	26,6	14,3	12,3	57,1	60,8	53,5	12,7	13,6	11,7
25 - 30	142,9	74,2	68,7	30,9	18,7	12,2	65,4	66,7	64,0	14,1	16,8	11,4
30 - 35	199,1	106,8	92,3	38,0	21,1	16,9	74,0	78,6	69,2	14,1	15,5	12,7
35 - 40	247,7	132,2	115,5	43,8	24,8	19,0	78,0	80,8	75,1	13,8	15,1	12,4
40 - 45	196,9	106,1	90,7	37,2	22,1	15,1	76,0	77,8	74,0	14,4	16,2	12,3
45 - 50	173,2	87,5	85,7	33,5	18,9	14,5	75,4	76,9	74,0	14,6	16,6	12,6
50 - 55	155,6	81,5	74,1	34,2	18,9	15,3	68,7	71,9	65,5	15,1	16,7	13,5
55 - 60	132,5	72,6	59,9	42,0	22,8	19,2	54,5	59,3	49,7	17,3	18,6	15,9
60 - 65	49,7	32,5	17,1	11,0	9,1	/	19,7	25,5	13,8	/	7,1	/
65 und älter	12,9	8,2	/	/	/	-	/	/	/	/	/	-
<b>Insgesamt</b>	<b>1.467,8</b>	<b>786,2</b>	<b>681,6</b>	<b>308,1</b>	<b>177,1</b>	<b>131,0</b>	<b>43,4</b>	<b>47,8</b>	<b>39,2</b>	<b>9,1</b>	<b>10,8</b>	<b>7,5</b>

1) Anteil an der Erwerbstätigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe

2) Anteil der Erwerbslosen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Erwerbslose sind Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig von einer Arbeitslosenmeldung beim Arbeitsamt.

Arbeitslose sind Personen ohne Arbeitsverhältnis – abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung – die sich als Arbeitssuchende beim Arbeitsamt gemeldet haben, eine Beschäftigung von mindestens 18 und mehr Stunden für mehr als drei Monate suchen, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender als der der Arbeitslosen.

Die anhaltend schwierige Lage am Arbeitsmarkt spiegelt sich in den seit Jahren hohen Arbeitslosenzahlen wider.

Tabelle 1.15:

**Arbeitslose und Arbeitslosenquote in Berlin im Jahresdurchschnitt 1994 - 2000 und in den Arbeitsamtsbezirken und Bezirken Ende Januar 2001**

Jahr / Arbeitsamts- bezirk (AA) 1) / Bezirk	Arbeitslose															
	insgesamt		davon:				darunter:									
	ab- solut	Quo- te 3)	ab- solut	% 4)	ab- solut	% 4)	Langzeit- arbeitslose 2)		Aus- länder		Jugendliche unter 20 J.		Schwer- behinderte			
						ab- solut	% 4)	ab- solut	% 4)	ab- solut	% 4)	ab- solut	% 4)	ab- solut	% 4)	
<b>Jahresdurchschnitt</b>																
<b>Berlin</b>																
1994	210.130	13,2	112.305	13,4	97.825	12,9	.	5)	31.723	.	4.238	11,1	8.826	5)		
1995	213.383	13,6	116.033	14,2	97.351	13,0	62.132	5)	34.679	.	4.676	13,4	8.777	5)		
1996	235.999	15,3	129.868	16,1	106.131	14,3	70.037	5)	38.637	.	5.233	14,6	9.322	5)		
1997	265.665	17,3	146.473	18,3	119.193	16,1	80.542	5)	43.041	.	6.173	17,1	10.307	5)		
1998	273.038	17,9	152.995	19,4	120.043	16,3	90.653	5)	45.160	33,5	6.518	17,8	10.432	5)		
1999	268.078	17,7	151.864	19,5	116.214	15,8	88.722	5)	45.667	34,1	6.027	16,2	10.406	5)		
2000	264.749	17,6	151.748	19,5	113.001	15,5	89.343	5)	45.632	34,0	6.619	15,7	10.027	5)		
<b>Ende Januar 2001</b>																
<b>Berlin</b>	275.103	18,3	159.482	58,0	115.621	42,0	88.459	32,2	47.184	17,2	6.464	2,3	9.899	3,6		
<b>AA Berlin Mitte</b>	26.623	16,4	15.954	59,9	10.669	40,1	6.234	23,4	2.194	8,2	634	2,4	660	2,5		
Friedrichshain	9.229	18,6	5.750	62,3	3.479	37,7	2.095	22,7	757	8,2	212	2,3	203	2,2		
Lichtenberg	11.989	15,4	6.942	57,9	5.047	42,1	3.105	25,9	791	6,6	311	2,6	336	2,8		
Mitte	5.254	15,0	3.037	57,8	2.217	42,2	1.345	25,6	594	11,3	110	2,1	110	2,1		
<b>AA Berlin Nord</b>	69.245	18,8	41.144	59,4	28.101	40,6	22.475	32,5	12.105	17,5	1.601	2,3	2.404	3,5		
Wedding, Tiergarte	25.380	22,1	15.963	62,9	9.417	37,1	8.777	34,6	8.598	33,9	670	2,6	920	3,6		
Pankow 6) 7)	28.154	18,1	16.120	57,3	12.034	42,7	8.284	29,4	1.342	4,8	546	1,9	707	2,5		
Reinickendorf	15.651	15,8	9.034	57,7	6.617	42,3	5.414	34,6	2.164	13,8	385	2,5	776	5,0		
<b>AA Berlin Ost</b>	33.650	16,7	18.472	54,9	15.178	45,1	9.295	27,6	1.480	4,4	1.012	3,0	847	2,5		
Hellersdorf	10.571	16,5	5.636	53,3	4.934	46,7	2.887	27,3	325	3,1	322	3,0	233	2,2		
Hohenschönhausen	9.458	16,0	5.282	55,8	4.176	44,2	2.577	27,2	632	6,7	297	3,1	240	2,5		
Marzahn	13.315	16,9	7.417	55,7	5.898	44,3	3.692	27,7	519	3,9	389	2,9	352	2,6		
<b>AA Berlin Süd</b>	59.976	19,2	34.624	57,7	25.352	42,3	18.874	31,5	11.273	18,8	1.502	2,5	2.414	4,0		
Treptow, Köpenick	16.703	16,7	9.408	56,3	7.295	43,7	4.420	26,5	555	3,3	338	2,0	512	3,1		
Neukölln	30.564	22,9	18.225	59,6	12.339	40,4	10.314	33,7	8.757	28,7	877	2,9	1.334	4,4		
Tempelhof 8)	12.709	15,9	6.991	55,0	5.718	45,0	4.140	32,6	1.961	15,4	287	2,3	568	4,5		
<b>AA Berlin Südwest</b>	45.925	19,2	26.746	58,2	19.179	41,8	16.455	35,8	12.776	27,8	876	1,9	1.862	4,1		
Kreuzberg	19.307	30,8	11.845	61,4	7.462	38,6	7.094	36,7	7.137	37,0	416	2,2	689	3,6		
Schöneberg	12.330	18,8	7.186	58,3	5.144	41,7	4.502	36,5	3.611	29,3	196	1,6	511	4,1		
Steglitz	10.667	13,4	5.811	54,5	4.856	45,5	3.634	34,1	1.609	15,1	202	1,9	502	4,7		
Zehlendorf	3.402	11,0	1.783	52,4	1.619	47,6	1.159	34,1	356	10,5	56	1,6	152	4,5		
<b>AA Berlin West</b>	39.684	17,9	22.542	56,8	17.142	43,2	15.114	38,1	7.356	18,5	837	2,1	1.712	4,3		
Charlottenburg	13.506	18,2	7.672	56,8	5.834	43,2	5.133	38,0	3.093	22,9	241	1,8	551	4,1		
Wilmerdorf	7.906	13,2	4.297	54,4	3.609	45,6	2.592	32,8	1.344	17,0	129	1,6	315	4,0		
Spandau	18.201	20,6	10.541	57,9	7.660	42,1	7.390	40,6	2.908	16,0	466	2,6	843	4,6		

- 1) Da bestimmte Fälle datenverarbeitungstechnisch keinem Verwaltungsbezirk zugeordnet werden können, kann die Summe aus den Bezirken geringfügig von den Zahlen des Arbeitsamtsbezirks abweichen.  
2) Personen, die ein Jahr und mehr arbeitslos und beim Arbeitsamt gemeldet sind.  
3) prozentualer Anteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen  
4) Berlin, Jahresdurchschnitt: Arbeitslosenquote siehe 2) Berlin, AA-Bezirke und Bezirke, Ende Januar 2000: Anteile bezogen auf die Arbeitslosen insgesamt der jeweiligen Region  
5) Aufgrund fehlender Bezugszahl kann keine Quote berechnet werden.  
6) Im Zuge der begonnenen Angleichung der Arbeitsamtsbezirke an die neue Bezirksstruktur werden für einige Bezirke in der alten Struktur keine Daten mehr erhoben.  
7) Zu Pankow gehören die früheren Bezirke Prenzlauer Berg, Weißensee und Pankow.  
8) Die Zuständigkeit für den Verwaltungsbezirk Tempelhof ist ab April 2001 vom Arbeitsamt Berlin Süd zum Arbeitsamt Berlin Südwest gewechselt.  
Datenquelle: Landesarbeitsamt Berlin-Brandenburg, Arbeitsamtsbezirke Berlin

Viele Frauen müssen eine Vielzahl von Aufgaben miteinander in Einklang bringen. Dies hat Einfluss auf ihre Chancen am ohnehin seit Jahren schwierigen Arbeitsmarkt in Berlin und ihre Erwerbssituation; sie stellen seit Jahren konstant über 75% der Teilzeitbeschäftigten. Die nachfolgende Übersicht verdeutlicht dies:

Tabelle 1.16:

**Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Berlin 1993 bis 2000** jeweils zum 30. Juni in Personen

Merkmal	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999 <sup>1)</sup>	2000 <sup>2)</sup>
<b>SVP-Beschäftigte am Arbeitsort</b>	<b>1 337 366</b>	<b>1 290 440</b>	<b>1 254 004</b>	<b>1 210 386</b>	<b>1 158 925</b>	<b>1 132 570</b>	<b>1 131 645</b>	<b>1 139 096</b>
männlich	702 201	672 199	647 650	619 364	593 988	573 201	573 012	571 306
weiblich	635 165	618 241	606 354	591 022	564 937	559 369	558 633	567 790
								und zwar
Deutsche	.	.	.	1 121 552	1 075 725	1 053 595	1 057 513	1 066 554
männlich	.	.	.	566 251	544 341	526 481	528 946	528 810
weiblich	.	.	.	555 301	531 384	527 114	528 567	537 744
Ausländer	.	.	.	88 834	83 200	78 975	74 132	72 542
männlich	.	.	.	53 113	49 647	46 720	44 066	42 496
weiblich	.	.	.	35 721	33 553	32 255	30 066	30 046
Arbeiter	560 884	532 521	512 375	483 520	458 463	436 532	413 688	405 192
männlich	408 618	390 274	375 601	352 961	335 436	317 465	303 357	294 237
weiblich	152 266	142 247	136 774	130 559	123 027	119 067	110 331	110 955
Angestellte	776 482	757 919	741 629	726 866	700 462	696 038	717 957	733 904
männlich	293 583	281 925	272 049	266 403	258 552	255 736	269 655	277 069
weiblich	482 899	475 994	469 580	460 463	441 910	440 302	448 302	456 835
in beruflicher Ausbildung	52 907	53 831	53 708	54 325	55 306	59 956	61 308	61 554
männlich	27 481	27 237	27 183	27 374	27 947	29 713	30 224	30 041
weiblich	25 426	26 594	26 525	26 951	27 359	30 243	31 084	31 513
Vollzeitbeschäftigte	1 185 628	1 131 985	1 089 149	1 043 080	988 185	952 752	957 426	952 949
männlich	678 538	646 934	620 102	591 066	562 626	537 967	535 215	528 387
weiblich	507 090	485 051	469 047	452 014	425 559	414 785	422 211	424 562
<b>Teilzeitbeschäftigte</b>	<b>151 738</b>	<b>158 455</b>	<b>164 855</b>	<b>167 306</b>	<b>170 740</b>	<b>179 818</b>	<b>173 079</b>	<b>185 408</b>
männlich	23 663	25 265	27 548	28 298	31 362	35 234	37 397	42 544
<b>weiblich</b>	<b>128 075</b>	<b>133 190</b>	<b>137 307</b>	<b>139 008</b>	<b>139 378</b>	<b>144 584</b>	<b>135 682</b>	<b>142 864</b>
1) korrigierte Ergebnisse. -								
2) vorläufige Ergebnisse								

(Datenquelle: Statistisches Landesamt Berlin 2001)

Die 1.139.096 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten teilten sich im Jahr 2000 fast genau zur Hälfte in Frauen (49,8%) und Männer. Damit ist der Anteil der Frauen in den letzten Jahren gestiegen, 1993 lag er noch bei 47,5%. Die Mehrzahl der Frauen war 2000 im Angestelltenverhältnis beschäftigt, nur jede fünfte war als Arbeiterin tätig, 1993 war es noch jede vierte. Sowohl bei Männern als auch bei

Frauen ist gegenüber 1993 eine Zunahme der Teilzeitbeschäftigung zu beobachten, trotzdem blieb diese Beschäftigungsart eine Domäne der Frauen. Von den 537.744 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen hatte jede vierte eine Teilzeitstelle inne, damit wurden 77,1% der 185.415 Teilzeitbeschäftigten von Frauen ausgeübt.

Teilzeitbeschäftigung kann ein wichtiges Element sein, um familiäre Verpflichtungen und Erwerbstätigkeit miteinander in Einklang zu bringen. Die Ergebnisse des Mikrozensus von 2001 für Berlin spiegeln jedoch deutlich wider, dass Teilzeitbeschäftigung zum Teil nur in Ermangelung einer Vollzeitstelle ausgeübt wird. So benannten 17% der teilzeitbeschäftigten Frauen in Berlin-West und 32,2% der teilzeitbeschäftigten Frauen in Berlin-Ost das Fehlen von Vollzeit Arbeitsplätzen als Grund für ihre aktuelle Teilzeitbeschäftigung.

Die nachfolgenden Übersichten zeigen die nach wie vor geschlechtsbezogenen Unterschiede beim Verdienst.

Tabelle 1.17:

**Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste der Arbeiter in Berlin 2000 nach Geschlecht und Leistungsgruppe**

Wirtschaftszweig Leistungsgruppe	Verteilung der Arbeiter in % <sup>1)</sup>	Bruttomonatsverdienst <sup>2)</sup>					
		Berlin		Berlin-West		Berlin-Ost	
		2000	Veränderung zu 1999 <sup>3)</sup>	2000	Veränderung zu 1999 <sup>3)</sup>	2000	Veränderung zu 1999 <sup>3)</sup>
		EUR	%	EUR	%	EUR	%
alle Arbeiter							
<b>Produzierendes Gewerbe<sup>4)</sup></b>	<b>100</b>	<b>2 279</b>	<b>1,3</b>	<b>2 335</b>	<b>1,9</b>	<b>2 062</b>	<b>- 2,5</b>
männliche Arbeiter							
Facharbeiter	63,2	2 504	1,5	2 591	2,0	2 198	- 2,7
angelernte Arbeiter	28,0	2 082	0,9	2 133	1,7	1 914	- 2,5
ungelernte Arbeiter	8,8	2 035	1,0	2 104	0,5	1 793	- 1,2
<b>Insgesamt</b>	<b>83,8</b>	<b>2 343</b>	<b>1,2</b>	<b>2 420</b>	<b>1,8</b>	<b>2 079</b>	<b>- 2,7</b>
weibliche Arbeiter							
Facharbeiter	15,1	2 137	2,1	2 161	2,9	2 049	- 1,0
angelernte Arbeiter	49,6	2 005	4,0	2 024	4,0	1 764	3,0
ungelernte Arbeiter	35,3	1 761	1,8	1 771	1,9	1 618	- 0,4
<b>Insgesamt</b>	<b>16,2</b>	<b>1 938</b>	<b>3,0</b>	<b>1 949</b>	<b>3,2</b>	<b>1 824</b>	<b>0,4</b>
1) Anteile an den übergeordneten Zusammenfassungen in Berlin im Oktober 2000 –							
2) gewichteter Durchschnitt aus den Erhebungsmonaten Januar, April, Juli und Oktober –							
3) Berichtskreiswechselbereinigte Veränderung –							
4) ab Januar 2000 neuer Berichtskreis – Handwerk nur im Hoch- und Tiefbau							

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin 2002)

Deutliche geschlechtsbezogene und regionale Unterschiede sind auch beim monatlichen Nettoeinkommen der Erwerbstätigen in Berlin im April 2001 erkennbar.

Tabelle 1.18:

**Erwerbstätige in Berlin im April 2001 nach Bezirken, Geschlecht und monatlichem Nettoeinkommen**

Bezirk	Darunter Nettoeinkommen von ...bis unter...Euro									
	Insgesamt 1)	unter 511	511 - 716	716 - 920	920 - 1 125	1 125 - 1 278	1 278 - 1 534	1 534 - 1 790	1 790 - 2 045	2 045 und mehr
	1 000									
Mitte	133,7	10,2	13,5	14,1	15,8	18,3	18,3	16,4	8,3	18,5
Friedrichshain-Kreuzberg	107,2	7,6	10,6	14,7	17,5	12,9	14,1	10,7	6,4	12,4
Pankow	155,9	11,9	15,6	16,3	20,4	20,8	25,5	16,9	9,1	19,3
Charlottenburg-Wilmersdorf	142,6	12,3	10,7	10,8	14,5	14,1	19,6	17,3	11,0	31,7
Spandau	81,7	6,7	6,2	7,2	10,7	8,6	13,3	9,0	/	15,2
Steglitz-Zehlendorf	123,5	10,0	8,4	6,8	11,4	11,0	16,9	15,3	8,8	34,8
Tempelhof-Schöneberg	148,4	12,8	12,5	15,2	18,4	14,8	18,6	14,8	11,2	29,6
Neukölln	117,4	12,4	11,7	15,1	13,9	14,6	14,5	13,3	6,7	15,1
Treptow-Köpenick	102,6	9,8	6,8	8,5	14,0	15,2	16,2	11,1	7,6	13,3
Marzahn-Hellersdorf	129,2	13,3	8,5	12,9	21,0	17,0	21,2	14,8	7,4	13,2
Lichtenberg	126,9	10,9	9,5	11,8	21,8	21,2	24,0	12,0	5,8	9,9
Reinickendorf	98,7	10,5	6,3	8,8	11,5	12,1	15,0	9,7	5,1	19,4
<b>Insgesamt</b>	<b>1 467,8</b>	<b>128,4</b>	<b>120,2</b>	<b>142,1</b>	<b>190,9</b>	<b>180,6</b>	<b>217,3</b>	<b>161,4</b>	<b>91,7</b>	<b>232,5</b>
Männlich	786,2	55,7	50,1	62,9	90,6	98,0	109,9	92,9	55,8	169,6
Weiblich	681,6	72,7	70,1	79,2	100,3	82,6	107,4	68,5	35,9	62,9

1) einschließlich mithelfende Familienangehörige, für die kein Einkommen ausgewiesen wird

(Datenquelle: Statistisches Landesamt Berlin/ Daten des Mikrozensus 2001)

Die kleine Berlin-Statistik benennt ebenfalls den differierenden Verdienst und führt zum Erhebungsverfahren aus:

„Die Verdiensterhebungen, denen die Durchschnittswerte entnommen sind, werden als Stichproben durchgeführt. Der einbezogene Personenkreis setzt sich im Produzierenden Gewerbe aus vollbeschäftigten Arbeitern und Angestellten, im Handel aus Angestellten (jeweils Frauen und Männer) zusammen. Unter dem Begriff Handel sind die Wirtschaftszweige Handel, Kredit- und Versicherungsgewerbe zusammengefasst.“<sup>10</sup>

		1997	1999	2001
Tabelle 1.19: <b>Bruttomonatsverdienste der Arbeiter im Produzierenden Gewerbe</b> (Gewichteter Durchschnitt aus Angaben für Januar, April, Juli und Oktober)	Bruttomonatsverdienste	EUR 2 219	2 282	2 341
	männliche Arbeiter	EUR 2 299	2 362	2 410
	weibliche Arbeiter	EUR 1 777	1 866	1 980
	Bruttostundenverdienste	EUR 13,42	13,90	14,26
	männliche Arbeiter	EUR 13,82	14,37	14,62
	weibliche Arbeiter	EUR 11,13	11,67	12,37
	bezahlte Wochenstunden	Std. 37,9	37,5	37,8

Tabelle 1.20

		1997	1999	2001
<b>Bruttomonatsverdienste der Angestellten im Produzierenden Gewerbe und Handel</b> (Gewichteter Durchschnitt aus Angaben für Januar, April, Juli und Oktober) <sup>11</sup>	Bruttomonatsverdienste	EUR 2 778	2 940	3 145
	männliche Angestellte	EUR 3 145	3 300	3 527
	weibliche Angestellte	EUR 2 336	2 489	2 668

<sup>10</sup> Statistisches Landesamt Berlin 2002, Kleine Berlin-Statistik 2002<sup>11</sup> Quelle für die Tabellen 1.19 und 1.20: Statistisches Landesamt Berlin 2002, Kleine Berlin-Statistik 2002

Eine differenzierte Betrachtung des Krankenstandes kann ein wichtiges Indiz für Probleme in einzelnen Arbeitsbereichen sein.

Der Gesundheitsreport Berlin der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK)<sup>12</sup> weist darauf hin, dass der durchschnittliche Krankenstand der dort versicherten Frauen im Jahr 2001 5,5% betrug, der der Männer 4,3% (gesamt 4,8%). In Berlin ist nach den Erkenntnissen der DAK im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet der Krankenstand am höchsten. Bundesweit beträgt der durchschnittliche Prozentsatz ohne Geschlechtsdifferenzierung 3,5%. Spitzenreiter ist das Land Baden-Württemberg mit einem durchschnittlichen Krankenstand von 2,9%.

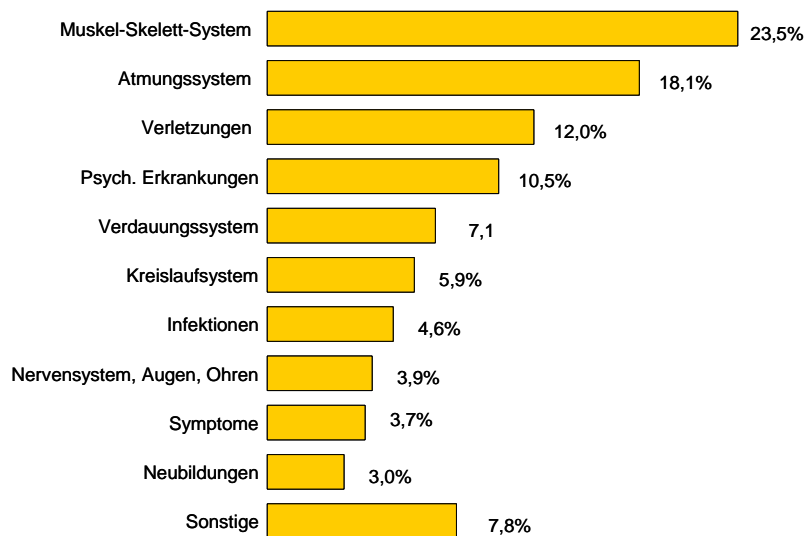
Wird ein Stadtstaatenvergleich gemacht, lässt sich feststellen, dass Bremen mit 3,4% und Hamburg mit 3,5% im Bundesdurchschnitt liegen.

In Berlin wird die Krankenstatistik vom öffentlichen Dienst (5,6%) und dem Gesundheitswesen (5,5%) angeführt, während die Wirtschaftszweige „Rechtsberatung (3,3%) und Datenverarbeitung (3,2%)“ sogar unter Bundesdurchschnitt liegen.

Die Schwerpunkte bei den Erkrankungen sind aus der nachfolgenden Abbildung – allerdings ohne geschlechtsspezifische Aufschlüsselung - ersichtlich:

Abbildung 1.9:

**Krankheitsarten mit den größten Anteilen an Arbeitsunfähigkeitstagen**



(Quelle: DAK Gesundheitsreport 2002 für das Bundesland Berlin)

Auffällig nach Auffassung der DAK ist auch der hohe Anteil psychischer Erkrankungen, der in Berlin eine erheblich größere Bedeutung für den Krankenstand als im Bundesgebiet hat.

Die vielfältigen Rahmenbedingungen und Einflüsse auf das Krankheitsgeschehen in Berlin insbesondere der Berlinerinnen bedürfen einer näheren Untersuchung, um zielgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wirksam initiieren zu können. Erste Ansätze hierzu werden bereits gemacht, z.B. indem die Gesundheitsberichterstattung Berlin – Basisbericht 2002 zu dieser Problematik Näheres berichtet. Dieser Bericht enthält im Kapitel 8 außerdem weitere Informationen über die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit aus arbeitsschutzrechtlicher Sicht.

<sup>12</sup> DAK Gesundheitsreport 2002 für das Bundesland Berlin

## **2. Reproduktive Lebensphase**

Der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (nachfolgend Frauengesundheitsbericht Deutschland genannt) beschreibt die reproduktive Lebensphase als den Zeitraum von der Menarche über Verhütung/1. Geschlechtsverkehr, Schwangerschaft, Geburt bis zur Beendigung des Kinderwunsches. Diese „Ereignisse“ werden in den Zusammenhang weiblicher Lebenswelten und Lebensweisen eingeordnet. Hinter dem Begriff reproduktive Gesundheit steht ein Konzept, das es erlaubt, natürliche Phasen und Prozesse als solche zu beschreiben. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verweist darauf, dass reproduktive Gesundheit weder von einer Liste von Krankheiten oder Problemen bestimmt werden, noch in eine Liste von Programmen münden soll.<sup>13</sup>

### **Sexualaufklärung und Gesundheitserziehung**

Die Beschäftigung mit dem eigenen Geschlecht – und damit mit der eigenen Sexualität – ist ein lebenslanger Prozess, der bereits im frühesten Kindesalter einsetzt. Die Prägung von geschlechtsbezogenem Rollenverhalten, Werten und Normen erfolgt zuerst durch die Eltern, ihren Umgang miteinander, mit Geschwisterkindern sowie ihrem Umgang mit kindlichen Fragen zu diesem Themenkomplex. Hinzu kommen als Verantwortungsträger für eine geschlechtsdifferenzierte und -sensible Sexualerziehung die öffentlichen bzw. privaten Kinderbetreuungs- und Schulbildungseinrichtungen, in deren Lehrplänen die Sexualerziehung verankert ist.

Seit Mai 2002 gibt es neue Sexualehrpläne für Berliner Schulen, die dem aktuellen Stand sexualpädagogischer Forschung entsprechen. Die Richtlinien sehen vor, die unterschiedlichen Bedürfnisse von Mädchen und Jungen zu berücksichtigen. Dazu ist zeitweilig getrennter Unterricht möglich und nützlich. Vorurteilsfreie Informationen über Hetero-, Bi- und Homosexualität sollen zu einem toleranten und respektvollen Umgang führen. Weitere Themen sind der Gebrauch von Kondomen, um sich vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen und die Empfängnisverhütung. Dies bezieht Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen ein; sie sollen lernen, ihre Sexualität selbstbestimmt und verantwortungsbewusst zu leben. Gute schulische Sexualerziehung in enger Kooperation mit dem Elternhaus trägt auch zur Vorbeugung sexuellen Missbrauchs bei und thematisiert sexuelle Belästigungen.

Eine Mädchenspezifische Gesundheitsaufklärung und -förderung basiert auf einem ressourcen- und stärkenorientierten Ansatz, mit dem das Ziel verfolgt wird, den Mädchen Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und ein positives Körperkonzept zu vermitteln. Ist diese Arbeit erfolgreich, wirkt sie präventiv bis hinein in das Erwachsenenalter.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat Unterrichtsmaterialien entwickelt, die auch geschlechtsbezogene Aspekte und Themen einbeziehen. In den Materialien zur Suchtprävention (Sekundarstufe I) wird z.B. auf das erhöhte Suchtrisiko von Frauen in bezug auf Medikamente hingewiesen. Die Chance, bei der Behandlung bestimmter Themen eine Trennung nach Geschlechtern vornehmen zu können ist wichtig, um so auch auf die Fragen, Bedürfnisse und Wünsche von Mädchen nachhaltiger eingehen zu können. Eine weitere Möglichkeit, um die geschlechterdifferenzierte Gesundheitsaufklärung in der Schule zu verankern, besteht im Angebot von außerunterrichtlichen Arbeitsgemeinschaften. Diese Form erlaubt eine gezielte Gesundheitsförderung für Mädchen unabhängig vom Lehrplan. In einer Mädchen-AG kann auf Fragen, Probleme und Interessen von Mädchen eingegangen werden, wie z.B. Selbstbild, Körpergefühl (sich wohlfühlen bzw. krank sein) Ernährungsprobleme und sexuelle Beziehungen. Für die Implementierung von gesundheitsfördernden geschlechterdifferenzierten Angeboten an den Schulen wird es allerdings notwendig sein, den Lehrkräften Hilfen in Form von Konzepten und Fortbildungen an die Hand zu geben, die sie u.a. zu einer konstruktiven Mädchenspezifischen Gesundheitsförderung befähigen.

---

<sup>13</sup> Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland; Herausg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, Seite 36



Das Programm *Gesundheitsförderung und AIDS Prävention für junge Menschen* (Träger seit 1997: Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin = LAGeSo) hat bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) mehrere Modellprojekte beantragt und genehmigt erhalten, die sich auch den geschlechtsspezifischen Aspekten in der sozialpädagogischen Arbeit stellen.

Schon seit 1995 wurde in Kooperation mit der BzgA der Peer Education-Ansatz („Gleiche für Gleiche“) erprobt: Jugendliche wurden zu für sie sexualitätsrelevanten Themen durch Erwachsene ausgebildet, um anschließend Veranstaltungen für ihresgleichen anzubieten. Diese Veranstaltungen finden ohne Anwesenheit Erwachsener im schulischen oder außerschulischen Bereich statt. Um Aussagen über die Wirkungen treffen zu können, wurde das Projekt wissenschaftlich begleitet und evaluiert vom Institut für psychosoziale Prävention und Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin. Am Projekt waren vornehmlich Mädchen im Alter von 13 bis 18 Jahren beteiligt. Gerade bei den ausgebildeten Mädchen konnten nachweisbare Erfolge in Bezug auf eine Steigerung des Selbstwertgefühls und der wahrgenommenen Kommunikationskompetenz erreicht werden. Diese erste Projektphase endete 1997. Eine zweite Projektphase wurde zu den Schwerpunkten ‚sexualpädagogische Arbeit mit dem Peer Education-Ansatz für multikulturell besetzte Gruppen‘ und zur ‚Fortbildung von Erwachsenen MultiplikatorInnen, die mit dem Ansatz arbeiten wollen‘ durchgeführt. Es hat sich bewährt, die Arbeit in den multikulturellen Gruppen prinzipiell in geschlechtshomogenen Gruppen durchzuführen. Die Mädchen erlebten die „jungenfreien“ Veranstaltungen als Schutzraum der ihnen erst die Möglichkeit schaffte, thematisch zu arbeiten. Das Projekt führte im November 2001 eine Tagung zur europäischen Dimension von Peer Education durch.

In Berlin existiert unterstützend ein breitgefächertes Angebot bezirklicher Einrichtungen (z.B. Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, Sozialmedizinische Dienste) und freier Träger (u.a. pro familia, Balance, Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. – FFGZ -, evangelische und katholische Erziehungs- und Familienberatungsstellen), die altersgruppen- und geschlechtsbezogenen Einzel-, Gruppenberatungen und Veranstaltungen anbieten, z.T. vielsprachige Informationsmaterialien – z.B. zu Themen wie Menstruation, Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch - herausgeben und Fortbildungen für Lehrer/innen sowie Erzieher/innen anbieten. In einigen Berliner Bezirken hat sich eine gute Vernetzung zwischen Beratungsstellen und Bildungseinrichtungen entwickelt.

Die breite Präsenz des Themas Sexualität in den Medien verdeutlicht seinen hohen Stellenwert. Vielen Mädchen wird angesichts der unterschiedlichen, häufig widersprüchlichen Signale aus dem Elternhaus, den Erziehungseinrichtungen und den Medien eine Orientierung, die ihnen Sicherheit in ihrer Geschlechterrolle und für ihr sexuelles Verhalten gibt, sehr erschwert. Propagierte Schönheitsideale, nicht mehr eindeutige Geschlechterrollen und die Bandbreite der verschiedenen sexuellen Orientierungen gilt es zu reflektieren und eigene Standpunkte einzunehmen. Für viele ausländische Mädchen, insbesondere wenn sie aus traditionell oder religiös orientierten Familien stammen, ist das Konfliktpotenzial zumeist noch größer: Andere Wertvorstellungen und Normen seitens der Eltern, eine stärkere Tabuisierung von vorehelicher Sexualität, eine daran ausgerichtete Erziehung mit einer deutlichen Zuweisung von Geschlechterrollen sind maßgebliche Einflussgrößen.

Aus einer Vielzahl von Studien geht hervor, dass Mädchen in der Adoleszenz, ab dem Alter von 12 Jahren, im Gegensatz zu Jungen häufiger an gesundheitlichen Beschwerden leiden, mehr Medikamente erhalten und aufgrund der durch die Medien propagierten Schönheitsideale ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper entwickeln. Mädchen klagen signifikant häufiger als Jungen über Verdauungsbeschwerden, Kreislaufstörungen, Durchblutungsstörungen sowie über psychosomatische Beschwerden (Schlaflosigkeit, Schwindelgefühle, Angstgefühle, Nervosität und Unruhe). Sie nehmen häufiger als Jungen regelmäßig Medikamente ein und werden in einem höheren Maße medikamentös behandelt. Hier werden bereits Weichen für einen geschlechtsspezifischen Umgang mit Gesundheit gestellt.

Mädchen, die ihren Körper nicht als integralen Bestandteil des eigenen Selbst erleben, neigen dazu, Konflikte durch den Körper auszutragen. Mädchenspezifische Gesundheitsstörungen wie z.B. Essstörungen und Menstruationsbeschwerden sowie ein erhöhter Medikamentenkonsum weisen darauf hin, dass durch den Körper bzw. die Manipulation des Körpers, Befindlichkeitsstörungen, pubertätsbedingte Schwierigkeiten, sexuelle Ängste und andere Probleme, die sich aus den individuellen Lebenslagen ergeben, bewältigt werden sollen. Gerade in dieser sensiblen Phase des Erwachsenwerdens, des Umbruchs und der Neuorientierungen fördert mädchenspezifische Gesundheitsaufklärung einen positiven Umgang mit dem eigenen Körper und weibliches Selbstbewusstsein. Mädchenspezifische Gesundheitsförderung und Sexuaufklärung fragt nicht nur danach, was Mädchen krank macht, sondern danach, was Mädchen und junge Frauen gesund hält. Neben den Vereinen und Projekten, die hier

wichtige Unterstützung geben, sind auch die Schulen gefordert, sich noch stärker mit der geschlechtersensiblen Gesundheitsaufklärung auseinander zu setzen.

Eine Sensibilisierung für die Probleme junger Mädchen hat auch in einem anderen Bereich stattgefunden. Mittlerweile gibt es spezielle Sprechstunden für junge Mädchen, sog. Teenager-Sprechstunden, die durch niedergelassene Gynäkologen angeboten werden. In rd. 20-30 Prozent der gynäkologischen Praxen haben junge Mädchen (ca. 12-16 Jahre) die Möglichkeit, in diese Spezial-sprechstunden zu gehen. Das betrifft sowohl gesundheitliche Probleme in der Pubertät als auch die Verschreibung der Pille.

Im Rahmen der Arbeiten für diesen Bericht wurden die Bezirke unter anderem über die von den Sozialmedizinischen Diensten zu leistende Familienplanungsberatung gefragt, zu der auch die Sexualaufklärung zählt. Es wurde deutlich, dass die Prävention ungewollter Schwangerschaften im Vordergrund steht durch die Vergabe kostenloser Verhütungsmittel und durch die sexualpädagogische Arbeit mit Schülerinnen und Schülern. In der sexualpädagogischen Gruppenarbeit wurden rund 3.900 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erreicht.

Das Angebot der Familienplanungsberatung wendet sich an Frauen, Männer und Paare. Es wird jedoch vor allem von Frauen genutzt: Nur 3 von 100 Familienplanungsberatungen betrafen Männer oder Paare.

Besonders in den Bezirken mit einer ungünstigen Sozialstruktur, einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Frauen wird das Angebot der Familienplanungsberatung hervorragend angenommen. Exemplarisch sei hier auf die Ergebnisse des Sozialmedizinischen Dienstes des Bezirksamtes Mitte am Standort Wedding hingewiesen: Seit Jahren nimmt die Nachfrage nach kostenlosen Verhütungsmitteln in den ehemaligen Bezirken Wedding und Tiergarten zu. Die kostenlosen Spiralen-Einlagen stiegen von 256 (1995) auf 471 (2001). Bis zum 30. Juni 2002 erfolgten bereits 277 Spiralen-Einlagen. Der Anteil der betreuten ausländischen Frauen ist hoch, ebenfalls mit deutlich steigender Tendenz: Stellten 1996 ausländische Frauen 44,7% der medizinisch versorgten Frauen, stieg ihr Anteil bis 2002 auf über 52% an.

## **Schwangerschaft und Geburt**

Im Rahmen der im Land Berlin wie auch in Deutschland seit Jahren sinkenden Geburtenraten kommt dem generativen Verhalten und der Sicherung der Gesundheit von Müttern und Kindern besondere Bedeutung zu. Die Planung von Arbeit und Beruf und die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage führt immer mehr Frauen und ihre Partner zum Auf- bzw. Hinausschieben eines prinzipiell bestehenden Kinderwunsches. Die Zahl der Familien mit Kindern unter 18 Jahren sank in Berlin seit 1991 um 14,6%. Zugleich hat sich der Anteil der Eltern, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, fast verdreifacht: von 7,3% (1991) auf 19,9% (2001).<sup>14</sup>

Gleichzeitig nimmt aber auch der Anteil von Frauen bzw. Paaren zu, die sich vergeblich bemühen ein Kind zu bekommen. Insgesamt wird die Schwangerschaft der Frau zu einem tendenziell seltener werdenden Ereignis.

Wenn die erhoffte Schwangerschaft ausbleibt, fühlen sich viele Frauen einem immer stärkeren Leidensdruck ausgesetzt. Nicht nur die eigene Enttäuschung über die ausbleibende Schwangerschaft, sondern auch von außen herangetragene Erwartungen können sich zu einem großen Spannungsfeld aufbauen. Die medizinisch-technische Entwicklung hat in diesem Zusammenhang zu diagnostischen und therapeutischen Weiterentwicklungen geführt, die wie so oft einerseits segensreich sein können, andererseits aber auch Nebenwirkungen und auch Gefahren bergen können.

Vor mehr als 20 Jahren, im April 1982, ist das erste Retortenbaby in Deutschland geboren worden. Damals eine Sensation, ist heute mehr und mehr der Eindruck in der Öffentlichkeit entstanden, Schwangerschaft und Erfüllung des Kinderwunsches seien mittlerweile dank entsprechender medizinischer Eingriffe nahezu zu jeder Zeit erreichbar. Welche Probleme die ungewollte Kinderlosigkeit für

---

<sup>14</sup> Statistisches Landesamt Berlin, Pressemitteilung 138/02 vom 15.07.2002

die einzelne Frau oder für das Paar bereitet, welches Konfliktpotenzial in der Auseinandersetzung mit Lösungsmöglichkeiten liegt, wird dabei häufig übersehen.

Information, Beratung und Betreuung über die entsprechenden Verfahren, ihre Chancen und Risiken sind deshalb unverzichtbar. Hier leisten Einrichtungen, wie z.B. Pro Familia und das FFGZ einen wichtigen Beitrag. Die z.B. von Pro Familia herausgegebene Broschüre „Unerfüllter Kinderwunsch“ befasst sich intensiv mit der Problematik der Reproduktionsmedizin.

Unabhängig davon, dass die Erfolgsaussichten von In-Vitro-Fertilisation individuell unterschiedlich bewertet werden, bleibt festzuhalten, dass nicht jeder Kinderwunsch erfüllbar ist und die Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Fragestellungen ein erhebliches Konfliktpotenzial beinhaltet.

Der Wunsch nach dem oder den eigenen Kindern ist nach wie vor für viele Frauen elementarer Bestandteil ihrer Lebensplanung.

Wenn eine Schwangerschaft eintritt, stehen der Wunsch nach einer „normalen“ Schwangerschaft ohne Komplikationen und der Hoffnung auf ein gesundes Kind im Vordergrund.

Der Medizin stehen heute durch die Krankenkassen finanzierte pränatale Diagnoseverfahren zur Verfügung, mit denen gesundheitliche Risiken für die Schwangere und Entwicklungsstörungen bei dem sich entwickelnden Fötus erkannt werden können. Aufgrund des mit steigendem Alter zunehmendem Fehlbildungsrisikos werden allen Frauen, die im Alter von >35 Jahren schwanger werden, entsprechende diagnostische Maßnahmen in der frühen Schwangerschaft angeboten. Aber auch Frauen in jüngerem Alter können z.B. bei familiärer Belastung in Bezug auf Fehlbildungen derartige Untersuchungen in Anspruch nehmen. Dies gilt auch für Frauen, die vor der Schwangerschaft bzw. in der frühen Schwangerschaft Stoffen bzw. Giften ausgesetzt waren, bei denen ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko besteht (z.B. Strahlen, bestimmte Medikamente).

Schwangere Frauen sind rechtzeitig und umfassend über Nutzen und Risiken der diagnostischen Möglichkeiten zu beraten, damit sie eine informierte Entscheidung treffen können. Allerdings findet generell Beratung vor der Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik nur unzureichend statt.<sup>15</sup>

Eine Schwangerschaft verändert nicht nur den weiblichen Körper, sondern die gesamte Lebenssituation. Im Körper der werdenden Mutter spielen sich in der Zeit der Schwangerschaft Veränderungen ab, die sich auf den ganzen Organismus auswirken und das Wohlbefinden der Schwangeren positiv oder negativ beeinflussen können.

Das im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21. August 1995 festgeschriebene Recht „...für jede Frau und jeden Mann, sich in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen informieren und beraten zu lassen“ wird in Berlin in allen öffentlich geförderten Beratungsstellen in Anspruch genommen. Allein die Schwangerenberatung der Sozialmedizinischen Dienste der Bezirke wurde im Jahr 2000 von rund 10.000 Personen (8.308 Frauen und 1.681 Männer) aufgesucht. Dort wurden rund 3.200 schwangere Frauen ärztlich beraten und der weit überwiegende Teil – 80% - auch ärztlich untersucht. Da die meisten Schwangeren zur ärztlichen Schwangerenvorsorge eine gynäkologische Praxis aufsuchen, sind es vor allem Frauen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, (z.B. nicht krankenversicherte Frauen, Migrantinnen, Obdachlose, allein erziehende Frauen) die von den Sozialmedizinischen Diensten medizinisch beraten und betreut werden. Dies schließt Beratungen über materielle und rechtliche Ansprüche im Zusammenhang mit der Schwangerschaft mit ein. Während ausländische Frauen meistens das Beratungsangebot erst am Ende der Schwangerschaft nutzen, erkundigen sich deutsche Frauen häufiger am Schwangerschaftsbeginn über die mit der Geburt zusammenhängenden Fragen, sowie über etwaige Kursangebote wie Schwangerschaftsgymnastik u.ä. Sie nutzen die Beratung ebenfalls für Gespräche über Beziehungsprobleme.

Im Jahr 2000 gab es in Berlin 31.918 Entbindungen; wie im Vorjahr wurden diese mit über 90% im Krankenhaus vorgenommen.

---

<sup>15</sup> Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung, Monitoring: „Stand und Perspektiven der genetischen Diagnostik“, Bundestagsdrucksache 14/4656 vom 16.11.2000

Die nachfolgende Tabelle zeigt auf, welche Krankenhäuser in Berlin eine geburtshilfliche Abteilung haben, wie viele gynäkologische Abteilungen in den Berliner Krankenhäusern vorgehalten werden und wie viele Geburtshäuser den Berlinerinnen zur Verfügung stehen:

Tabelle 2.1:  
Krankenhäuser / Geburtshäuser in Berlin zum Stichtag 30.06.02

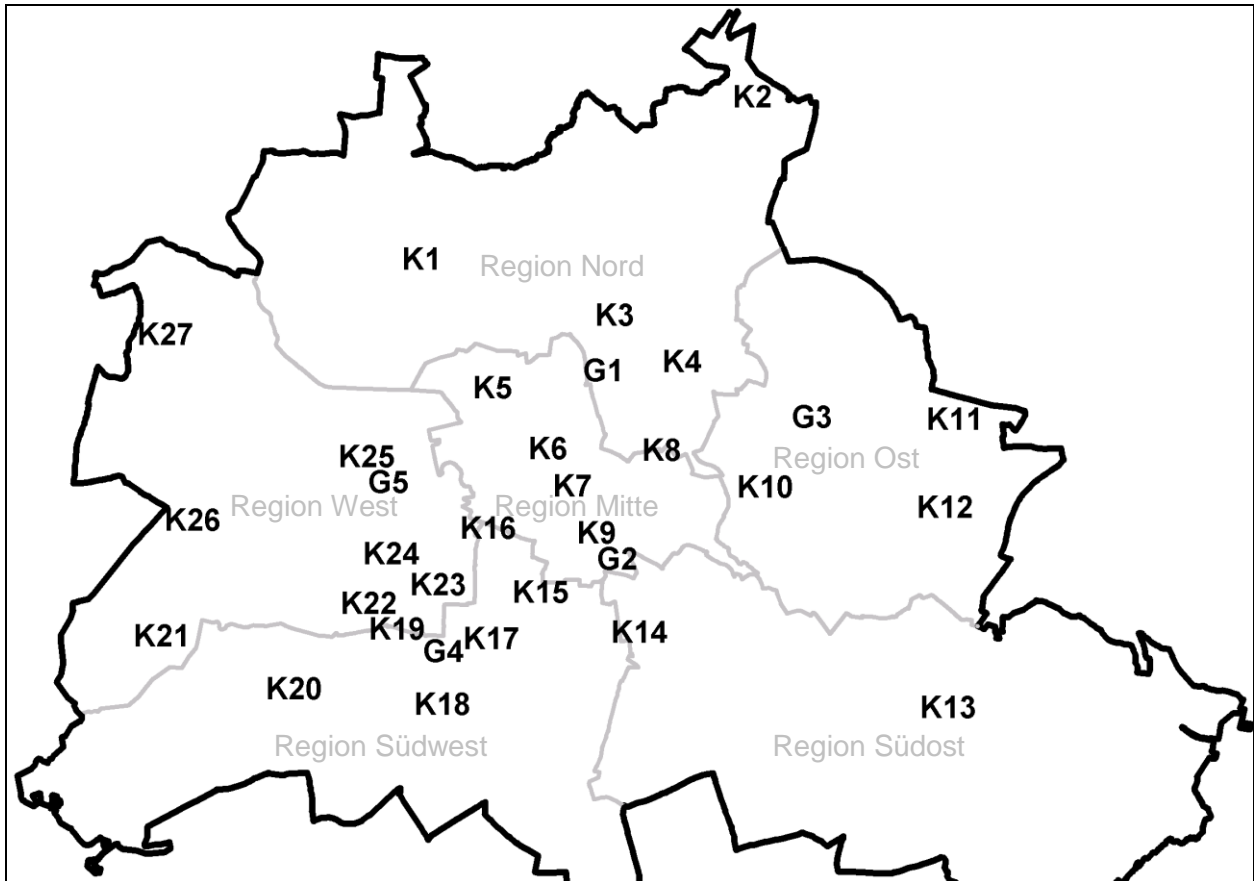
<u>Krankenhäuser mit gynäkologischer Abteilung</u>		<u>Krankenhäuser mit geburtshilflicher Abteilung</u>		<u>Geburtshäuser</u>	
<u>Nr.</u>		<u>Anzahl Betten</u>		<u>Anzahl Betten</u>	<u>Nr.</u>
<b>Region Nord</b>					
<u>K1</u>	<u>Vivantes Klinikum Humboldt</u>	<u>28</u>	<u>Vivantes Klinikum Humboldt</u>	<u>30</u>	<u>G1</u> <u>Geburtshaus am Arminplatz</u>
<u>K2</u>	<u>Helios Klinikum Buch</u>	<u>67</u>	<u>Helios Klinikum Buch</u>	<u>22</u>	
<u>K3</u>	<u>Caritas Kliniken Pankow</u>	<u>32</u>	<u>Caritas Kliniken Pankow</u>	<u>30</u>	
<u>K4</u>	<u>Parkklinik Weissensee</u>	<u>55</u>			
<b>Region Mitte</b>					
<u>K5</u>	<u>Charité Campus Virchow Klinikum</u>	<u>72</u>	<u>Charité Campus Virchow Klinikum</u>	<u>66</u>	<u>G2</u> <u>Kreuzberger Geburtshaus e.V.</u>
<u>K6</u>	<u>Charité Campus Mitte</u>	<u>31</u>	<u>Charité Campus Mitte</u>	<u>46</u>	
<u>K7</u>	<u>Meoclinic</u>	<u>2</u>		<u>--</u>	
<u>K8</u>	<u>Krankenhaus im Friedrichshain</u>	<u>40</u>	<u>Krankenhaus im Friedrichshain</u>	<u>30</u>	
<u>K9</u>	<u>Krankenhaus Am Urban</u>	<u>20</u>	<u>Krankenhaus Am Urban</u>	<u>20</u>	
<b>Region Ost</b>					
<u>K10</u>	<u>Krankenhaus Lichtenberg</u>	<u>84</u>	<u>Krankenhaus Lichtenberg</u>	<u>36</u>	<u>G3</u> <u>Geburtshaus Hohenschönhausen</u>
<u>K11</u>	<u>Klinik Helle Mitte</u>	<u>1</u>		<u>--</u>	
<u>K12</u>	<u>Krankenhaus Hellersdorf - Kaulsdorf</u>	<u>44</u>	<u>Krankenhaus Hellersdorf - Kaulsdorf</u>	<u>21</u>	
<b>Region Südost</b>					
<u>K13</u>	<u>DRK Krankenhaus Köpenick</u>	<u>40</u>	<u>DRK Krankenhaus Köpenick</u>	<u>20</u>	
<u>K14</u>	<u>Vivantes Klinikum Neukölln, ö.B. Mariendorfer Weg</u>	<u>60</u>	<u>Vivantes Klinikum Neukölln, ö.B. Mariendorfer Weg</u>	<u>56</u>	
<b>Region Südwest</b>					
<u>K15</u>	<u>St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof</u>	<u>35</u>	<u>St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof</u>	<u>37</u>	<u>G4</u> <u>Geburtshaus Steglitz</u>
<u>K16</u>	<u>Hygiea Klinik</u>	<u>25</u>		<u>--</u>	
<u>K17</u>	<u>Vivantes Klinikum Auguste-Viktoria</u>	<u>51</u>	<u>Vivantes Klinikum Auguste-Viktoria</u>	<u>25</u>	
<u>K18</u>	<u>Universitätsklinikum Benjamin Franklin</u>	<u>80</u>	<u>Universitätsklinikum Benjamin Franklin</u>	<u>41</u>	
<u>K19</u>	<u>Westklinik Dahlem</u>	<u>20</u>		<u>--</u>	
<u>K20</u>	<u>Krankenhaus Waldfriede</u>	<u>15</u>	<u>Krankenhaus Waldfriede</u>	<u>15</u>	
<b>Region West</b>					
<u>K21</u>	<u>Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe</u>	<u>28</u>	<u>Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe</u>	<u>12</u>	<u>G5</u> <u>Geburtshaus am Klausener Platz</u>
<u>K22</u>	<u>Parksanatorium Dahlem</u>	<u>20</u>	<u>Parksanatorium Dahlem</u>	<u>6</u>	
<u>K23</u>	<u>St. Gertrauden-Krankenhaus</u>	<u>34</u>	<u>St. Gertrauden-Krankenhaus</u>	<u>26</u>	
<u>K24</u>	<u>Martin-Luther-Krankenhaus</u>	<u>30</u>	<u>Martin-Luther-Krankenhaus</u>	<u>25</u>	
<u>K25</u>	<u>DRK Klinikum Westend</u>	<u>53</u>	<u>DRK Klinikum Westend</u>	<u>20</u>	
<u>K26</u>	<u>Havelklinik</u>	<u>3</u>		<u>--</u>	
<u>K27</u>	<u>Ev. Waldkrankenhaus</u>	<u>56</u>	<u>Ev. Waldkrankenhaus</u>	<u>24</u>	

(Quelle: SenGesSozV)

Die nachfolgende Berlin-Karte zeigt die Verteilung der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilungen der Krankenhäuser in den Regionen sowie die in der Stadt angesiedelten Geburtshäuser entsprechend der Nummerierung der vorhergehenden Tabelle.

Abbildung 2.1:

**Verteilung der Krankenhäuser mit geburtshilflicher/gynäkologischer Abteilung und der Geburtshäuser in Berlin**



(Quelle: SenGesSozV)

**Entbindungen in Berlin (nach Meldungen von Krankenhäusern und freiberuflich tätigen Hebammen)**

	1999		2000	
	absolut	%	absolut	%
insgesamt	31.428	100	31.918	100
im Krankenhaus	30.233	96,2	30.664	96,1
darunter ambulant <sup>16</sup>	2.493	7,9	3.041	9,5
außerklinisch	1.195	3,8	1.254	3,9
darunter:				
Hausgeburt	391	1,2	325	1,0
in Hebammenpraxis	83	0,3	235	0,7
im Geburtshaus	720	2,3	693	2,2

(Quelle: SenGesSozV)

Wie bereits in den Vorjahren, wurden auch 2000 in Berlin mehr Jungen als Mädchen geboren (51,2% zu 48,8%).

<sup>16</sup> „Ambulant“ wird eine Entbindung genannt, wenn die Frau die Klinik innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung wieder verlässt.

Die von der Ärztekammer Berlin im September 2002 vorgelegte Perinatalstatistik zeigt noch weitere Entwicklungen auf:

- Es werden **mehr Geburten (medikamentös) eingeleitet als früher**. Im Jahr 1997 betrug der Anteil 16,5%, im Jahr 2001 waren es 20,3%.
- Immer häufiger werden unter der Geburt auch Maßnahmen der Schmerzbekämpfung durchgeführt, hier vor allem die **Periduralanästhesie (PDA)**, die geradezu sprunghaft angestiegen ist. So betrug der PDA-Anteil an allen Geburten 1997 noch 15,6%; im Jahr 2001 waren es schon 25,8%. Das ist eine Zunahme um 65%. In Berlin-West war ein Anstieg von 18,9% auf 30,9% festzustellen; in Berlin-Ost von 5% auf 13,6%, was einer Steigerung um 170% in vier Jahren entspricht.
- Auch unter der Geburt hat sich einiges geändert: Die vaginal-operativen Geburten haben abgenommen (zwischen 1997 und 2001 von 10,1% auf 8,0%), es werden mehr Kaiserschnitte gemacht (die **Sectio-Rate** hat zwischen 1997 und 2001 von 13,8% auf 17,4% zugenommen). Allerdings liegt Berlin hier noch weit unter dem Bundesdurchschnitt von 21% bis 22%.
- Zwischen 1997 und 2001 wurden pro Jahr 112 bis 142 **frühgeborene Kinder** unter **1.000 Gramm** in einer Abteilung für Früh- und Neugeborene (Neonatologie) weiterbehandelt. 84% bis 90% davon kamen in Perinatalzentren zur Welt, das heißt in den vier Abteilungen mit Schwerpunkt-Neonatologie in Berlin, die entsprechend technisch ausgerüstet sind.<sup>17</sup>

Obwohl es in Deutschland ein effizientes System der Schwangerschaftsvorsorge gibt, das durch die Arbeit der niedergelassenen Frauenärztinnen und –ärzte getragen und durch die Arbeit der Hebammen ergänzt wird, ist es wie auch in vielen anderen vergleichbaren Ländern nicht gelungen, die Zahl der Frühgeburten zu senken.

Berlin hat mit einer Frühgeburtenrate von 8,7% einer der höchsten Frühgeburtenraten aller Bundesländer. Die Frühgeburt stellt *das Problem* in der Geburtshilfe dar, nicht nur als eine schwerwiegende individuelle Komplikation im Schwangerschaftsverlauf, sondern auch mit einer höheren prä- und perinatalen Mortalität oder einer lebenslang erhöhten Morbidität der Frühgeborenen sowie einer Verdoppelung des Frühgeburtsrisikos der betroffenen Schwangeren bei einer zukünftigen Schwangerschaft.<sup>18</sup>

Die epidemiologische Forschung hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten einen erheblichen Wissenstand zu medizinischen und nichtmedizinischen Risikofaktoren der Frühgeburt zusammengetragen. Wichtig dabei ist, dass vor allem die nichtmedizinischen Risikofaktoren der Frühgeburt zum einen in der Regel eine hohe Häufigkeit in der weiblichen Bevölkerung im gebärfähigen Alter aufweisen, zum anderen in großer Mehrzahl einer Intervention und Prävention zugänglich sind. Die wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren der Frühgeburt sind u.a.:

- Rauchen und Drogenkonsum
- Regelmäßiger Alkoholkonsum
- Stress, psychosoziale Belastungen
- Ernährungsdefizite
- Vaginalinfektionen

Z.B. könnte jede Raucherin das Frühgeburtsrisiko halbieren, wenn sie mit Beginn der Schwangerschaft auf das Rauchen verzichtet.

Bekannt, jedoch kaum thematisiert, sind die nicht selten nach der Geburt eines Kindes auftretenden postpartalen Störungen. Für die Berichterstellung wurden die Expertinnen vom Verein „Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt – Beratung und Koordination e.V.“ um Auskunft über ihre Erfahrung gebeten. Sie äußern sich dazu wie folgt:

„...Internationale Studien belegen, dass bei 10% bis 15% aller Mütter Wochenbettdepressionen auftreten, in 0,1 bis 0,2% eine Psychose. Unsere Erfahrung zeigt,

<sup>17</sup> Quelle: Ärztekammer Berlin, Pressemitteilung vom 06.09.2002

<sup>18</sup> Kirschner, W., Hoelz, J.: Epidemiologie der Frühgeburtslichkeit“, In: Friese K, Plath, C., Briese V.: „Frühgeburt und Frühgeborenes“, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1999

dass die meisten Frauen jedoch völlig unerwartet mit einer solchen Störung konfrontiert sind, der Krankheitscharakter einer Wochenbettdepression häufig nicht rechtzeitig erkannt wird und adäquate Behandlungsangebote schwer zugänglich sind. Vor diesem Hintergrund gründeten wir im Jahr 2000 den fach- und institutionenübergreifenden Arbeitskreis „Psychische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt“ mit den Schwerpunkten Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung und Vernetzung. Wir haben einen Ratgeber für Hebammen entwickelt und zahlreiche Fortbildungen in Kliniken, Geburtshäusern sowie der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe durchgeführt. Im Jahr 2002 erschien unser Informationsflyer für Frauen/Familien, dessen Druck und Verteilung von einer großen Krankenkasse gefördert wurde. Für betroffene Frauen und ihre Angehörigen werden zwei Selbsthilfegruppen sowie Informationsveranstaltungen in unseren beiden Beratungsstellen angeboten. Diese Initiativen werden aus dem Liga-Vertrag unterstützt.“

Mütter, die während der Schwangerschaft und nach der Geburt psychisch erkranken oder schon im Vorfeld psychisch erkrankt waren, können mit ihrem Säugling z.B. im St. Joseph-Krankenhaus Weißensee, den Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk oder in der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Benjamin Franklin gemeinsam aufgenommen werden (Rooming in) und erhalten ein spezielles Therapieprogramm.

## **Schwangerschaft im Konflikt**

Der Entscheidungsprozess „für oder gegen ein Kind“ kann mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden sein. Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen leisten wesentliche Hilfestellung zur Bewältigung dieser konfliktbeladenen Situation.

Trotz weit reichender Informations- und Beratungsangebote zu Sexualität und Schwangerschaft ist besonders bei jungen Mädchen und Frauen ein Widerspruch zwischen scheinbarem Informations- und Kenntnisstand und realem Gesundheitsverhalten und selbstfürsorgendem Umgang mit dem eigenen Körper wahrzunehmen. Pro Familia ist eine der bekanntesten Einrichtungen, die sich seit Jahrzehnten in den Fragen von Sexualität, Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt engagiert. Pro Familia hält umfangreiches Informationsmaterial zu diesen Themenbereichen in verschiedenen Sprachen vor.

1995 trat das Schwangerschaftskonfliktgesetz in Kraft, das als Schwerpunktaufgaben Information und Beratung zu Verhütung und Familienplanung, zu Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt sowie zur Sexualaufklärung definiert.

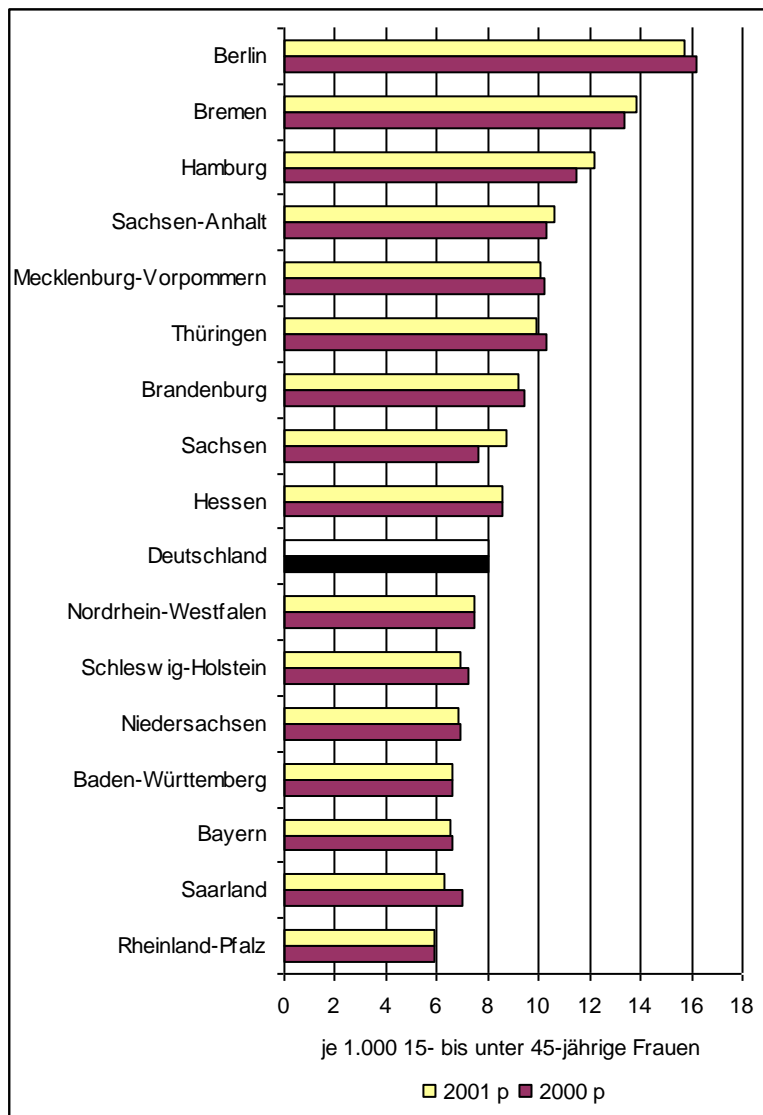
In Berlin sind derzeit 29 Beratungsstellen im Sinne dieses Gesetzes tätig. Dazu gehören 11 Sozialmedizinische Dienste der Bezirke und 18 Beratungsstellen in freier Trägerschaft.

In allen 29 Beratungsstellen stehen soziale und psychosoziale Beratungsangebote für schwangere Frauen im Vordergrund. Darüber hinaus werden medizinische und psychologische Beratung angeboten. Diese Arbeit wird überwiegend von Sozialarbeitern/innen, Sozialpädagogen/innen und Psychologen/innen geleistet. Darüber hinaus sind in einigen Beratungsstellen auch Ärzte/innen, Hebammen und Sexualpädagogen/innen tätig.

Mit diesem Angebot ist gewährleistet, dass entsprechend dem gesetzlichen Auftrag für je 40.000 Einwohnerinnen und Einwohner einer Region ein/e Berater/in zur Verfügung zu stellen, annähernd entsprechen werden kann.

Berlin liegt seit Jahren an der Spitze aller Bundesländer, was die durchschnittliche Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren betrifft.

Abbildung 2.2:  
**Schwangerschaftsabbrüche im bundesweiten Vergleich 2000 / 2001**



p = vorläufige Zahl  
 (Quelle: Statistisches Bundesamt / Darstellung: SenGesSozV – II A -)

Von Krankenhäusern und ambulanten Operationseinrichtungen in Berlin wurde für 2001 die Durchführung von 12.486 Schwangerschaftsabbrüchen gemeldet (2000: 12.770; 1999: 13.071). Das sind auf 10.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren nach vorläufiger Berechnung 168,9 Schwangerschaftsabbrüche (2000: 172,8 / 1999: 176,5). Bei 31.918 Entbindungen im Jahr 2000 bedeutet dies, dass durchschnittlich auf 2,5 Entbindungen ein Schwangerschaftsabbruch entfiel (1999 und 1998 jeweils 2,4).

Wie in den Vorjahren wurde auch in 2001 die weit überwiegende Zahl der Schwangerschaftsabbrüche (2001: 88,7%; 2000: 88,6%; 1999: 88,0%) in ambulanten Operationseinrichtungen durchgeführt. Sowohl Frauen aus Berlin-West wie Berlin-Ost bevorzugten ambulante Operationseinrichtungen für diesen Eingriff. Während die Prozentzahl bei den Frauen aus Berlin-West im Zeitraum 1997-2000 sich zwischen 91,0% und 94,3% bewegte, stieg der Prozentsatz bei den Frauen aus Berlin-Ost im gleichen Zeitraum deutlich an: Von 74,8% in 1997 auf 83,6% im Jahr 2000.

Die meisten der 12.486 Frauen, die sich 2001 zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen, waren zum Zeitpunkt des Eingriffs 20 bis unter 25 Jahre alt, auch bezogen auf 10.000 der gleichaltrigen Bevölkerungsgruppe waren es die 20- bis 24-jährigen Frauen, die sich am häufigsten für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden.



In Berlin werden über 90% aller Schwangerschaftsabbrüche in Vollnarkose durchgeführt, obwohl seit November 1999 als Alternative zum chirurgischen Schwangerschaftsabbruch der medikamentöse Abbruch mit Mifegyne möglich ist. Trotz zwischenzeitlich (2001) höherer Bewertung bzw. ärztlicher Vergütung werden nur ca. 4,6% aller Schwangerschaftsabbrüche mit dem Medikament Mifegyne durchgeführt. Gründe für die bisher geringe Inanspruchnahme liegen u.a. darin, dass ein Abbruch mit Mifegyne nur bis zur 7. Schwangerschaftswoche und bei bestimmten gesundheitlichen Risiken nicht durchgeführt werden kann.

Ein häufig genannter Grund für den Schwangerschaftsabbruch ist die unklare Perspektive, insbesondere in finanzieller Hinsicht. Nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (Artikel 5 des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes vom 21.08.1995) haben Frauen bei fehlendem oder geringem Einkommen und unter Berücksichtigung besonderer Kriterien Anspruch auf kostenfreie Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs. In Berlin sind ca. 80% der Frauen, die sich zu einem Schwangerschaftsabbruch entschließen, nach diesem Gesetz anspruchsberechtigt.

## **Angebote in Berlin**

### **...für (werdende) Mütter nichtdeutscher Herkunft**

Nach wie vor hindern verschiedene Zugangsbarrieren einen Teil der ausländischen Frauen daran, die Beratungs- und Betreuungsangebote der sogenannten Regeldienste wahrzunehmen; hierzu gehört die Sprachbarriere. Hemmungen und Ängste können problemverschärfend hinzukommen. Nicht in allen Bezirken stehen Sprachmittlerinnen und Sprachmittler umfassend zur Verfügung; die darüber hinaus angestrebte interkulturelle Öffnung der sogenannten Regeldienste ist erst „auf dem Weg“ (siehe dazu ausführlich Kapitel 7)

Vor diesem Hintergrund sind die Projekte und Vereine, die sich speziell an ausländische Frauen wenden und in gesundheitlichen Fragen aktive Hilfe bieten, eine wichtige Ergänzung der staatlichen Angebote. In diesem Zusammenhang sind auch die Angebote der Geburtshäuser zu nennen. Um ethnische Minderheiten gezielt ansprechen zu können, wurden in interkulturellen Einrichtungen geburtsvorbereitende Kurse und Informationsgespräche über Betreuungsangebote in der Schwangerschaft und nach der Geburt durchgeführt. Mit Unterstützung einer großen Berliner Krankenkasse wurde vom Verein Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt – Beratung und Koordination e.V. ein deutsch-türkischer Informationsflyer über Geburtshäuser erstellt. Im Rahmen des Kreuzberger „Interkulturellen Gesundheitsnetzwerks“ (zu dieser bezirklichen Initiative der interkulturellen Öffnung der sozialen Dienste s. ausführlicher Kapitel 7) wurde eine Schwangerenberatung für Türkinnen initiiert.

### **...der Bezirke**

1999 suchten 44.688 und im Jahr 2000 43.484 Frauen, Männer und Paare erstmalig die Beratungsstellen der Sozialmedizinischen Dienste auf<sup>19</sup>.

Im Folgenden sind einige Rückmeldungen aus den Bezirken wiedergegeben.

#### **Bezirk Marzahn-Hellersdorf**

Im Sozialmedizinischen Dienst des Gesundheitsamtes Marzahn-Hellersdorf wurden seit 1995 die Beratungsangebote erweitert und verstärkt. Das Konzept der Beratung umfasst die Themen: Beratung über Methoden der Empfängnisregelung oder Geburtenkontrolle, Schwangerschaftskonfliktberatung, Sexualberatung, Partnerberatung, Schwangerenberatung und Sexualpädagogik (Sexualerziehung).

---

<sup>19</sup> Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2001, S. 77

Die Gruppe schwangerer Frauen unter 20 Jahren stellt ein besonderes Problem dar. Ein Teil dieser jungen Frauen entscheidet sich für das Kind. Diese Frauen werden vor und nach der Geburt intensiv sozial betreut. Bei Bedarf werden Kontakte zum Sozialamt, zur Stiftung "Hilfe für die Familie", Jugendamt und anderen Einrichtungen hergestellt. Da bei Einigen die Krankenversicherung unklar ist bzw. sie nicht krankenversichert sind, werden sie vom Bezirk im gleichen Umfang wie in einer gynäkologischen Praxis ärztlich betreut. In dieser Altersgruppe (Frauen unter 20 Jahren) besteht ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaftskomplikationen, daher ist eine vertrauensvolle Beziehung sehr wichtig. Der andere Teil der jungen Frauen entscheidet sich gegen das Kind; als Gründe werden dafür häufig genannt: berufliche Situation, finanzielle Aspekte, familiäre und partnerschaftliche Gründe und die Selbsteinschätzung, der Mutterrolle noch nicht gewachsen zu sein. Auch diese jungen Frauen brauchen Unterstützung und Hilfe.

### **Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf**

Das Beratungs- und Betreuungsangebot sowie die notwendige medizinische Betreuung ist seit 1995 unverändert. Dies betrifft auch den Bereich der Schwangerenberatung. Die Zahl der ärztlichen Untersuchungen von Schwangeren ist in den letzten Jahren gestiegen. Medizinisch betreut werden nicht-versicherte Frauen teils mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus oder Frauen, die sich aufgrund erheblicher psychischer und/oder sozialer Schwierigkeiten bisher einer gesundheitlichen Versorgung entzogen hatten.

Das psychosoziale Betreuungsangebot für junge schwangere Frauen unter 20 Jahren besteht nach wie vor im Sozialmedizinischen Dienst.

Die Zahl der betreuten, sehr jungen, teils auch minderjährigen Schwangeren ist in den letzten beiden Jahren leicht gestiegen. Der Betreuungsumfang der sehr jungen schwangeren Frauen ist in den meisten Fällen erheblich. Die finanzielle Situation muss geklärt, die geeignete Wohnform muss besprochen werden. Es geht darum, die junge Frau oder auch das Paar beim Hineinwachsen in eine neue Lebenssituation zu stützen.

Im Rahmen der Schwangerenberatung besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Entbindungsstation im DRK-Klinikum Westend. So wird z.B. der Kontakt zu den dort tätigen Hebammen hergestellt, um eine übergangslose und umfassende Betreuung der schwangeren Frauen zu gewährleisten. Aus psychosozialen und medizinischen Gründen ist dies bei den ganz jungen Frauen besonders wichtig.

Ein generelles Problem ist zu benennen: Die psychosoziale Beratung wird jedoch leider nicht in dem Umfang von den jugendlichen Schwangeren in Anspruch genommen, wie aus der Sicht der Betreuenden es wünschenswert wäre. Nach Auffassung des Bezirks wird immer noch zu wenig, nicht nur bei den sehr jungen Schwangeren, in den Arztpraxen auf das Betreuungsangebot der Sozialmedizinischen Dienste hingewiesen. Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist das seit 1999 existierende zusätzliche Beratungs- und Betreuungsangebot für werdende Eltern aus sozial benachteiligten Milieus. Eine Erweiterung des Angebotes wird angestrebt. Insbesondere durch die Einbeziehung der niedergelassenen Frauenärztinnen/Frauenärzte im Bezirk sollen zukünftig sehr junge Schwangere sowie Schwangere aus sozialen Randgruppen stärker als bisher erreicht werden.

### **Bezirk Lichtenberg**

1995 wurden die Sozialmedizinischen Dienste regionalisiert und der Sozialmedizinische Dienst Lichtenberg hat sich damals intensiv mit den sich aus dem neu formulierten Schwangerschaftskonfliktgesetz ergebenden Aufgaben auseinandergesetzt.

Die psychosoziale Betreuung junger schwangerer Frauen erfolgt durch Sozialarbeiterinnen und eine Psychologin. Dabei ist die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern (zum Teil ist die Finanzierung schwierig) und Mutter-Kind-Einrichtungen erforderlich. Ein niederschwelliges Angebot mit unkompliziertem Zugang ermöglicht kurzfristige psychologische Beratung zu allen Themen der Aufgabengebiete.

### **Bezirk Reinickendorf / Vivantes Humboldt-Klinikum (vormals Krankenhaus Reinickendorf)**

Zwischen dem Bezirk und dem Vivantes Humboldt-Klinikum besteht eine Verwaltungsvereinbarung, die unter anderem beinhaltet, dass eine Sozialarbeiterin in den Schwangerensprechstunden des Krankenhauses anwesend ist und zu sozialen, finanziellen und familienrechtlichen Fragen Auskunft

gibt. Im Bedarfsfall werden die Frauen im Sozialmedizinischen Dienst weiter betreut. Nicht krankenversicherte Schwangere erhalten in Kooperation mit dem Krankenhaus alle Vorsorguntersuchungen, Beratungen und notwendigen Betreuungsangebote, wie sie auch für Versicherte vorgesehen sind. Für junge schwangere Frauen unter 20 Jahren wird im Vivantes Humboldt Klinikum eine besonders intensive und von erfahrenen Hebammen geführte Schwangerenberatung angeboten, die begleitet ist von einer ärztlichen Untersuchung. Als Ergebnis der Untersuchung werden Empfehlungen an die niedergelassenen betreuenden Frauenärztinnen und Fachärzte/Fachärztinnen ausgesprochen und eventuell auch Kontrolluntersuchungen durchgeführt, wenn diese von den Niedergelassenen nicht erbracht werden können (z.B. spezielle Ultraschalluntersuchungen, Doppler-Untersuchungen, Abklärung eines eventuellen Schwangerschaftsdiabetes, Infektionsdiagnostik usw.).

Der Vertrag über die Zusammenarbeit des Bezirksamtes Reinickendorf mit dem Vivantes Humboldt-Klinikum ist zum 31. Dezember 2002 gekündigt worden, da der Bezirk den Sozialmedizinischen Dienst des Bezirksamtes neu ordnen möchte.

### **3. Situation von Frauen nach der reproduktiven Phase, Alter**

#### **Wechseljahre**

Die Wechseljahre sind ein natürlicher Prozess im Leben von Frauen, der mit körperlichen und seelischen Veränderungen einhergeht. Die hormonelle Umstellung – eine geringere altersgemäße Östrogenproduktion, Progesteron wird nicht mehr produziert – geschieht ungefähr ab Mitte vierzig. Sie ist mit Mitte bis Ende 50 abgeschlossen und kann vorübergehend mit Beschwerden verbunden sein. Ob und wie stark Frauen von Beschwerden betroffen sind, ist individuell sehr unterschiedlich.

In Berlin leben rund 225.000 Frauen im Alter von über 45 bis unter 55 Jahren.<sup>20</sup>

Als wesentliche Unterstützung bei der Bewältigung der Wechseljahre wird von vielen Frauen die ärztliche Betreuung gesehen. Die Wünsche und Erwartungen an Ärzte/Ärztinnen bestehen in einer ganzheitlichen Sichtweise einerseits und der Beseitigung bestimmter durch die Wechseljahre verursachter Beschwerden andererseits. Die hormonelle Substitutionsbehandlung galt in der Ärzteschaft lange als Mittel der Wahl zur Beseitigung auch nur geringfügiger Wechseljahresbeschwerden, und die empfohlene langjährige Anwendung wurde auf die Annahme gestützt, damit auch anderen gesundheitlichen Risiken wie Herz-Kreislauf-Krankheiten und Osteoporose entgegen zu wirken.

Inzwischen wird nicht nur von Frauenprojekten auf die unangemessen häufige Hormonbehandlung in dieser Lebensphase hingewiesen, bei der beispielweise die Nebenwirkungen und mangelnde Evidenz präventiver Effekte weitgehend außer acht bleiben. Beispielhaft wird die Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin und des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) unter Leitung von Prof. Dr. Greiser angeführt, nach der sich die Menge der verordneten östrogenhaltigen Präparate für Frauen ab 40 Jahren in Deutschland in den letzten fünfzehn Jahren mehr als verzehnfacht hat.

Zwischenzeitlich hat der Abbruch der in den USA durchgeführten World Health Initiative - Studie zur Hormonersatztherapie mit Östrogen-Gestagen-Kombipräparaten (USA), die eine Senkung der Herz-Kreislauf- und Brustkrebskrankungen in bzw. nach den Wechseljahren bewirken sollten, aufgrund der eingetretenen gegenteiligen Wirkungen auch in der Bundesrepublik zu einer kritischeren Sicht auf bisher weit verbreitete Praktiken der Medikation bei Frauen zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf- und Brustkrebskrankungen in bzw. nach den Wechseljahren geführt.

Angesichts der gesundheitlichen Risiken einer mehrjährigen Hormonersatztherapie ist eine sachgerechte Aufklärung und Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen durch Ärztinnen und Ärzte im Sinne des informed consent unbedingt anzustreben.

Es ist vor allem dem Engagement von Projekten und Initiativen zuzurechnen, hierzu Informationen und Beratungen anzubieten. Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. (FFGZ) ist seit langer Zeit darauf ausgerichtet, Frauen Information und Orientierung in dieser Lebensphase zu geben. In Veranstaltungen, Beratungen und Kursen wird auf körperliche und psychische Veränderungen während der Wechseljahre eingegangen, die Einnahme von Hormonen, aber auch die Möglichkeiten alternativer Heilweisen werden thematisiert.

---

<sup>20</sup> s. demographische Basistabelle Berlin 2000, Kap. 1, S. 10

## Älter werden

In der Altersforschung existiert das Schlagwort: „Das Alter ist weiblich!“. Damit wird die demographische Struktur auf einen kurzen Nenner gebracht und zutreffend sowohl für Deutschland, wie auch speziell für Berlin beschrieben. Die aktuellen Berechnungen gehen für Berlin von einer Lebenserwartung von 74,1 Jahren für den männlichen Berliner aus; die Lebenserwartung der Berlinerinnen liegt mit 80,1 Jahren deutlich höher (s. a. Kapitel 1).

Ältere und alte Frauen sind keine homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Lebenssituation, ihren Lebensvorstellungen und –möglichkeiten und ihrer Gesundheit. Sie haben unterschiedliche Wünsche und Erwartungen, die sie mit dem Alter verbinden. Ältere und alte Menschen und damit insbesondere ältere Frauen sind und werden mit ihren Potenzialen, aber auch mit ihrem Unterstützungsbedarf eine zunehmend größere und mit ihren altersentsprechenden Bedürfnissen zu beachtende Gruppe unserer Gesellschaft.

Ein aktives selbstbestimmtes Leben ist auch für ältere Menschen eine wichtige Basis. Dies fördert die Lebenszufriedenheit und das Selbstwertgefühl. Positive Lebenserfahrungen können wiederum das gesundheitliche Befinden beeinflussen. Hier liegt ein wichtiger Ansatzpunkt im Sinne von gesundheitlicher Prävention. Es gilt, ältere Frauen zu Engagement, Aktivität, Kontakten und zur Selbsthilfe zu ermutigen und sie darin zu bestärken.

Durch die höhere Lebenserwartung der Frauen und dem bislang immer noch traditionellen Partnerwahlverhalten - Frauen wählen in der Regel Partner, die älter als sie selbst sind - tragen Frauen nicht nur ein höheres Risiko zu verwitwen, sondern auch die Pflege ihres Partners zu übernehmen. Verwitwung als lebenskritisches Ereignis mit Auswirkungen auf das soziale und psychische und damit auf das gesundheitliche Befinden findet bislang wissenschaftlich und sozialpolitisch relativ wenig Beachtung.

Der 2002 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebene „Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“ (im folgenden 4. Altenbericht genannt) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Selbstmordgefahr verwitweter Personen doppelt so hoch ist wie bei den Verheirateten. Eine Befragung alter Frauen und Männer ergab, dass zwei Drittel durch den Partnerverlust sich in der eigenen Gesundheit negativ beeinträchtigt sahen.

Eine aktuelle Studie zur Lebenssituation älterer Frauen in Berlin thematisiert ebenfalls diese Fragen und führt u.a. aus:<sup>21</sup>

„...Dominant ist dabei die höhere Lebenserwartung der Frauen, die weiter Bestand haben wird. Demzufolge wird die Lebensphase Alter auch zukünftig von einem hohen Frauenüberschuss gekennzeichnet sein („Feminisierung des Alters“) und Frauen erleben weitaus häufiger das Schicksal des Partnerverlustes. Inwieweit eine Verwitwung auch zu einer Vereinsamung des Lebens führt („Singularisierung im Alter“) kann mit den Daten der amtlichen Statistik nicht geprüft werden. Dazu sind empirische Studien erforderlich, die sich der Thematik sozialer Netzwerke im Alter annehmen. Die Konsequenzen, die ein längeres Leben für den Gesundheitszustand und für die Krankheitsbilder der älteren und insbesondere der hochaltrigen Bevölkerung haben werden, können bisher nur spekulativ diskutiert werden.....“

Wie sieht nun die gesundheitliche Versorgung alter Menschen aus? Wer oder was – unabhängig von der Familie oder anderen nahestehenden Personen - die wichtigsten Instanzen?

Nach wie vor werden alte Menschen ambulant vor allem durch den Hausarzt versorgt. Seit dem 1.1.2000 bilden Hausärzte eine eigene Arztgruppe (Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, hausärztliche Internisten). Die Hausarztpraxis ist nach wie vor Knotenpunkt des medizinischen Versorgungsmanagements (Lotsenfunktion des Hausarztes).

Nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin verzeichnen Hausärzte in den letzten Jahren eine bessere Versorgung vor allem im Ostteil der Stadt. Dort werden jetzt mehr Hilfsmittel verordnet,

---

<sup>21</sup> Deutsches Zentrum für Altersfragen: Studie „Ausgewählte Rahmendaten zur Lebenssituation älterer Frauen in Berlin 2000“, Seite 77

z.B. Rollatoren, damit die Patientinnen wieder mobiler werden können. Das betrifft auch Krankengymnastik, Pflegedienste und Hauswirtschaftsbetreuung für die hochbetagten Patientinnen und Patienten. Als besonders wichtig wird es erachtet, die sozialen Kontakte dieser Patientinnen besser zu fördern, indem, so der Vorschlag, z.B. Pflegekräfte gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten, aus dem Haus gehen.

Die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen erfolgt überwiegend durch Hausärzte. In einem Projekt werden derzeit in rund 40 Pflegeeinrichtungen (ehemalige Krankenhäuser und Krankenhäuser für Chronischkranke) Modelle der ärztlichen Versorgung erprobt und die Auswirkungen ausgewertet.

Das FFGZ hält seit Jahren Angebote auch eigens für ältere Frauen vor, die über das Projekt „Älter werden ist keine Krankheit“ entwickelt wurden. Kooperationspartnerinnen waren Selbsthilfetreffpunkte, Nachbarschaftsheime, Frauenbeauftragte oder Institutionen wie der Landessportbund. Ziel des Schwerpunktes „Ältere Frauen“ ist neben Beratungs- und Informationstätigkeit die Anregung einer öffentlichen Auseinandersetzung mit den Themen Älterwerden und Altsein.

In der Expertise „Ausgewählte Rahmendaten zur Lebenssituation älterer Frauen in Berlin“ wird darauf hingewiesen, dass viele Initiativen von und für ältere Frauen das in der Öffentlichkeit fehlende Problembewusstsein anmahnen, das sich im geschlechtsneutralen Sprachgebrauch des Begriffs „Senioren“ ausdrückt. Die Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Verschiedenartigkeit von Lebensverläufen und daraus resultierenden unterschiedlichen Problemen von Männern und Frauen wird damit ausgeblendet.

Vor diesem Hintergrund kommt die Expertise „Ausgewählte Rahmendaten zur Lebenssituation älterer Frauen in Berlin“ zu Handlungsempfehlungen, die für diesen Bericht übernommen werden:

- Altenpolitik sollte stärker differenzierend mit Blick auf Frauen (und Männer) gestaltet werden.
- Die Koordination von Alten- und Frauenpolitik (Geschlechterpolitik) sollte verbessert werden.
- Die Altenpolitik sollte einen gesellschaftlichen Diskurs zum Thema Alter(n) und Geschlecht anstoßen.
- Die landesbezogene (Berlin-) Forschung sollte geschlechtsbezogene gerontologische Projekte stärker fördern.
- Versorgungs- und Planungskonzepte für ältere Menschen sollten die spezifischen Bedürfnisse von Frauen (und Männern) stärker berücksichtigen.

Wird allgemein die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Wahrnehmung der Bedürfnisse und Unterstützungsmöglichkeiten für ältere Menschen gesehen, stellt sich auch die Frage nach notwendigen Angeboten speziell für Migrantinnen. Dazu muss vorausgeschickt werden, dass die Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung sich wesentlich von der der deutschen Bevölkerung unterscheidet. Ältere Ausländer beiderlei Geschlechts sind noch eine Minderheit in ihrer ethnischen Gruppe. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der Frührentner unter den Migrantinnen und Migranten höher ist als bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern deutscher Herkunft. Dies ist insbesondere auf die meist starken gesundheitlichen Belastungen im Erwerbsleben zurückzuführen.

Von den zum 30. Juni 2001 in Berlin gemeldeten rund 436.000 Ausländerinnen (rund 202.000 Frauen) und Ausländern (rund 234.000 Männer) waren nur rund 20.000 Personen 65 Jahre und älter (davon rund 10.000 Frauen und 10.000 Männer). Diese Situation wird sich in den nächsten Jahren aber deutlich ändern – rund 36.000 Ausländerinnen und Ausländer, (davon rund 16.000 Frauen und 20.000 Männer) sind im Alter von 55 bis unter 65 Jahren.

Die größte ausländische Nationalitätengruppe, die türkische Bevölkerung, stellt dabei allein rund 14.000 Personen im Alter von 55 bis unter 65 Jahren (davon rund 6.000 Frauen und 8.000 Männer).

Diese Ausgangsbasis verdeutlicht, warum noch keine langjährigen Erfahrungen in der migrantenspezifischen Altenarbeit bestehen, zumal darüber hinaus insbesondere in der ersten Ausländergeneration als langfristige Lebensperspektive – gerade für das Rentenalter – die ursprüngliche Heimat avisiert wurde. Dementsprechend hat die Auseinandersetzung mit der Frage, welche Angebote besonders für ältere Migrantinnen geschaffen werden sollten, erst in den 90ziger Jahren begonnen. In den 1999 beschlossenen „Leitlinien für die künftige Seniorenpolitik“ wurden diese Fragen besonders themati-

sirt. Vor dem Hintergrund der Leitlinien werden bereits verstärkt Aspekte der Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Planungs- und Steuerungsprozessen der Altenhilfe in Betracht gezogen (etwa im Bereich des Seniorenwohnens oder der stationären Versorgung).

Hierbei gilt es, die spezifische Situation älterer Migrantinnen zu berücksichtigen. Häufig empfinden sie sich relativ früh als alt, z.B. wenn sie Großmutter werden. Dies kann verstärkt werden durch objektive Faktoren wie z.B. ein frühes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, die ihre Ursache häufig in den belastenden Bedingungen (schwere körperliche Arbeit, Schicht- bzw. Nacharbeit, Akkord) haben, unter denen gerade die Migranten und Migrantinnen der sogenannten ersten Generation gearbeitet haben. Diese überdurchschnittlich hohen gesundheitlichen Belastungen während des Erwerbslebens führen zu einem erhöhten Krankheitsrisiko im Alter. Auch die mit der Migration verbundenen psychischen Anforderungen (Auseinandersetzung mit einer fremden Gesellschaft, Trennung von Familie und Freunden u.ä.) können gesundheitliche Auswirkungen haben.

Dementsprechend werden Konzepte für die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren in spe besonders im Blickpunkt stehen. In den letzten Jahren gibt es bei verschiedenen Wohlfahrtsverbänden Kooperationen mit Bezirksämtern vor allem hinsichtlich der Versorgung Älterer nichtdeutscher Herkunft im Seniorenfreizeitbereich oder in Gestalt von Fachberatungsstellen (Arbeiterwohlfahrt und Caritas), die u.a. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der bezirklichen Altenhilfe und der Krankenhäuser in einzelnen Veranstaltungen oder in fortlaufenden Beratungsgesprächen systematisch über Möglichkeiten einer interkulturellen Orientierung ihrer Arbeit beraten. Eine dieser Fachberatungsstellen informiert darüber hinaus in Kursen Multiplikatoren aus den Migranten-Communities über Angebote der Altenhilfe, um so auch durch Einwirkung auf die Minderheiten die Zugangsbarrieren abzubauen.

## Pflege

Die Bedeutung der familiären und sonstigen informellen Netzwerke für die häusliche Pflege ist erheblich. Die Familie kann zu Recht als der „größte Pflegedienst in Deutschland“ bezeichnet werden. Familiäre Pflege wird hierbei nach wie vor überwiegend von Frauen geleistet.

Mit Stichtag 15.12.1999 gab es 80.871 Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung in Berlin. Sie verteilen sich auf die einzelnen Pflegestufen wie folgt:

Tabelle 3.1:  
**Pflegebedürftige in Berlin nach Pflegestufen**

Pflegebedürftige	Pflegestufe			
	I	II	III	ohne Zuordnung
<b>Berlin insgesamt</b>				
80 871	37.967	31.831	10.400	673
davon Frauen	davon Frauen	davon Frauen	davon Frauen	davon Frauen
57.112	27.241	22.510	7.453	508

(Datenquelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Diese Übersicht gibt einen Anhaltspunkt zur Größenordnung der pflegebedürftigen Personen in Berlin; zu beachten ist, dass es noch weitere Personenkreise gibt, die pflegebedürftig sind, aber keine Leistungen erhalten (z.B. Personen, deren Pflegebedürftigkeit unterhalb der Schwelle liegt, die für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung definiert ist).

Die Betreuung und Pflege wird über ambulante, teilstationäre (Tagespflege) und stationäre Einrichtungen (Kurzzeitpflege/Dauerpflege) gewährleistet. Die im Tabellenanhang unter 3.4 gezeigte Übersicht gibt Aufschluss über die Anzahl der unterschiedlichen teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin.

Pflegebedürftigkeit nimmt mit dem Alter zu. Ende 1999 waren 24,3% der Menschen, die 75 Jahre und älter sind, pflegebedürftig. Im Stadtstaat Berlin gab es - bedingt durch die Bevölkerungsstruktur - relativ viele hochaltrige Pflegebedürftige. Vor diesem Hintergrund ist der hohe Anteil der Frauen bei den Pflegebedürftigen (71,4%) zu sehen. Die aus der Bundespflegestatistik gewonnenen Daten zum Stich-

tag 15.12.1999 zeigen für Berlin, dass Frauen in den vollstationären Einrichtungen deutlich stärker als Männer vertreten sind. Von insgesamt

23.629 Pflegebedürftigen in Berliner Pflegeheimen waren  
19.116 weiblich,  
4.513 männlich.

Damit stellen Frauen mit rund 80% den Hauptteil der Pflegebedürftigen in Berliner Pflegeheimen. Der weit überwiegende Teil der Heimbewohnerinnen ist 85 Jahre oder älter (11.902 Frauen, somit über 60%). Männer stellen nicht nur einen viel geringeren Teil der Bewohner, sie sind im Schnitt jünger als die dort lebenden Frauen. Nur ein Drittel zählt zur Altersgruppe 85 Jahre und älter. Diese deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede erklären sich vor allem aus der höheren Lebenserwartung von Frauen und sind damit verbunden, dass sie in der Regel ihre Partner überleben. Häufig haben sie für dessen Pflege gesorgt, bevor sie selbst zum Pflegefall wurden.

Mehr als zwei Drittel der Berliner Pflegebedürftigen wurde zu Hause versorgt (57.242 von 80.871 Berliner Pflegebedürftigen). Von den zu Hause betreuten Pflegebedürftigen erhielt die überwiegende Zahl - 38.805 - ausschließlich Pflegegeld. Das bedeutet, dass sie in der Regel zu Hause allein durch Mitglieder der privaten Netze, insbesondere durch weibliche Familienangehörige versorgt wurden. Bei den anderen 18.437 Pflegebedürftigen, die ebenfalls zu Hause versorgt wurden, erfolgte die Pflege zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Die sozialen Netzwerke der informellen Hilfe (Partnerschaft, Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, Freundeskreis) leisten demzufolge nach wie vor den Hauptteil der sozialen und gesundheitlichen Unterstützung im Alter.

Häusliche Angehörigenpflege im Alter und davor ist in erster Linie weiblich. In ihrer „Pflegekarriere“ pflegt die Frau ggf. zunächst ihre Kinder, dann ihre Eltern und zuletzt ihren Ehemann. Die von ihr erbrachten enormen Leistungen werden von der Gesellschaft vielfach unzureichend gewürdigt, sondern als selbstverständliche Tätigkeiten entsprechend dem traditionellen Rollenverständnis erwartet. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang neben den mit der Pflege verbundenen körperlichen Anstrengungen und psychischen Belastungen aufgrund von Spannungen und Konflikten innerhalb der Familie, darüber hinaus in besonderem Maße aber in Verbindung mit Verhaltensstörungen der gepflegten Person, Einschränkungen in der Realisierung eigener Lebenspläne, Gefährdungen der eigenen Berufstätigkeit und soziale Isolation. Für viele ältere Frauen fällt die oft jahrelange Pflege des pflegebedürftigen Ehemannes in eine Lebensphase, die normalerweise als Ruhestand deklariert ist. Dies ist mit mannigfaltigen Problemen verbunden. So kann die Pflege als große Belastung erlebt werden, da die ursprünglichen Planungen für den gemeinsamen Lebensabend völlig überlagert werden. Dies kann z.B. psychische Reaktionen wie Depression, Stresssymptomatik und Angst auslösen. Die Pflegeleistung an sich ergibt sich aus den real erbrachten pflegerischen Handlungen, der psychischen Betreuung, der Anwesenheitspflicht und der Organisation, die mit allem verbunden ist. Hierfür sind pflegende Töchter und Ehefrauen aber oft nicht ausreichend vorbereitet bzw. ausgebildet.

Überforderung in der Pflege und ein Mangel an Unterstützung von außen bergen zudem die Gefahr unzureichender Pflege und des Auftretens von Gewalt. Den diesbezüglichen Kenntnisstand fasst der im Auftrag der Bundesregierung erstellte 3. Altenhilfebericht<sup>22</sup> aus dem Jahr 2001 zusammen. Ergänzende Hinweise zur Situation in Berlin liefert die bereits zitierte Expertise „Ausgewählte Rahmendaten zur Lebenssituation älterer Frauen in Berlin“.

Gewalt bedeutet im Rahmen der Gerontologie, „jene Handlungen und Unterlassungen, die gravierenden Auswirkungen auf die Lebenssituation und Befindlichkeit älterer Menschen haben“<sup>23</sup>. Dabei spielt Gewalt im unmittelbaren sozialen Kontext eine große Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 600.000 ältere Menschen oder 6,6% der 60 bis 75- Jährigen in Deutschland jährlich Opfer innerfamiliärer Gewalt werden. Die Opfer, aber auch die Täterinnen sind zum überwiegenden Teil Frauen. Die häusliche Gewalt resultiert aus einer oftmals als ausweglos empfundenen Situation. Hier ist zum einen weitergehende Forschung nötig und zum anderen eine größere Unterstützung und Entlastung der pflegenden Frauen.

---

<sup>22</sup> Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation – Alter und Gesellschaft, Bericht der Sachverständigenkommission, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001

<sup>23</sup> Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltrige – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen; Bericht der Sachverständigenkommission, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002



Sozialpolitisch ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, durch geeignete Hilfen von außen dazu beizutragen, dass pflegende Angehörige bei ihrer schweren und gesellschaftlich bedeutsamen Arbeit entlastet werden, ihre Pflegefähigkeit gestärkt und nicht überfordert wird und, dass Bedingungen geschaffen werden, die die Pflegebereitschaft aufrechterhalten und fördern.

Das Land Berlin setzt sich schon seit geraumer Zeit für die Verbesserung der Qualität der Versorgung im ambulanten Bereich ein. Hierzu gehört insbesondere, Mängel in der pflegerischen Versorgungsstruktur zu identifizieren und zu beseitigen, die Pflegequalität in (familialen) Pflegearrangements zu verbessern, die „Kundenposition“ im Rahmen des Verbraucherschutzes zu stärken sowie die öffentliche und private Aufmerksamkeit für die Problematik von Gewalt im Kontext Pflege zu schärfen. Vorgesehen ist, die „Qualität in der ambulanten Pflege“ durch die Weiterentwicklung der bestehenden Regelungen und Strukturen in individueller und struktureller Hinsicht weiter zu verbessern.

Mit dem Ziel der ortsnahen Beobachtung und Bewertung der Versorgungsinfrastruktur und ihrer Weiterentwicklung auf der Basis regionaler Analysen sollen bezirkliche Konferenzen mit dem Fokus „Altenhilfestrukturen“ entwickelt werden. Die Konferenzen dienen u.a. dazu, Versorgungslücken und –disparitäten zu ermitteln und zu schließen.

Die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen soll intensiviert werden (u.a. Umsetzung der §§ 114 – Örtliche Prüfung, 115 – Ergebnisse von Qualitätsprüfungen - Sozialgesetzbuch XI – SGB XI).

Darüber hinaus unterstützt das Land die Versorgung im ambulanten Bereich durch den Aufbau pflege flankierender Dienste (Mobilitätshilfedienste) und die Weiterentwicklung der sozialen Beratungsinfrastruktur (Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen). Der Bedeutung der Arbeit mit pflegenden Angehörigen wurde darüber hinaus mit konzeptionellen Weiterentwicklungen bei zwei weiteren ebenfalls mit Mitteln des Landes Berlin geförderten Projekten Rechnung getragen. Die spezifische Problematik von Demenzerkrankten fand dabei Beachtung.

Unter dem Motto „Draußen spielt das Leben – wir bringen Sie hin“ bieten die „**Berliner Mobilitätshilfedienste**“ in allen Bezirken Begleit- und Schiebehilfe für ältere und behinderte Menschen an, die ihre Wohnung nicht ohne fremde Hilfe verlassen können. Neben der Schiebe- und Begleitleistung bieten die Dienste Treppenhilfe, Ankleidehilfe und Hilfestellungen bei der Beschaffung und Nutzung behindertengerechter Hilfsmittel an. Als Ansprech- und Kommunikationspartner tragen sie Bedürfnissen ihrer Klientinnen und Klienten nach Nähe, Aufmerksamkeit und Kommunikation Rechnung und versuchen, sie gezielt zur Erweiterung ihres Handlungsspielraums zu motivieren.

Ziel ist es, ihren Nutzerinnen und Nutzern die Teilnahme am öffentlichen Leben zu ermöglichen, ihre Mobilität zu erhalten bzw. zu fördern, sie bei Bedarf gezielt an Leistungsangebote insbesondere ambulanter Pflegeeinrichtungen heranzuführen und vermeidbare Übergänge in die vollstationäre Pflege bzw. in die Klinik möglichst zu verhindern.

Klientinnen und Klienten der Dienste sind ältere, behinderte und chronisch kranke Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen, die überwiegend weiblich, alleinstehend, hochbetagt und z.T. vereinsamt sind und ihre Wohnung nicht mehr ohne fremde Hilfe verlassen können. Eine Stichprobe in den zuwendungsgeförderten Mobilitätshilfediensten im Januar 2001 weist aus, dass **84%** aller Nutzer **Frauen** sind.

Weitere Ergebnisse dieser Stichprobe waren: 11% sind unter 65 Jahre, 27% zwischen 65 und 80 Jahre, 62% über 80 Jahre alt, und knapp die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer (49%) ist auf einen Rollstuhl angewiesen.

Die Berliner Mobilitätshilfedienste wurden 2001 in Verbindung mit der Bezirksreform nach einheitlichen Förderkriterien neu strukturiert. Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Vertrags mit der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (sogenannter Liga-Vertrag) werden seitdem 19 Mobilitätshilfedienste und eine gesamtstädtisch tätige Koordinationsstelle mit Mitteln des Landes Berlin gefördert. Die Anzahl der zuwendungsgeförderten Mobilitätshilfedienste und die Höhe der Zuwendungen richtet sich hierbei nach dem Anteil älterer und behinderter Menschen in den einzelnen Bezirken. Die Vorhaltung von mindestens einem Mobilitätshilfedienst pro Bezirk bildet die Grundlage für eine wohnortnahe Betreuung. Zusätzlich gibt es in 7 Bezirken, die eine überdurchschnittliche Zahl älterer und behinderter Menschen aufweisen, einen zweiten Mobilitätshilfedienst. Seit Januar 1998 werden die Nutzerinnen und Nutzer der Dienste in Form einer sozial gestaffelten pauschalierten Bearbeitungsgebühr an den Kosten der Dienste beteiligt.

Es entspricht dem Wunsch der meisten älteren Menschen, so lange wie möglich selbständig in der angestammten Wohnung und im vertrauten Wohnumfeld zu leben. Aufgabe der **Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen** ist es, sie hierbei als Erst-Anlaufstellen zu Fragen „Rund ums Alter“ mit Information und Beratung zu Leistungsansprüchen und Leistungsangeboten sowie ggf. Koordinierungshilfen zu unterstützen. Seit Einführung der Pflegeversicherung ist in diesem Zusammenhang die Nachfrage nach Beratung in Wohnungsangelegenheiten und zur Wohnraum- und Wohnumfeld-Anpassung deutlich gestiegen.

Beginnend mit zwei Modellprojekten wurde Ende 1999 der Aufbau des flächendeckenden Netzes an Koordinierungsstellen abgeschlossen. Seitdem steht in jedem der 12 Berliner Bezirke ein entsprechendes Beratungsangebot zur Verfügung.

Die Koordinierungsstellen sind Einrichtungen der Sozialarbeit. Die dort tätigen Fachkräfte verfügen über fundierte Kenntnisse im Sozialrecht und im methodischen Arbeiten. Ein Spezifikum ist die Anwendung der Methode des Case Managements. Die Koordinierungsstellen haben zur Unterstützung ihrer Arbeit eine umfangreiche Datenbank („Hilfelotse“) aufgebaut.

Mit den soziodemographischen Entwicklungen, den Umstrukturierungen in der Berliner Krankenhauslandschaft und dem gestiegenen Druck auf die Verweildauerzeiten in den Krankenhäusern wird ihnen eine zusätzliche Bedeutung zukommen.

Auf das Problem „Gewalt in Pflegebeziehungen“ wurde mit dem Aufbau eines niedrigschwelligen Anlauf-, Informations-, Beratungs- und Vermittlungsangebots für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte (Pflege in Not) eingegangen. Das **Projekt „Pflege in Not“** leistet seit Mitte 1999 einen wichtigen Beitrag, um Konfliktsituationen in Pflegebeziehungen zu entschärfen, persönliche und strukturelle Gewalt in der Pflege zu mindern und präventiv zu wirken. Das Projekt arbeitet gesamtstädtisch, verbands- und konfessionsübergreifend. Die Dokumentation und Auswertung seiner Klientenkontakte (ca. 3.750 seit 1999) wird dazu beitragen, für Berlin weitere Erkenntnisse über Art, Umfang und Hintergrund von Gewalt in Pflegezusammenhängen zu gewinnen und Voraussetzungen für gezielte Verbesserungen zu schaffen.

Häufigste Themen bei den Klientenkontakten waren bisher

- Überlastung durch die Familienpflege (wie Aggressionen, Schuldgefühle, körperliche und psychische Krankheitssymptome),
- Informationsmangel (wie Leistungen, Krankheitsbilder, ärztliche Versorgung) und
- Konflikte mit Leistungsanbietern (wie würdelose Pflege, Abrechnung, Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegekräften).

Die Durchführung von Fachtagungen („Tatort Alter“ 1999; „Neue Gesetze – Neue Wege in der Pflege?“ 2001) trug dazu bei, die Aufmerksamkeit für die Problematik zu schärfen. Die Finanzierung erfolgt derzeit im Rahmen einer Mischfinanzierung (Landesmittel, Mittel der Lotterie Glücksspirale, Eigenmittel).

Mit dem Berliner Service- und Informationszentrum für Angehörigenarbeit (BeSIZ) entstand eine Schnittstelle, deren Aufgabe es ist, Anbieter, Angehörige älterer Menschen und Professionelle im Bereich der Angehörigenarbeit übereinander zu informieren, sie miteinander in Kontakt zu bringen und gegebenenfalls miteinander zu vernetzen. Der Einzugs- und Wirkungsbereich des BeSIZ erstreckt sich hierbei auf das gesamte Stadtgebiet.

Aufgaben des Projekts sind insbesondere die Steuerung und Unterstützung der Organisation und Umsetzung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige (Pflegekurse, Gesprächsgruppen, Info-Veranstaltungen etc.), von bezirklichen Aktionstagen für pflegende Angehörige sowie der fachlichen Entwicklung im Bereich der Arbeit mit pflegenden Angehörigen. Daneben engagiert sich das Projekt für die Sensibilisierung der (Fach-)Öffentlichkeit für die Belange pflegender Angehöriger, betreibt die Erstellung, Herausgabe und Fortschreibung von Informationsmitteln und berät Betroffene.

Die unter dem Begriff „**Migrantinnen / Migranten**“ zusammengefassten Angehörigen ethnischer Minderheiten (Ausländer, Spät-Aussiedler, Eingebürgerte nichtdeutscher Muttersprache) nehmen einen erheblichen Anteil an der Gesamtbevölkerung Berlins ein, der den Prognosen zufolge noch weiter zunehmen wird und regional sehr uneinheitlich verteilt ist. Ihr Anteil an den Altersgruppen Älterer wird sich ebenfalls deutlich erhöhen. Im ambulanten Hilfesystem sind sie bisher verhältnismäßig wenig und im vollstationären Bereich kaum in Erscheinung getreten. Für die im Feld der Altenhilfe tätigen Akteure bedeutet dies, Inhalte der Seniorenpolitik und Infrastruktur der Altenhilfe rechtzeitig an den demographischen Wandel anzupassen und an der Lebens- und Alltagswelt der älteren Migrantinnen und Migranten zu orientieren. Hierbei muss der besonderen Situation der Migrantinnen Rechnung getra-

gen werden. Das Land Berlin hat das Deutsche Zentrum für Altersfragen e. V. beauftragt, die Situation in Berlin einer eingehenden Betrachtung zu unterziehen. Die Ergebnisse werden Anfang 2003 vorliegen.

**Ambulante Pflegedienste** leisten einen unersetzlichen Beitrag zur pflegerischen Versorgung der Berliner Bevölkerung. Bei über 30% der Pflegebedürftigen, die zum Stichtag 15.12.1999 zu Hause versorgt wurden, erfolgte die Pflege zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Die absolute Zahl der Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag für den Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI) abgeschlossen haben, schwankt durch Zu- und Abgänge laufend. Bei den Neugründungen von Pflegediensten zeichnet sich weiterhin ab, dass zunächst Versorgungsverträge mit den Pflegekassen und erst nach Etablierung des Pflegebetriebes im Marktgeschehen auch entsprechende Verträge mit den Krankenkassen geschlossen werden. Durch Neugründungen insbesondere im privaten Bereich hat sich die Zahl der Dienste in den vergangenen Jahren zugunsten der privaten Träger verschoben.

## **Exkurs: Demenzielle Erkrankungen im Alter**

Demenz ist eine chronisch fortschreitend verlaufende typische Alterskrankheit. Je schwerer die Demenz wird, um so komplexer wird auch die Versorgung von der Diagnose und Therapie über die Pflege und Behandlungspflege sowie ambulante psychische und soziale Betreuung bis hin zu stationären Versorgungsformen in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Es ist eine falsche Vorstellung, dass Altern unweigerlich mit psychiatrischen Problemen einhergeht. Treten jedoch Veränderungen der Gedächtnisleistung, der Urteilskraft, der Bewältigung der täglichen Aufgaben, Veränderungen des Verhaltens und der Stimmung auf, so sollte frühzeitig ein Arzt aufgesucht werden. Denn nur ein frühes Erkennen des demenziellen Prozesses bietet die Chance, bremsend in diesen Krankheitsprozess einzugreifen, das Entstehen einer manifesten Erkrankung oder die Progredienz zu verzögern. Zwar gilt, dass die meisten Demenzen (z.B. die Demenz vom Alzheimer-typ) nicht heilbar sind, aber sie können zumindest behandelt werden. Einige Demenzformen, wie z.B. Demenzen aufgrund von Depressionen, Medikamenten, Schilddrüsenerkrankungen oder Vitamin-Unterversorgung können durchaus geheilt werden.

Sämtliche Therapieansätze entfalten in den Frühstadien des Demenzsyndroms ihre größte Wirkung (Verzögerung des kognitiven, emotionalen und psychosozialen Abbaus). Es gilt, diesen Menschen durch frühzeitige Intervention möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu sichern. Demenzgerechte Versorgung heißt auch, dass alle Maßnahmen darauf abzielen, die äußeren Lebensumstände der Patienten optimal an die krankheitsbedingten Bedürfnisse anzupassen.

Mit der Veröffentlichung der Gerontopsychiatrischen Fachplanung Berlin<sup>24</sup> im Jahr 2001 konnte deutlich gemacht werden, welchen Stellenwert die gerontopsychiatrische Versorgung in der vollstationären Pflege einnimmt: Danach leiden über 72% der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin an einer oder mehreren psychischen Störungen. Eine herausragende Rolle spielen dabei demenzielle Störungen mit ca. 49%; schizophrene und affektive Störungen werden mit ca. 19% an zweiter Stelle genannt. Die übrigen Angaben zu psychiatrischen Störungen verteilen sich auf Substanzmittelmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Angst- und Persönlichkeitsstörungen und andere Störungen.

Da weit mehr Frauen als Männer in vollstationären Pflegeheimen leben, liegt es auf der Hand, dass sich die häufigsten Angaben zu psychiatrischen Diagnosen auch bei ihnen finden: Mit 50% wird die Hälfte aller Bewohnerinnen als demenziell erkrankt beschrieben, das durchschnittliche Alter der beschriebenen Frauen liegt bei 86 Jahren.

---

<sup>24</sup> Gerontopsychiatrische Fachplanung Berlin – Teilbereich stationäre Pflege: „Gerontopsychiatrische Störungen und vollstationäre Pflege unter der Berücksichtigung der Erhebung vom März 1999 in Berliner Pflegeeinrichtungen“

Wichtige gerontopsychiatrische Versorgungsansätze sind die Bezugspflege<sup>25</sup> und die Milieuthérapie<sup>26</sup>. Der Umgang mit demenziell Erkrankten insbesondere auch im vollstationären Pflegebereich sollte deshalb vor allem biografisch<sup>27</sup> und körperbetont<sup>28</sup> ausgerichtet sein und auch sogenannte „erlebnisorientierte“ Pflege praktiziert werden. Dazu gehören kleine, überschaubare Organisationseinheiten, feste Bezugspersonen und eine intensive Angehörigenarbeit.

Für demenziell Erkrankte in Pflegeeinrichtungen stellt die emotionale Unterstützung durch Angehörige eine der wichtigsten Komponenten dar, die zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens beitragen soll.

Die Hauptlast der Versorgung tragen die Angehörigen, dies sind in der Regel Frauen. Die Versorgung von Angehörigen mit demenziell bedingten Einschränkungen stellt eine besondere Belastung dar und daraus resultierend treten insbesondere bei den weiblichen Familienmitgliedern häufiger psychische Störungen auf. Belastungen der pflegenden Angehörigen bleiben oft auch nach der Heimübersiedlung der/des zu Pflegenden bestehen, wenn auch deutlich abgeschwächt und können durch eine Reihe von körperlichen Beschwerden (z.B. Gliederschmerzen, Erschöpfungsneigungen, Magenbeschwerden, Herzbeschwerden) beschrieben werden. Diese Belastungen entspringen den physischen und psychischen Erkrankungen und dem damit einhergehenden veränderten oft auffälligen Verhalten der/des zu pflegenden Angehörigen gegenüber seiner Umwelt. Weitere Belastungen können aus der Reduzierung der sozialen Kontakte, einem geminderten Lebensstandard, evtl. Reduzierung der Berufstätigkeit oder geringeren Zeitressourcen für Familie und auch Freizeit entspringen.

Um den besonderen Bedürfnissen demenziell Erkrankter zu entsprechen und auch den pflegenden Menschen angemessene Hilfestellungen zu bieten, bedarf es vor allem einer Optimierung, Kooperation und Umsetzung vorhandener Erkenntnisse, die dann in eine konsequente und interdisziplinäre Versorgung münden. Durch sogenanntes Case-Management kann zudem einzelfallorientiert gewährleistet werden, dass der gerontopsychiatrisch erkrankte Mensch individuell nach seinen Bedürfnissen versorgt wird, ohne dass es zu Versorgungsabbrüchen, einer verfrühten Heimeinweisung oder zu einer Überforderung der Therapeuten und Pflegenden kommt.

Weiteres Ziel einer vernetzten und kooperierenden Versorgung ist eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit, die eine demenzgerechte Versorgung als die gemeinsame gesellschaftliche Herausforderung der nächsten Jahrzehnte hervorhebt.

Als ein Baustein dazu ist die Durchführung regionaler Konferenzen zur Pflege einschließlich des Teilbereichs „Gerontopsychiatrische Pflege“ fachübergreifend mit den Beteiligten für das Jahr 2003 in Planung.

Außerdem ist beabsichtigt, im Jahr 2003 die Gerontopsychiatrische Fachplanung - Teil II - über „Qualitative Erwartungen an ein Pflege- und Betreuungskonzept für die Versorgung gerontopsychiatrisch und insbesondere demenziell erkrankter Menschen in stationären und teilstationären Einrichtungen im Land Berlin“ zu veröffentlichen.

---

<sup>25</sup> Bezugspflege bedeutet, dass eine pflegende Person ständig (Kontinuität) für eine homogen zusammengesetzte Gruppe von Demenzkranken zuständig ist und tagsüber im stationären Bereich auch da ist. Ziel: keine ständig wechselnden Bezugspersonen, sonst Zunahme der Verunsicherungen und Auffälligkeiten.

<sup>26</sup> Milieuthérapie bedeutet, die äußeren Lebensumstände der Patienten optimal an die krankheitsbedingten Bedürfnisse anzupassen. Durch entsprechende bauliche und räumliche Gestaltung (Orientierung ermöglichen, Anregungen bieten, Stetigkeit, Vertrautheit, soziale Kontakte fördernd, wohnliche Atmosphäre) und Bezugspflegesystem sollte der demenziell erkrankte Mensch gefördert werden, ohne zu überfordern. Sicherheit und maximale Bewegungsfreiheit sowie ungehindertes Wandern sind fachlich ein "muss".

<sup>27</sup> Diese Pflegeperson kennt auch die Biografie der ihr anvertrauten Menschen und sollte individuell damit arbeiten (noch z.T. Wunschenken - Idealvorstellung). Die Welt der/des Demenzkranken aus seiner Perspektive verstehen zu wollen und können ist Grundlage der Biografiearbeit.

Einzelne Heime haben diese fachliche Prämissen schon aufgenommen und sind dabei, diese umzusetzen.

<sup>28</sup> Körperbetont heißt in diesem Zusammenhang, dass die demenziell erkrankten Menschen über die kognitive Prozesse nicht mehr erreicht werden können, aber wohl sind die Sinnesorgane u.a. ansprechbar: z.B. durch personelle Zuwendungen, Berührungen, Lautstärke der Sprache, Lichtenergie, Körperarbeit (Bewegung, Tanzen, Massage, Bäder etc.), gemeinsames Singen.

## **4. Ausgewählte Erkrankungen und gesundheitliche Besonderheiten**

Die höhere Lebenserwartung von Frauen ist nicht gleichzusetzen damit, dass Frauen länger gesund sind: Zunehmendes Alter bedeutet oft eine zunehmende Krankheitsanfälligkeit; die Gefahr der sozialen Vereinsamung steigt ebenso wie das Risiko, selbst zum Pflegefall zu werden (siehe ausführliche Darstellung zum Thema Pflege).

Im Folgenden geht es um die Betrachtung einiger ausgewählter geschlechtsspezifischer Gesundheitsbelange und Krankheiten.

### **Krebs**

Nach der von der Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut 2002 vorgelegten Broschüre „Krebs in Deutschland“ ist bei Neuerkrankungen an Krebs jährlich von circa 168.500 Fällen bei Männern und von circa 179.000 Fällen bei Frauen auszugehen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer bei 65 und für Frauen bei knapp 67 Jahren.

Circa 40% der jährlichen Krebsneuerkrankungen bei Frauen entfallen auf frauenspezifische Krebsarten. Mit einem Anteil von circa 26% an allen Neuerkrankungen ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Auf die übrigen frauenspezifischen Krebsarten (Gebärmutterhals-, Gebärmutterkörper- und Eierstockkrebs) entfallen zusammen noch ein einmal circa 14% aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen.

Geschlechtsspezifisch unterschiedlich ist gegenwärtig auch die Entwicklung der Neuerkrankungen an Lungenkrebs. Während deren Zahl bei Männern seit Anfang der neunziger Jahre stetig abnimmt, steigt sie bei den Frauen im gleichen Zeitraum stetig an - in Relation zum steigenden Tabakkonsum von Frauen (s. Kapitel 5).

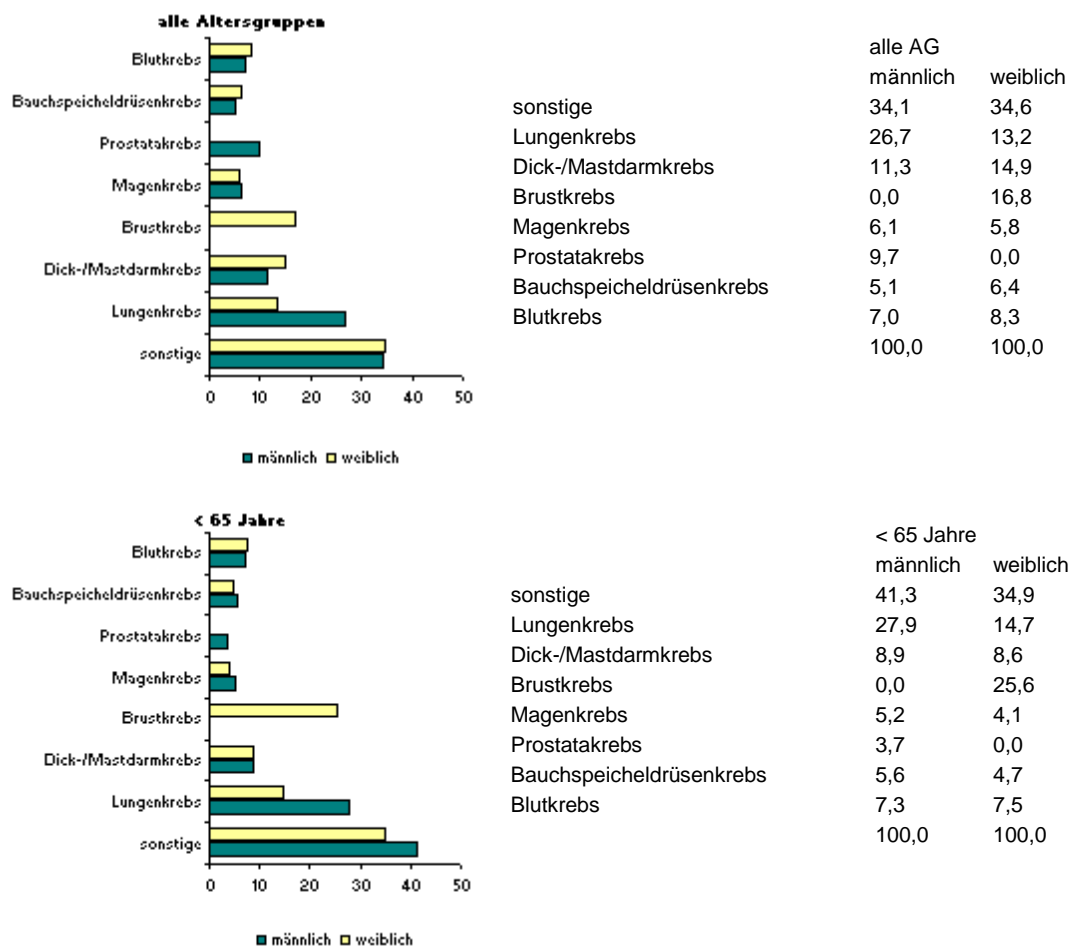
Ein ähnlicher Trend zeigt sich bei Hautkrebs: Nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin stellen Hautärzte in den letzten Jahren eine ansteigende Tendenz des malignen Melanoms vor allem bei Frauen fest.

Für Berlin wird die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs vom Gemeinsamen Krebsregister (GKR) auf circa 7.150 Fälle bei Frauen und circa 6.000 Fälle bei Männern geschätzt.

Krebserkrankungen sind nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache. Zusammen mit diesen machen sie circa zwei Drittel aller Todesursachen aus. Die der Gesundheitsberichterstattung Berlin – Basisbericht 2001 – entnommenen Abbildungen verdeutlichen diesen Sachverhalt.

Abbildung 4.1:

**Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen in Berlin 1999 nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht - in % / alle Altersgruppen und Alter 0 – 64 Jahre**



(Datenquelle: Statistisches Landesamt Berlin/ Berechnung und Darstellung SenGesSozV-II A-)

Sterbefälle an bösartigen Neubildungen machen seit Jahren mehr als ein Fünftel aller Todesfälle aus. 1999 starben 7.833 Berlinerinnen und Berliner (210 mehr als 1998) an Krebs. Bei den unter 65-jährigen betrug der Anteil der Krebstodesfälle an allen Todesfällen bei Männern 27,3%, bei Frauen aber sogar 40,4%. Dabei wird das Spektrum der Krebstodesfälle, je nach Alter und Geschlecht, von nur wenigen Krebslokalisationen dominiert. Lungenkrebs bleibt bei den Männern die häufigste Todesursache aller Tumorlokalisationen, bei den Frauen ist es nach wie vor Brustkrebs.

In der Sachverständigenanhörung vom März 2001<sup>29</sup> wurde ausführlich diskutiert und ausgeführt, dass bundesweit nur 50-60% der Frauen im Alter von bis zu 50 Jahren Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nutzten und dieser Prozentsatz mit zunehmenden Alter deutlich sinke. Dies sei gerade vor dem Hintergrund des mit dem Alter steigenden Krebsrisikos um so kritischer.

Um hier Änderungen zu bewirken, sei weiterhin eine intensive zielgruppengenaue Öffentlichkeitsarbeit in Form von Initiativen und Kampagnen erforderlich.

Zur Nutzung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Berlin gibt die nachfolgende Übersicht Auskunft, die aus Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zusammengestellt wurde.

<sup>29</sup> Protokoll der Sachverständigenanhörung zur Frauenspezifischen Gesundheitsversorgung am 07.03.2001 der gemeinsamen Sitzung der Bundestagsausschüsse für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 28

Tabelle 4.1:

**Beteiligung von GKV-Versicherten<sup>30</sup> an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-up in Berlin 1996 – 2001**

Jahr	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen						Gesundheits-Check-up <sup>31</sup>		
	Frauen <sup>32</sup>			Männer <sup>33</sup>			Frauen und Männer		
	Anspruchsberechtigte (ab 20 Jahre, Jährl. Unters.)	Inanspruchnahme		Anspruchsberechtigte (ab 45 Jahre, jährl. Unters.)	Inanspruchnahme		Anspruchsberechtigte (ab 36 Jahre, Unters. alle 2 J.)	Inanspruchnahme	
absolut		%	absolut		%	absolut		% <sup>4)</sup>	
1996	.	709.224	.	.	112.122	.	.	348.176	.
1997	.	688.997	.	.	78.871	.	.	269.176	.
1998	1.232.754	651.408	52,8	517.280	65.909	12,7	1.656.049	153.601	18,6
1999	1.239.285	674.263	54,4	509.938	85.214	16,7	1.664.273	294.695	35,4
2000	1.228.964	702.023	57,1	509.382	91.442	18,0	1.662.701	298.883	36,0
2001	1.217.749	706.981	58,1	509.312	95.552	18,8	1.658.333	327.641	39,5

4) bezogen auf die Hälfte der Anspruchsberechtigten

(Datenquelle: KV Berlin / BMG, KM6-Statistik / Berechnung: SenGesSozV – II A -)

Erheblich mehr Frauen als Männer nehmen Früherkennungsuntersuchungen wahr. Dennoch werden diese insgesamt nach wie vor zu wenig genutzt. Die Nutzung ist und bleibt aber, da die meisten Krebserkrankungen bisher nicht verhindert werden können, als sogenannte sekundäre Prävention die wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der Heilungschancen. Dies gilt wegen der fehlenden primären Präventionsmöglichkeiten in besonderem Maße für die geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen bei Frauen.

Information und Beratung, Prävention und Früherkennung, Betreuung und Unterstützung müssen Hand in Hand gehen, um sachgerechte und sinnvolle Hilfen anbieten zu können. Beratungs- und Informationsangebote leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Prävention. Sie tragen dazu bei, dass Frauen Diagnosen und Behandlungsmethoden kritisch hinterfragen.

<sup>30</sup> GKV – Gesetzliche Krankenversicherung

<sup>31</sup> Gesundheitsuntersuchungen für Männer und Frauen [§ 25 (1) SGB V]:

Ab dem 36. Lebensjahr, jedes zweite Jahr:

Es geht insbesondere um die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nieren-Erkrankungen sowie des Diabetes mellitus. Die jeweils relevanten Risikofaktoren sollen einbezogen werden. Die/Der Ärztin/Arzt ermittelt im Gespräch und durch eine entsprechende Untersuchung (Ganzkörperstatus) das individuelle Risikoprofil des Patienten/der Patientin. Es werden zudem Labortests von Blut und Urin durchgeführt, die weiteren Aufschluss über den Gesundheitszustand geben, z.B. der Cholesterinwert. Die Ärztin/Der Arzt informiert den Patienten/die Patientin über das Ergebnis und bespricht mit ihr/ihm die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die Lebensgewohnheiten. Bei Verdacht oder Vorliegen einer Krankheit leitet die Ärztin/der Arzt eine weitergehenden gezielte Diagnostik und ggf. therapeutische Maßnahmen ein. Durchführende/r Ärztin/Arzt: Allgemeinmediziner/in, Praktische/r Ärztin/ Arzt, Internist/in.

<sup>32</sup> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen [§ 25 (2) SGB V]:

Für Frauen ab dem 20. Lebensjahr, einmal pro Jahr:

Untersucht werden die Genitalorgane. Neben der klinischen Untersuchung macht die/der Ärztin/Arzt einen Abstrich von der Schleimhautoberfläche, die auf Krebszellen untersucht wird. Ab dem 30. Lebensjahr werden zusätzlich die Brustdrüsen abgetastet. Die Patientin wird auch nach auffälligen Hautveränderungen gefragt. Ab dem 45. Lebensjahr wird zudem der Enddarm ausgetastet, und es wird ein Schnelltest auf Blut im Stuhl durchgeführt. Durchführende/r Ärztin/Arzt: Gynäkologin/e

<sup>33</sup> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen [§ 25 (2) SGB V]

Für Männer ab dem 45. Lebensjahr, einmal pro Jahr:

Manuelle Austastung des Enddarms und Untersuchung von Prostata und der äußeren Genitalorganen. Außerdem erfolgt ein Schnelltest auf Blut im Stuhl. Der Patient wird auch nach auffälligen Hautveränderungen gefragt. Durchführender Arzt: Urologe, Allgemeinmediziner, Internist, Hautarzt

Welche Angebote gibt es zusätzlich – vor allem auch für diejenigen, die bereits von einer Erkrankung betroffen sind? Welche Erkenntnisse gibt es bei den in der Beratungs- und Betreuungsarbeit tätigen Organisationen und Institutionen?

Rund 2.700 Beratungskontakte verzeichnete die Berliner Krebsgesellschaft im Jahr 2000 zum Thema Krebs. Das Beratungsangebot richtet sich an Kranke, Angehörige von Kranken und Interessierte. Allerdings gibt es für Frauen, die ethnischen Minderheiten angehören, kein spezielles Beratungsangebot. Als großes Problem wird die zunehmende Personalreduzierung in den Beratungsstellen der Bezirksämter gesehen.

Ein besonderes Projekt gibt es seit 1992 für schwerkranke Tumorpatientinnen und -patienten, damit sie ihren letzten Lebensabschnitt zu Hause verbringen können. Unabdingbare Voraussetzung für „Home Care“ ist die aktive Hilfe und Mitwirkung von pflegenden Angehörigen. Es ist ein inzwischen erfolgreich erprobtes Beispiel der Vernetzung: In einem ärztlich geleiteten wohnortnahen Versorgungssystem versorgen an onkologische Schwerpunktpraxen assoziierte Hausärzte in Zusammenarbeit mit Pflegestationen diese Patientinnen und Patienten zu Hause. Die Ärztin/der Arzt überwacht neben der ärztlichen Tätigkeit die pflegerischen Möglichkeiten und hilft bei sozialen und psychischen Problemen der Angehörigen. Durch die Zusammenarbeit von Hausärzten/innen, onkologischen Schwerpunktpraxen und einigen Krankenhausärzten/innen als „zuweisende Instanz“ konnte die Zahl der Patientinnen/Patienten deutlich erhöht werden, die bis zu ihrem Tod zu Hause versorgt werden können.

In der Regel sind Ehefrauen und Töchter die Hauptbeziehungspartner dieser Patientinnen/Patienten. Frauen übernehmen nach Aussage von Home-Care-Onkologen diese spezielle Pflege von kranken Partnern / Eltern / Kindern eher als Männer.

## **Brustkrebs**

Nach wie vor ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In Deutschland erkranken jährlich über 46.000 Frauen an Brustkrebs, davon etwa 19.000 im Alter von unter 60 Jahren. Diese Erkrankung ist für knapp 26% aller Krebsneuerkrankungsfälle bei Frauen und mehr als ein Drittel (36%) der Neuerkrankungen bei Frauen unter 60 Jahren verantwortlich. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63 Jahren, mehr als 3 Jahre unter dem mittleren Erkrankungsalter an Krebs insgesamt. Brustkrebspatientinnen haben aber eine relativ günstige Prognose, vorausgesetzt, die Erkrankung wird frühzeitig entdeckt.

Vor diesem Hintergrund wiegt besonders schwer, dass Sterbefälle an bösartiger Neubildung der weiblichen Brustdrüse einen großen Teil der durch medizinische Maßnahmen zu vermeidenden Todesfälle stellen. 284 Berlinerinnen im Alter von 25 bis unter 65 Jahren starben 1999 an den Folgen eines Mammakarzinoms. Frauen aus dem Westteil der Stadt haben dabei ein deutlich höheres Sterberisiko als Ostberlinerinnen<sup>34</sup>. In Berlin erkranken gegenwärtig jedes Jahr rund 1.850 Frauen an Brustkrebs.

Tabelle 4.2:

### **Vermeidbare Sterbefälle an bösartiger Neubildung der weiblichen Brustdrüse (Alter 25 – 64 Jahre) in Berlin nach Ost/West**

Bezirk	Sterbefälle je 100.000		
	1994/96	1997/99	Veränderung in %
<b>Berlin gesamt</b>	<b>32,82</b>	<b>28,76</b>	<b>-12,4</b>
davon Berlin-West	36,76	32,18	-12,4
davon Berlin-Ost	25,95	22,86	-11,9

(Quelle: SenGesSozV, Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2001, Seite 240, Tabelle A 3.26)

<sup>34</sup> Gesundheitsberichterstattung Berlin – Basisbericht 2001-Seiten 34, 35)



Das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat auf gravierende Mängel bei der in Deutschland praktizierten Brustkrebsfrüherkennung hingewiesen und kritisiert, dass es für die Brustkrebsfrüherkennung seit langem europäische Richtlinien gäbe, in Deutschland aber ein derartiges Programm fehlen würde. Außerdem wurde auf eine hohe Zahl falsch positiver und falsch negativer Befunde hingewiesen.<sup>35</sup>

In der Sachverständigenanhörung im März 2001 wies der Berufsverband der Frauenärzte darauf hin, dass nach den Daten des Rheinland-Pfälzischen Krebsregisters 14,2% der an Brustkrebs erkrankten Frauen einen Tumor gehabt hätten, der größer als fünf cm war und diese Rate eine „Katastrophe“ sei.<sup>36</sup>

Der Frauengesundheitsbericht Deutschland thematisiert ebenfalls die Effizienz von Mammographien und mahnt die Notwendigkeit von umfassenden Qualitätskontrollen an:

„Um eine hohe Wirksamkeit der Mammographie im Rahmen von Früherkennungsprogrammen zu erzielen, bedarf es kontinuierlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen, die sowohl die technische Qualität wie die fachliche Kompetenz sicherstellen. Das gilt auch für die über fünf Millionen Mammographien, die heute in Deutschland unabhängig vom Brustkrebscreeningprogramm durchgeführt werden....“<sup>37</sup>

Eine einschneidende Verbesserung für die Früherkennung wird vom Mammographie-Screening erwartet, das die Bundesregierung ab 2003 einführen will. Danach soll das qualitätsgesicherte Mammographie-Screening für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren flächendeckend für die Bundesrepublik Deutschland als Kassenleistung angeboten werden, mit der Vorgabe, dass nur kompetente Leistungserbringer dieses Verfahren anbieten. Grundlage für diese Untersuchungen bilden die europäischen Leitlinien zur Mammographie, die strenge Qualitätsvorschriften beinhalten. So dürfen nur Ärzte, die jährlich mindestens 5.000 Mammographien auswerten, am Screening teilnehmen. Auch muss jeder Befund von zwei Experten/innen begutachtet werden. Ein so bundesweit qualitätsgesichertes Mammographie-Screening soll das fehlerbehaftete sogenannte „graue“ Mammographieren zurückdrängen.

Unabhängig von der beabsichtigten flächendeckenden Einführung des eben beschriebenen Mammographie-Screenings sollen auch die kurativen Mammographien (diagnostischen Mammographien) einer Qualitätssicherung unterzogen werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zum 1. April 2002 in der „Änderung der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V“ Richtlinien für eine qualitätsgesicherte Mammographieerstellung verabschiedet. Diese beinhaltet eine Prüfung und Zertifizierung für Ärzte und Ärztinnen, die Mammographien durchführen mit Eingangsprüfung, kontinuierlichen Rezertifizierungen, Stichprobenkontrollen, Dokumentation und Evaluation. Parallel dazu müssen die apparativen Voraussetzungen der o.g. Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen bei der KV Berlin wird erst nach Erfüllung aller fachlichen Voraussetzungen einschließlich der erfolgreichen Teilnahme an der Eingangsprüfung (erfolgreiche Beurteilung einer Fallsammlung) erteilt.

Von rund 150 Ärztinnen und Ärzten, denen bereits vor dem 01.04.2002 eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der Mammographie von der KV Berlin erteilt wurde, haben bereits rund 50 Ärztinnen und Ärzte die Eingangsprüfung bestanden (Stand: März 2003). Die Prüfungen sollen bis September 2003 abgeschlossen sein. Ärzte und Ärztinnen, die die Prüfung bis zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgreich abgelegt haben, können danach keine mammographischen Leistungen mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen.

Das Netzwerk Frauengesundheit Berlin beobachtet und forciert die Umsetzung dieser Richtlinien bzw. die Zertifizierung der Radiologinnen und Radiologen.

---

<sup>35</sup> Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, S. 451

<sup>36</sup> Protokoll der Sachverständigenanhörung zur Frauenspezifischen Gesundheitsversorgung am 07.03.2001 der gemeinsamen Sitzung der Bundestagsausschüsse für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 20

<sup>37</sup> Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland; Herausg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, Seite 132

Von Frauenprojekten in Berlin wird nach wie vor auf die Problematik der unzureichenden Aufklärung vor operativen Eingriffen hingewiesen und die Notwendigkeit eines unabhängigen Beratungsangebotes unterstrichen. Dringend wird angeraten, die Meinung eines zweiten Mediziners/einer zweiten Medizinerin vor einer Operation einzuholen.

Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. (FFGZ) hat einen Schwerpunkt in der Beratungs- und Betreuungsarbeit zum Thema Krebs. Es werden Veranstaltungen zur Information über Brustkrebs angeboten. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Brustkrebsfrüherkennung. Dazu werden Workshops zur Brustselbstuntersuchung angeboten, die es Frauen ermöglichen, diese Technik zu erlernen.

Für Versorgung und Nachsorge ist das Tumorzentrum Berlin e.V. mit sieben regionalen Tumorzentren (UKBF, Buch, Charité, Moabit [zukünftig Friedrichshain], Neukölln, Spandau, Rudolf-Virchow) und deren Mitgliedern fachliches Zentrum in Berlin. Hier sind die strukturellen Voraussetzungen, maßgeblich geprägt durch das Vorhandensein bestimmter Fächerzusammenhänge, für eine hochwertige onkologische Therapie gegeben.

Die Mitgliederversammlung des Tumorzentrum Berlin e.V. hat zehn Projektgruppen gebildet, von denen eine Empfehlungen für Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Mammakarzinomen erarbeitet. Darüber hinaus gibt es eine Projektgruppe für Psychosoziale Onkologie, die sich um die Integration einer psychosozialen Betreuung von Krebskranken und ihren Angehörigen in die onkologische Behandlung bemüht.

Die Projektgruppen beziehen die an der Versorgung beteiligten Kliniken der regionalen Tumorzentren aktiv ein, um neben den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen auch unterschiedliche Vorgehensweisen aus dem Routinealltag zu berücksichtigen. Selbstverständlich arbeiten die Projektgruppen daran, die Leitlinien im Rahmen eines kontinuierlichen und interdisziplinären Erfahrungsaustausches an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen.

Außerdem setzt sich das Netzwerk Frauengesundheit Berlin für die Einrichtung zertifizierter Brustzentren in Berlin ein und bietet hierzu, gemeinsam mit ihrer Mitgliedsorganisation „Ärztinnen gegen Brustkrebs e.V.“ an, ein entsprechend den EUSOMA - Richtlinien gestaltetes Vorhaben (Modell) in Berlin durchzuführen. Das o.g. Angebot ist den zuständigen Kassen, der KV und der Ärztekammer bekannt und wird von dort positiv bewertet.

Das Netzwerk führt außerdem Gespräche aus Patientinnensicht mit den zuständigen Berliner Einrichtungen der Selbstverwaltung (Krankenkassen, KV Berlin) zum Thema Disease-Management-Programme (DMP) für an Brustkrebs Erkrankte. Dazu wurden Forderungen entwickelt, die bei der Erstellung der Programme (laut Auskunft der KV Berlin ab April 2003) berücksichtigt werden sollen.<sup>38</sup>

Krebserkrankungen waren und sind eine der großen Herausforderungen für unser Gesundheitswesen. Brustkrebs als die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen hat dabei einen besonderen Stellenwert. Der Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGB V hat mit seiner Entscheidung, Brustkrebs als eine von vier Krankheiten vorzuschlagen, für die Disease-Management-Programme eingeführt werden sollen, diesem Umstand Rechnung getragen.

## **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Frauen sind wesentliche Erkenntnisse durch das Berliner Herzinfarktregister möglich geworden. Als deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied ermittelte das Berliner Herzinfarktregister für Berlin bezogen auf das Jahr 1999, dass Männer zum Zeitpunkt des Auftretens eines Herzinfarkts deutlich jünger als Frauen waren. Das Durchschnittsalter lag bei den Frauen bei 71 Jahren, bei den Männern bei 61 Jahren.

Betrachtet man nur das jeweils häufigste Alter beim Auftreten eines Herzinfarkts, so ist der Unterschied noch gravierender: Die meisten Männer waren 58 Jahre, die meisten Frauen 78 Jahre alt.

---

<sup>38</sup> Diese können in der Geschäftsstelle des Netzwerks Frauengesundheit Berlin (Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, VI C, Martin-Luther-Str. 105, 10825 Berlin) abgefordert werden.

Eine weitere Abweichung liegt in den unterschiedlichen Therapiestrategien bei Männern und Frauen; ob dafür das relativ höhere Alter der betroffenen Frauen ein ausschlaggebender Faktor ist, ist Gegenstand weiterer Analysen.

Prägnant sind ebenfalls die Unterschiede hinsichtlich der Sterblichkeit bei akutem Herzinfarkt: Diese lag bei Frauen mit akutem Herzinfarkt 1999 cirka dreimal höher als bei Männern (21,5% / 7,1%). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass 1999 in Berlin nur 45% aller Frauen innerhalb der ersten zwei Stunden nach Symptombeginn das Krankenhaus erreichten – bei den Männern lag der Anteil bei 52%.

Auf die ausführliche Darstellung in der Gesundheitsberichterstattung Berlin – Basisbericht 2001 – wird verwiesen.

In der Sachverständigenanhörung im März 2001<sup>39</sup> wurde dazu ausgeführt, dass nach den Ergebnissen einer internationalen Studie die Infarktraten der Männer unter 60 Jahren in etwa 3-6 mal höher gewesen seien als bei den Frauen. Wenn Frauen aber einen Herzinfarkt erlitten, sei ihre Sterblichkeit höher. Zu diesem Ergebnis kommt ebenfalls der Frauengesundheitsbericht Deutschland, der auch darauf hinweist, dass Frauen nachweislich deutlich später als Männer zur Notfallambulanz kommen:

“...Frauen sind für derartige Unterschätzungen eher prädestiniert als Männer, da sie oder anwesende Personen nicht mit der als männertypisch geltenden Krankheit rechnen und sie die bei Frauen häufigen Symptome von schlagartiger Übelkeit mit und ohne Erbrechen und/oder ziehende/stechende Schmerzen zwischen den Schulterblättern nicht mit einem Herzinfarkt in Verbindung bringen. Hier besteht ein unbedingter Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung.“<sup>40</sup>

Das Statistische Landesamt Berlin ermittelte für das Jahr 2000, dass Erkrankungen des Kreislaufsystems häufigster Behandlungsanlass in den Berliner Krankenhäusern waren (113.651 von allen 664.480 Behandlungen) und zwar sowohl bei Frauen wie bei Männern.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind ebenfalls die häufigste Todesursache. 1999 starben daran 15.638 Berlinerinnen (9.876) und Berliner (5.762). Die meisten Gestorbenen (87%) waren älter als 65 Jahre. 2.032 der Verstorbenen waren noch keine 65 Jahre alt<sup>41</sup> (¾ männlich, ¼ weiblich).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gängigerweise als „Männerkrankheit“ betrachtet, spielen bei Frauen ebenfalls eine bedeutende Rolle, die oft unterschätzt wird. So weist das Deutsche Herzzentrum Berlin darauf hin, dass in Deutschland 1999 annähernd ebenso viele Frauen wie Männer einen Herzinfarkt erlitten haben: 130.000 Frauen und 148.000 Männer waren davon betroffen.

Einen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt es ebenfalls in der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, die bei Herzerkrankungen dringend erforderlich sind. In der o.a. Sachverständigenanhörung vom März 2001 wurde dazu festgestellt, dass Frauen solche Angebote generell weit weniger und wenn, dann kürzer, wahrnahmen. Dies gelte ebenfalls für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen. Vor diesem Hintergrund gebe es sehr wenige Studien über die Rehabilitation nach Herzinfarkt im Vergleich zwischen Männern und Frauen.

Welche Gründe für die geringere Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich sind, ist nicht klar auszumachen. Da ein wichtiger Faktor im Zusammenhang mit der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist – ein Punkt, der für die meisten Herzinfarktpatientinnen altersbedingt nicht mehr zutrifft – kann darin eine Ursache liegen. Nicht zu unterschätzen dürfte aber auch sein, dass einige Frauen mit Blick auf die häuslichen Verpflichtungen und gegenüber einem Partner oder Angehörigen ihre eigenen Belange zurückstellen.

---

<sup>39</sup> Protokoll der Sachverständigenanhörung zur Frauenspezifischen Gesundheitsversorgung am 07.03.2001 der gemeinsamen Sitzung der Bundestagsausschüsse für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 14

<sup>40</sup> Frauengesundheitsbericht Deutschland, S. 120

<sup>41</sup> Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2001, Seite 27

Die Notwendigkeit für eine geschlechtsspezifische Betrachtung und Behandlung von Herzerkrankungen ist in letzter Zeit mehr in das öffentliche Bewusstsein gerückt. Dazu haben Initiativen erheblich beigetragen. Exemplarisch wird auf das Engagement des Deutschen Herzzentrums Berlin und des Universitätsklinikums Charité – Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin verwiesen. So führt die Charité Spezialsprechstunden zu besonderen kardiovaskulären Problemen von Frauen (z.B. Herzerkrankung und Schwangerschaft) durch. Um insgesamt für die Thematik zu sensibilisieren, wird eine intensive Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Ein wichtiger Baustein sind dabei die jährlichen Symposien zum Thema „Frau und Herzerkrankung“, die sich als erfolgreich und rege nachgefragt erweisen. Thematische Schwerpunkte waren in den letzten drei Jahren „Herzerkrankung und Schwangerschaft“ (2000), „Kontroversen in der Hormonsubstitution“ (2001) und „Intensiv- und Notfallmedizin/ Intensivmanagement in der Schwangerschaft“ (2002).

## **Osteoporose**

Osteoporose ist eine multifaktorielle Erkrankung, deren genaue Ursache bis heute nicht restlos geklärt ist. In Deutschland leiden 5-7 Millionen Menschen an Osteoporose, zumeist Frauen. Mit rund 80% stellen sie den weit überwiegenden Teil der Betroffenen. Ursächlich dafür ist unter anderem die geringere Knochenmasse und die längere Lebenserwartung bei Frauen. Der Knochendichteverlust nimmt bei Frauen und Männern ab dem mittleren Lebensalter um ca. 1 bis 1,5% ab. Da Frauen in der Regel eine geringere Gesamtknochendichte haben, kann sich der Abbau stärker und früher auswirken. Als weitere Ursache wird oft ein Östrogenmangel gesehen. Besonders bei Frauen, bei denen die Wechseljahre früher aufgetreten sind, wurde eine Osteoporoseprophylaxe mit Hormonen vorgeschlagen.

Ein aktueller Bericht auf EU-Ebene setzt sich kritisch mit der hormonellen Osteoporoseprophylaxe in Deutschland auseinander:

„Von der sog. postmenopausalen Osteoporose können bis zu 30% aller Frauen betroffen sein. Da jedoch alle Frauen den Wechsel durchleben, kann die hormonelle Veränderung nur ein Faktor bei der Entstehung dieser Krankheit sein. Hormonpräparate zur Osteoporoseprophylaxe bieten nur solange einen Schutz, wie die Hormone eingenommen werden. Wegen des mit der Dauer der Einnahme zunehmenden Brustkrebsrisikos (nach mehr als 5jähriger Einnahme 40-50%) gibt es allerdings Empfehlungen, sie nicht langfristig zu nehmen. Von einer Osteoporoseprophylaxe generell für alle Frauen wird deswegen von KritikerInnen abgeraten, da es sich hierbei um eine Behandlung an gesunden Frauen mit einem potenten Arzneimittel handelt, das selbst ein Gesundheitsrisiko darstellt.“<sup>42</sup>

Aber auch ein anderer Zusammenhang sollte als Risikofaktor nicht übersehen werden: Diäten bringen einen Mangel an Nährstoffen mit sich, der sich langanhaltend negativ auswirkt. Auch Ess-Störungen – ebenfalls eine „Frauendomäne“ – erhöhen das Risiko, an Osteoporose zu erkranken.

Der o.g. Länderbericht weist auf erfolgreiche und gesundheitsfördernde Methoden hin, um der Erkrankung vorzubeugen, z. B. durch eine ausgewogene, mineralstoffreiche und Vitamin-D-reiche Ernährung sowie ausreichende und gezielte Bewegung.

In der o.e. Sachverständigenanhörung im März 2001 wurde auch auf Versorgungslücken bei der Diagnose und Behandlung von Osteoporose hingewiesen. Darüber hinaus wurde von den Sachverständigen bemängelt, dass es keine osteologische Nachsorge gäbe. Seit April 2000 stehe die Knochendichtemessung als eine Möglichkeit für eine frühe Diagnose nicht mehr als Kassenleistung zur Verfügung.

Als weiteres Problem kommt hinzu, dass viele Patientinnen bei Ärztinnen und Ärzten für ihre Beschwerden kein „offenes Ohr“ finden. Osteoporose ist nicht nur mit physischen Einschränkungen verbunden, sondern birgt ein psychisches Belastungspotenzial. Angst, Mutlosigkeit, Depressionen und zunehmende Unbeweglichkeit können schwerwiegende Folgen sein.

---

<sup>42</sup> Länderbericht Bundesrepublik Deutschland des European Women's Health Network, 2000

Jährlich erleiden in Deutschland 130.000 Frauen Oberschenkelhalsbrüche.

Jährlich werden in den Berliner Krankenhäusern über 4.000 Berlinerinnen wegen eines Oberschenkelhalsbruches vollstationär behandelt, wobei Oberschenkelhalsbrüche nicht nur auf Osteoporose zurückzuführen sind, sondern die Folge von Stürzen durch Altersgebrechlichkeit und bewusstseins-trübende Medikamente sein können. Weitere 4.600 Berlinerinnen müssen per anno wegen Arthrosen und 4.400 wegen Rückenproblemen einen Krankenhausaufenthalt in Anspruch nehmen.

Der Austausch mit anderen Betroffenen ist ein wichtiger Aspekt, um trotz der Krankheit ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Selbsthilfegruppen leisten hier einen unverzichtbaren Beitrag – so auch in Berlin, wo es verschiedene Angebote von Osteoporose-Selbsthilfegruppen gibt.

Gegenwärtig werden evidenz-basierte Leitlinien zur Prävention und Therapie von Osteoporose für Deutschland seitens einer interdisziplinären Gruppe von Medizinerinnen erstellt, an denen auch Berliner Wissenschaftlerinnen beteiligt sind.

## HIV/AIDS

Weltweit leben etwa 40 Mio. Menschen mit dem **H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus (HIV), durch welches die Immunschwächekrankheit AIDS (**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrom) ausgelöst wird; der Frauenanteil beträgt dabei 46%. In Deutschland lebten nach Einschätzung des AIDS-Zentrums des Robert-Koch-Instituts (RKI) bis Ende 2001 rd. 38.000 HIV-infizierte Menschen, darunter etwa 29.500 Männer und 8.300 Frauen. Bei rd. 5.000 Menschen ist die Krankheit AIDS bereits ausgebrochen. Im ersten Halbjahr 2002 sind bis zum 30.06. etwa 600 HIV-Neuinfektionen registriert worden; der Frauenanteil beträgt dabei 24%. Im Zeitraum vom 01.07.2001 bis zum 30.06.2002 wurden dem RKI 910 AIDS-Fälle neu gemeldet, darunter 77% Männer und 23% Frauen.

Folgender Trend ist zu verzeichnen: Die Zahl der in Deutschland lebenden HIV-infizierten Personen, die Anfang bis Mitte der 90er Jahre relativ stabil war, ist seit etwa 1996 wieder angestiegen, da sich eine etwa gleich bleibende Zahl von Menschen neu infiziert, aber wegen der verbesserten Therapiemöglichkeiten auch deutlich weniger Menschen an AIDS sterben. Dadurch und durch die Tatsache, dass sich immer mehr Betroffene frühzeitig in Behandlung begeben, ist die Zahl der in ambulanter Behandlung befindlichen Patienten und Patientinnen in den letzten Jahren deutlich angestiegen.

In Berlin wurden bis Ende 2001 insgesamt 4.496 AIDS-Fälle registriert. Betroffen davon waren 4.039 Männer und 457 Frauen.

### **HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten und Trends**

Jährlich aktualisierte epidemiologische Kurzinformation aus dem Robert Koch-Institut (Stand: Ende 2001)

▪ <b>Menschen, die Ende 2001 mit HIV/AIDS leben:</b>	<b>~ 38.000</b>
Männer: ~ 29.500	
Frauen: ~ 8.300	
Kinder : < 400	
darunter <b>Menschen, die mit AIDS leben:</b>	<b>~ 5.000</b>
▪ <b>Zahl der Neuinfektionen im Jahr 2001:</b>	<b>~ 2.000</b>
Männer: ~ 1.500	
Frauen: ~ 500	
Kinder : < 20	
<b>Infektionswege (geschätzt):</b>	
Homosexuelle Kontakte bei Männern:	50 %
Herkunft aus Hochprävalenzgebiet:	21 %
Heterosexuelle Kontakte:	18 %

i.v. Drogengebrauch:	10 %
Mutter-Kind-Transmission:	<1 %
▪ <b>Neue AIDS-Erkrankungen im Jahr 2001:</b>	<b>~ 700</b>
Männer:	~ 570
Frauen:	~ 130
Kinder :	< 5
▪ <b>HIV/AIDS-Todesfälle im Jahr 2001:</b>	<b>~ 600</b>
▪ <b>Gesamtzahl der HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie:</b>	<b>~ 60.000</b>
▪ <b>Gesamtzahl der AIDS-Erkrankungen seit Beginn der Epidemie:</b>	<b>~ 25.000</b>
Männer:	~ 22.000
Frauen:	~ 3.000
Kinder:	< 150
▪ <b>Gesamtzahl der HIV/AIDS-Todesfälle seit Beginn der Epidemie:</b>	<b>~ 20.000</b>
<b>Aktuelle Trends der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland</b>	
Die Zahl der neuen HIV-Infektionen in Deutschland – die nur geschätzt werden kann – ist in den letzten Jahren weitgehend konstant geblieben. Für das Jahr 2001 wird mit knapp 2.000 HIV-Neuinfektionen, ungefähr ein Viertel davon bei Frauen, ausgegangen. Da gleichzeitig auf Grund der besseren Therapiemöglichkeiten weniger Menschen an AIDS erkranken und sterben, erhöht sich derzeit die Zahl der lebenden HIV-Infizierten um etwa 1.000 pro Jahr. Insgesamt lebten nach Einschätzung des RKI Ende des Jahres 2001 etwa 38.000 mit HIV infizierte Menschen in Deutschland, darunter sind etwa 29.500 Männer und 8.300 Frauen. Die Zahl der HIV-infizierten Kinder liegt unter 400. Bei etwa 5.000 der 38.000 HIV-Infizierten ist die Erkrankung bereits zum Vollbild AIDS fortgeschritten.	
Der in Deutschland – wie auch in den meisten Industrieländern – nach 1995 zu beobachtende Rückgang der AIDS-Neuerkrankungen, der in erster Linie auf die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten sowie deren verbreiteten und frühen Einsatz zurückzuführen ist, hat sich in den letzten Jahren nur noch verlangsamt fortgesetzt. Die Zahl der mit dem Vollbild AIDS neu erkrankten Personen ist im Jahre 2001 (unter Berücksichtigung der noch zu erwartenden Meldungen) mit etwa 700 Fällen auf dem Niveau des Vorjahres geblieben. Etwa 600 Menschen sind im Jahr 2001 an den Folgen der HIV-Infektion bzw. an AIDS verstorben.	
Vom Beginn der Epidemie Anfang der 80er Jahre bis Ende Jahr 2001 haben sich in Deutschland etwa 60.000 Menschen mit HIV infiziert, etwa 25.000 Menschen sind an AIDS erkrankt und etwa 20.000 an den Folgen der HIV-Infektion verstorben.	
Knapp die Hälfte (47%) der nach 1995 neu an AIDS-Erkrankten stammen aus den Großstädten Frankfurt a.M., (West-)Berlin, München, Düsseldorf, Hamburg und Köln. Ebenfalls 47% der im o.g. Zeitraum Erkrankten kommen aus den alten Bundesländern (Regionen außerhalb dieser Städte) und 7% aus den neuen Bundesländern.	

(Quelle: Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin / Sonderausgabe A 15. Mai 2002)

Ein geschlechtsspezifischer Unterschied lässt sich am Alter der Betroffenen festmachen: Das Durchschnittsalter der betroffenen Frauen liegt erheblich - sowohl im Bundesgebiet als auch in Berlin - unter dem der Männer (ca. 10 Jahre). Sie haben deshalb häufiger als Männer beim Ausbruch der Krankheit noch keinen Rentenanspruch erworben und werden in noch größerem Umfang abhängig von Sozialhilfe.

Fast jeder 5. AIDS-Patient in Deutschland lebt in Berlin, was nicht zuletzt auf eine breitgefächerte Infrastruktur hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS zurückzuführen ist, die zielgruppenspezifische Angebote für sämtliche Betroffenengruppen bereithält. Zu erwähnen sind vor allem die bezirklichen Beratungsstellen für sexuell übertragbare Krankheiten sowie AIDS, die bezirklichen Beratungsstellen für Behinderte, Krebs- und Aidskranke (der Name differiert von Bezirk zu Bezirk), der Landesverband der Berliner AIDS-Selbsthilfegruppen e.V. (LaBAS e.V.) mit verschiedenen

Angeboten sowie diverse Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und Wohnprojekte. Darüber hinaus gibt es HIV-Schwerpunktpraxen von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen. Die Berliner Ärzte/Ärztinnen, die schwerpunktmäßig AIDS-Patienten/Patientinnen behandeln, sind im „Arbeitskreis AIDS der niedergelassenen ÄrztInnen“ zusammengeschlossen. Außerdem ist der Berliner Arbeitskreis „Frauen und AIDS“ seit vielen Jahren in dieser Arbeit engagiert.

## Bezirkliche Angebote

1994 sind in Berlin sechs überbezirklich tätige Beratungsstellen für sexuell übertragbare Krankheiten sowie AIDS eingerichtet worden; sie befinden sich in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Lichtenberg, Mitte (Ortsteil Wedding), Pankow (Ortsteil Prenzlauer Berg) und Tempelhof-Schöneberg. Die Arbeit der Beratungsstellen beinhaltet medizinische Untersuchungen, HIV-Antikörpertests, Prävention sowie umfassende psychosoziale Beratung und Betreuung. Alle Angebote sind **anonym** und **kostenlos**. Für ausländische Klient(inn)en stehen in der Regel Sprachmittler(innen) zur Verfügung.

Als präventive Maßnahmen werden von allen Beratungsstellen eine Reihe von Veranstaltungen durchgeführt, die sich insbesondere an die Hauptbetroffenengruppen, aber auch an die allgemeine Öffentlichkeit richten (z.B. Aufklärungsarbeit an Schulen, Jugend- und Freizeiteinrichtungen etc.). Außerdem werden Informationsveranstaltungen z.B. im Rahmen von Straßenfesten, Gesundheitstagen usw. durchgeführt. Besonders wichtig im Zusammenhang mit Frauengesundheit ist die aufsuchende Präventionsarbeit an Orten der Prostitution (Bars, Bordelle, Straßenstrich).

Die bezirklichen Beratungsstellen für Behinderte, die in jedem Bezirk in den verschiedenen Ortsteilen vorhanden sind, bieten sozialrechtliche Beratung für HIV-infizierte und an AIDS erkrankte Menschen an.

Spezifische Angebote für HIV-infizierte schwangere Frauen gibt es von bezirklicher Seite nicht. Zum einen steht es den betroffenen Frauen frei, die Regelangebote der Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen. Zum anderen bietet der medizinische Fortschritt, und zwar die Entwicklung im Bereich der antiretroviralen Therapie, heute gute Möglichkeiten, eine HIV-Übertragung auf das Kind zu vermeiden; d.h. die Wahrscheinlichkeit, dass eine HIV-infizierte Mutter ein nichtinfiziertes Kind zur Welt bringt, ist heutzutage sehr hoch. Die Zahl von infizierten Kindern sinkt immer weiter.

## Medizinische Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS

Das Universitätsklinikum Charité-Virchow sowie das Vivantes-Klinikum Auguste Viktoria (AVK) unterhalten jeweils eine HIV-Tagesklinik, das Landesinstitut für Tropenmedizin unterhält eine HIV-Ambulanz (allerdings nur noch bis Jahresende 2002), und das Universitätsklinikum Benjamin Franklin bietet eine HIV-Sprechstunde an. Für die speziellen Belange HIV-infizierter Schwangerer gibt es im Charité-Virchow-Klinikum die Schwangerenberatung in der Infektionsambulanz.

Bereits 1987 wurde an der II. Inneren Abteilung des AVK ein Team aus Ärzten, Krankenpflegekräften und einem Psychologen zur Versorgung HIV-infizierter Patient(inn)en gebildet. Dieses Team arbeitet eng mit niedergelassenen Ärzten zusammen, die jederzeit Zugang zu den AIDS-Stationen haben. Beide Gruppen treffen sich regelmäßig zu gemeinsamen Fortbildungen und zum Erfahrungsaustausch. Die *Berliner Aids-Hilfe* unterhält auf einer Station ein Büro mit einem ständigen Mitarbeiter, der bei der Aufnahme von Patienten umgehend die Organisation für deren poststationäre Versorgung übernimmt. Dieses erfolgreich etablierte sog. „Schöneberger Modell“ stellt ein nachahmenswertes Beispiel der Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung von Menschen mit HIV/AIDS in Berlin dar.

Aus den Daten des Robert Koch-Instituts geht hervor, dass zur Zeit weniger als 400 Kinder mit HIV/AIDS in Deutschland leben. In Berlin werden von den z.Zt. rund 60 direkt betroffenen Kindern 40 in der spezialisierten Einrichtung Charité – Kinderklinik – Campus Virchow-Klinikum – Tagesklinik für HIV-infizierte Kinder und Kinder HIV-infizierter Mütter – medizinisch versorgt und psychosozial beraten und betreut. Die medizinische Versorgung der 20 anderen Kinder erfolgt durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den Arztpraxen. Defizite im Berliner Versorgungssystem für Kinder mit HIV und AIDS sind nicht bekannt. Auf Bundesebene gibt es die Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder im Umfeld von HIV und AIDS“, deren Empfehlungen, wenn es um grundsätzliche Fragen in diesem Bereich geht, richtungweisend sind.

## Der AIDS-Selbsthilfebereich

Seit 1994 gibt es einen öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen dem Land Berlin und dem Landesverband der Berliner AIDS-Selbsthilfegruppen e.V. (LaBAS e.V.).

Der zuletzt im Dezember 2000 erneuerte Vertrag hat eine Laufzeit von fünf Jahren, d.h. von Januar 2001 bis Dezember 2005. Gemäß dem Vertrag erhält der LaBAS e.V. pro Jahr rd. 2.569.000 €, die er in Eigenregie auf seine Mitgliedsprojekte umlegt.

Die über den LaBAS e.V. geförderten Projekte stehen grundsätzlich allen im Zusammenhang mit HIV und AIDS nach Rat, Hilfe und Betreuung suchenden Menschen offen. Sämtliche Leistungsangebote der im LaBAS e.V. organisierten Projekte sind niedrigschwellig, überbezirklich und zielgruppenspezifisch ausgerichtet.

Die in folgenden Projekten (in alphabetischer Folge der Träger/innen) angebotenen Leistungen zur Versorgung (Beratung, Begleitung, Betreuung) und (Sekundär-) Prävention richten sich auch oder sogar nur direkt an Frauen mit HIV bzw. AIDS:

1. Berliner AIDS-Hilfe e.V.
2. BEKAM (Berliner Koordinierungsstelle für ausländische Migranten über Berliner AIDS-Hilfe e.V.)
3. Café PositHiv (über Berliner AIDS-Hilfe e.V.)
4. AIDS-Danisma-Merkezi (türkische AIDS-Hilfe, Berliner Gesellschaft türkischer Mediziner e.V.)
5. FELIX-Pflegeteam der Berliner AIDS-Hilfe gGmbH - AIDS-Pflegedienst
6. Mobilix - AIDS-Prävention, Gesundheitsförderung und medizinische Basisversorgung für Drogenkonsumenten /innen (Fixpunkt - Verein für suchtbegleitende Hilfen e.V.)
7. Kontaktladen „Linie 8“ (med. Basisversorgung über Mobilix / Fixpunkt e.V.)
8. Kontaktladen „Misfit“ (med. Basisversorgung über Mobilix / Fixpunkt e.V.)
9. Hilfe, Information, Vermittlung (HIV) e. V. - AIDS-Pflegedienst
10. HYDRA e. V. - Treffpunkt und Beratung für Prostituierte
11. *zukunft positiv* (früher: AIDS & Arbeit, über Kursiv e.V.)
12. Frauentreff OLGA (Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V.)
13. Szeneladen STRASS (Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V.)
14. DER REGENBOGEN e. V. - AIDS-INITIATIVE auf anthroposophischer Grundlage
15. AKAM - Anlauf- und Koordinierungsstelle zur gesundheitlichen Aufklärung von MigrantInnen aus Osteuropa (Verband für interkulturelle Arbeit - VIA, Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V.)
16. Afrikaherz (Verband für interkulturelle Arbeit - VIA, Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V.)
17. AKAM-Archiv (Verband f. interkulturelle Arbeit - VIA, Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V.)
18. VIEB – Information, Beratung und Betreuung für Familien, Jugendliche aus der Türkei (Verband für interkulturelle Arbeit - VIA, Regionalverband Berlin-Brandenburg e. V.)
19. zuhause im Kiez GmbH (mehrere betreute Wohnprojekte)

Weitere Projekte zur Versorgung und (Sekundär-)Prävention u. a. für Frauen mit HIV bzw. AIDS (und deren Angehörige), die aus anderen Mitteln finanziert werden, sind:

20. Interkulturelle Helpline Berlin (Berliner Gesellschaft türkischer Mediziner e.V.)
21. DIE WELTKÜCHE (über *zukunft positiv*/Kursiv e.V.)
22. Lesbenberatung - Ort für Kommunikation, Kultur, Bildung und Information e.V.

Die Betreuung von Frauen mit HIV bzw. AIDS wird generell nicht in ausschließlich oder hauptsächlich auf diesen Aufgaben- und Personenkreis beschränkten Projekten geleistet, sondern erfolgt integriert in Regelangeboten. Darüber hinaus richten sich zwei der oben genannten Projekte ausschließlich an Frauen (Nr. 12, Nr. 22), drei weitere richten sich hauptsächlich an Frauen (Nr. 10, Nr. 15, Nr.16). Im Rahmen der dem Projekt(träger) bewilligten Zuwendungen erfolgt in dessen eigener Regie und Verantwortung die Steuerung des Mitteleinsatzes zeitnah am aktuellen und vorrangigen Bedarf orientiert. Der Aufwandsanteil für die Betreuung von Frauen mit HIV bzw. AIDS schwankt daher abhängig von Bedarf und Nachfrage.

Ein Projekt – die Berliner AIDS-Hilfe (lfd. Nr. 1) – sieht ein ausdrücklich an Frauen mit HIV bzw. AIDS gerichtetes Teilangebot vor und beschäftigt eine Mitarbeiterin, die sich um die Probleme dieser Frauen kümmert. Dies beinhaltet allgemein die psychosoziale Beratung und Unterstützung von HIV-infizierten Frauen, Müttern und Familien und speziell die Schwangerschafts- und Mutterschaftsberatung. Dabei



wird auch die Vermittlung ehrenamtlicher Betreuung angeboten. Informationsmaterialien runden das Angebot für die betroffenen Frauen ab. Im vergangenen Jahr wurde z.B. der „Wegweiser für Frauen mit HIV und AIDS“ neu aufgelegt.

Auch in anderen Projekten, deren Zielgruppe nicht allein Männer sind – z.B. in der Pflege oder im Kontakt mit Drogenkonsumenten – sind Frauen besonders stark vertreten. So hat z.B. das von der Schwulenberatung/Kursiv e. V. getragene, auf Rehabilitation und Arbeitsförderung ausgerichtete Projekt *zukunft positiv* seine Angebote für Frauen mit HIV bzw. AIDS geöffnet und beschäftigt inzwischen die erste weibliche Mitarbeiterin.

Der prozentuale Anteil von Frauen im Bereich HIV-spezifischer Wohnprojekte der ziK gmbH (ziK=zuhaus im Kiez) war bereits 1995 überdurchschnittlich hoch: 27% (plus 14% Kinder) im betreuten Einzelwohnen, 21% (plus 9% Kinder) im Rahmen der Wohnraumvermittlung sowie 17% Frauen im „Übergangshaus“. Bei der stetigen Ausweitung der Projektarbeit der ziK ist der Anteil von Frauen zwar nicht im gleichen Umfang mit gewachsen, lag aber im Jahr 2000 immerhin noch bei 21% im betreuten Einzelwohnen, 15% (plus 6% Kinder) im Rahmen der Wohnraumvermittlung sowie 20 bis 39% Frauen in den drei betreuten Wohnprojekten.

## **Arbeitskreis „Frauen und AIDS“**

Da AIDS anfangs fast ausschließlich unter dem Blickwinkel der Erkrankung von Männern wahrgenommen wurde, war es dringend geboten, für die Situation von betroffenen Frauen überhaupt Aufmerksamkeit zu erzielen.

Dieses Defizit war ausschlaggebend für die Gründung des Berliner Arbeitskreises „Frauen und AIDS“. Dieser Arbeitskreis ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss von (weiblichen) Fachkräften aus verschiedenen Institutionen freier und öffentlicher Träger. Er tritt bereits seit 1991 regelmäßig monatlich zusammen, um zum gemeinsamen fachübergreifenden Komplex „Frauen und AIDS“ zu kooperieren. In den zurückliegenden Jahren konnten in diesem Arbeitskreis regelmäßig wichtige Diskussionen aus unterschiedlichen Blickwinkeln geführt sowie ein aktueller Austausch zu allen Themen in diesem Zusammenhang gepflegt werden.

Von besonderer Bedeutung ist dabei das Thema „Schwangerschaft und AIDS“. Der Arbeitskreis hat zu diesem Thema bereits vor einigen Jahren die Broschüre **„HIV/AIDS und Kinderwunsch“** erarbeitet und herausgegeben, die mittlerweile aktualisiert und neu aufgelegt wurde. Die Broschüre liegt inzwischen bundesweit in allen AIDS-Hilfen und in Berlin auch in allen Frauenarztpraxen sowie Frauenkliniken vor.

## **Migrant(inn)en mit HIV und AIDS**

Die migrationsbedingte Zunahme der HIV-Infizierten, die sich vorwiegend in städtischen Ballungsgebieten ansiedeln, ist ein in den letzten Jahren stärker auftretendes Problem. Migrantinnen und Migranten aus Afrika, Südamerika, Asien und Osteuropa sind nach dem epidemiologischen Bericht des Robert Koch-Instituts zur zweitgrößten Gruppe der HIV-Infizierten angewachsen. Die Inanspruchnahme der verschiedenen Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote durch Migrant(inn)en ist stark abhängig vom jeweiligen Aufenthaltsstatus der Betroffenen.

In Berlin werden vor allem die Beratungsstellen für sexuell übertragbare Krankheiten sowie AIDS in hohem Maße von Migrant(inn)en frequentiert, da die Angebote dieser Beratungsstellen anonym und kostenlos und in den jeweiligen communities auch bekannt sind. Sie werden daher auch von sich illegal aufhaltenden Migrant(inn)en wahrgenommen.

Das Aufsuchen einer Klinik ist dagegen bei sich illegal aufhaltenden Migrant(inn)en nicht so selbstverständlich, wobei jedoch festzuhalten ist, dass Menschen anderer Nationen auch gezielt nach Berlin bzw. Deutschland reisen, weil die medizinische Versorgung bezüglich HIV und AIDS in ihren Herkunftsländern überhaupt nicht oder nur unzureichend gewährleistet ist.

Der LaBAS e.V. befindet sich derzeit im Prozess der interkulturellen Öffnung seiner Mitgliedsprojekte. Die interkulturelle Öffnung ist regelmäßig Thema im Arbeitskreis der im AIDS-Bereich tätigen Institutionen, der aus Vertretern der LaBAS-Projekte, der bezirklichen Beratungsstellen, des LAGeSo sowie der Sozialdienste der Kliniken, die AIDS-Patient(inn)en betreuen, besteht.

## Geschlechterdifferenzierte Sensibilisierung und Aufklärung

Zusätzlich zu den geschilderten Angeboten bedarf es auch weiterhin einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit, um Aufklärung allgemein und Information speziell über Ansteckungsrisiken zu leisten. Es gibt mittlerweile eine Reihe von frauenspezifischen Broschüren und Informationsmaterialien zum Thema AIDS, insbesondere von der Deutschen AIDS-Hilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin hat im vergangenen Jahr in Zusammenarbeit mit dem LaBAS e.V. den „Wegweiser AIDS – Adressen in Berlin“ aktualisiert und neu aufgelegt, in dem auch alle frauenspezifischen Angebote und Projekte aufgeführt sind.

Die von der BzgA jährlich durchgeführte Repräsentativerhebung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ liefert immer wieder wertvolle Erkenntnisse zur weiteren Gestaltung der Präventionsarbeit. Ein beunruhigendes Ergebnis der Ende 2001 abgeschlossenen Befragung war, dass es einige deutliche Informationslücken gibt, insbesondere bei Jugendlichen. So wusste etwa ein Viertel von ihnen nicht, dass HIV bereits vor Ausbruch des AIDS-Vollbilds übertragbar ist. Von den jüngeren Alleinlebenden vertraten rund 20% die Auffassung, dass man eine HIV-Infektion an äußeren Merkmalen erkennen könne.<sup>43</sup>

Mittlerweile ist eine deutliche Sensibilisierung für die geschlechterdifferenzierte Betrachtung von HIV und AIDS festzustellen; dies gilt besonders für die Forschung. Am Beginn der Epidemie wurde HIV und AIDS fast nur unter dem Blickwinkel der hohen Erkrankungszahlen bei Männern betrachtet. Die Zahl der Frauen mit HIV und AIDS war in den ersten Jahren vergleichsweise gering, und dementsprechend gering war auch die öffentliche und politische Aufmerksamkeit, die HIV-infizierten Frauen gewidmet wurde. Studien im Rahmen der biomedizinischen HIV-Forschung wurden in erster Linie bei Männern durchgeführt; Frauen konnten bis Anfang der 90er Jahre nicht daran teilnehmen.

Dies führte dazu, dass das medizinisch-therapeutische Wissen (z.B. die Dosierung von Medikamenten und die möglichen Nebenwirkungen von Substanzen) nur den männlichen Organismus im Blick hatte. Die Besonderheiten der HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung und Behandlung bei Frauen wurden vernachlässigt. Frauen haben im Durchschnitt ein geringeres Körpergewicht sowie einen höheren Wasser- und Fettanteil als Männer. Menstruation, Schwangerschaft und Menopause führen zu Veränderungen im Hormonhaushalt, die sich auch auf die Aufnahme und Verteilung der Medikamente im Körper auswirken können.

Auch zu der Frage, inwieweit der weibliche Hormonhaushalt durch antiretrovirale Medikamente beeinflusst werden kann, wurde in den ersten Jahren des AIDS-Zeitalters überhaupt nicht geforscht.

**Diese Situation veränderte sich gegen Ende der 90er Jahre. Heutzutage werden immer mehr Studien mit HIV-positiven Frauen, vor allem mit Schwangeren, durchgeführt.** Die Forschung zum Thema „Vertikale Transmission“ (HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind) zielt in erster Linie darauf ab, die HIV-Übertragungsrate zu verringern, weniger auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes HIV-infizierter Frauen.

Abgesehen davon, dass die HIV-Infektion von Mensch zu Mensch unterschiedlich verläuft, lässt sich jedoch feststellen, dass verschiedene Krankheiten, die dem Stadium AIDS zugeordnet werden, bei Frauen in anderer Häufigkeit auftreten als bei Männern.

- So kommt es bei Frauen, die keine Therapie machen, öfter zu einem **Wasting-Syndrom** (extreme Abmagerung und Auszehrung des Körpers) als bei Männern.
- Frauen erkranken auch häufiger an einer **bakteriellen Lungenentzündung** als Männer.
- Dagegen kommt das **Kaposi-Sarkom**, eine von Blutgefäßzellen ausgehende Krebsart, bei Frauen deutlich seltener vor.
- Das **Non-Hodgkin-Lymphom**, ein Krebs des Lymphgewebes, tritt bei 10 bis 20% der männlichen AIDS-Patienten auf. Bei Frauen sind diese Tumore dagegen so selten, dass noch nicht klar ist, ob die HIV-Infektion das Erkrankungsrisiko bei Frauen überhaupt erhöht.
- Des Weiteren wurde festgestellt, dass bei HIV-infizierten Frauen Coinfektionen mit Hepatitis häufiger auftreten als bei Männern.

---

<sup>43</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Pressemitteilung vom 3. Mai 2002

Bezüglich frauenspezifischer **Nebenwirkungen** von Medikamenten wurden bisher keine eindeutigen Ergebnisse erbracht. Festzuhalten ist, dass Frauen in der Regel weniger von Nebenwirkungen berichten als Männer. Medikamentenspezifisch betrachtet zeigt sich aber doch, dass die Einnahme bestimmter Medikamente bei Frauen auch bestimmte Nebenwirkungen stärker hervorruft als bei Männern.

## **Psychiatrische Versorgung**

Psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke sowie aufgrund solcher Erkrankungen behinderte Menschen und von Behinderung Bedrohte sind in besonderer Weise auf öffentliche Hilfen angewiesen. Die Psychiatrieplanung im Land Berlin lässt sich von dem Gedanken leiten, dass durch das verbindliche, strukturell und inhaltlich aufeinander abgestimmte Zusammenwirken stationärer, teilstationärer, komplementärer und ambulanter Angebote in definierten, überschaubaren Versorgungsräumen (Bezirke) eine Sicherstellung der Versorgung psychisch Kranker auf einem qualitativ gesicherten Niveau erreicht werden kann. Dabei steht die Versorgung der chronisch psychisch Kranken im Vordergrund.

Seit Beginn der Psychiatriereform in Berlin im Jahre 1993 konnten die Grundvoraussetzungen für eine qualitativ hochwertige und in den Bezirken regional verankerte Psychiatrie geschaffen werden. Mit Blick auf die Pflichtversorgungsregionen, die identisch mit den neuen Bezirken sind, kann insgesamt festgestellt werden, dass in allen Regionen der Aus- und Umbau des Versorgungssystems entsprechend den Vorgaben des Psychiatrieentwicklungsprogramms erfolgt ist.

Die Verantwortung für den Auf- und Ausbau des Versorgungssystems und dessen regelmäßige bedarfsgerechte Anpassung liegt bei den Bezirken. Die einzelnen Bausteine des psychiatrischen Versorgungssystems der Bezirke haben gemeinsam einen Pflichtversorgungsauftrag gegenüber allen im jeweiligen Einzugsbereich Lebenden - gleich welchen Geschlechts oder ethnischer Herkunft - wahrzunehmen. Voraussetzung für die Erfüllung des gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgungsauftrages gemäß § 26<sup>44</sup> des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst ist ein abgestimmtes Zusammenwirken aller an der Versorgung Beteiligten. Dieses wird über die Kooperation in den bezirksbezogenen Gemeindepsychiatrischen Versorgungsverbänden erreicht.

Unter Berücksichtigung der o.g. Prämissen wurde in Berlin in den letzten Jahren das psychiatrische Versorgungssystem umgebaut. Mit Umsetzung des Krankenhausplanes 1999 wird in jeder psychiatrischen Pflichtversorgungsregion (Berliner Bezirke) die klinisch-stationäre, teilstationäre und institutsambulante Versorgung durch mindestens eine psychiatrische Fachabteilung / Fachkrankenhaus wohnortnah sichergestellt. Damit ist eine der zentralen Forderungen an ein modernes und fachlich hochwertiges psychiatrisches Versorgungssystem erfüllt.

Parallel zum Umbau der stationären Versorgung vollzog sich der Aufbau im Bereich der komplementär/ambulant Versorgung. Es entstanden rund 2.040 Plätze in betreuten Wohnformen und rund 740 Plätze in Tagesstätten. Damit standen zum 31.12.2001 3.211 Plätze in betreuten Wohnformen (ambulante Wohnformen als auch stationäre Wohnformen für seelisch behinderte Menschen) und 706 Plätze in Tagesstätten zur Verfügung, die sich über alle Bezirke verteilen. Die Ergebnisse einer im Jahr 1998 letztmalig durchgeführten Stichtagserhebung in entgeltfinanzierten Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems belegen, dass 40% der Bewohner betreuter Wohnformen Frauen sind. 54,3% aller Tagesstättenbesucher sind weiblich.

Komplettiert wird das ambulant/komplementäre Versorgungssystem durch Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstbereiche, die Sozialpsychiatrischen Dienste des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den Berliner Krisendienst.

Die Kontakt- und Beratungsstellen nehmen Pflichtversorgungsaufgaben zur Sicherstellung der Beratung und Betreuung nach dem Gesundheitsdienstgesetz wahr. Sie geben Hilfen zum Kontakt, zur sozialen Teilhabe und zur Tagesstrukturierung und bieten Beratungsleistungen an. Im Rahmen der vereinheitlichten Sachberichtserstattung der Kontakt- und Beratungsstellen wird von den Bezirken seit dem Jahr 2000 der Anteil der Frauen an der Gesamtbesucherzahl abgefragt und eine qualitative Beschreibung von Gruppen regelmäßiger Besucher erbeten. Eine Auswertung und vergleichende Dar-

---

<sup>44</sup> § 26 - Psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke sowie aufgrund solcher Erkrankungen Behinderte

stellung der Daten aus diesen Sachberichten auf Landesebene ist derzeit nicht möglich, wird jedoch angestrebt.

Da nur wenige von psychischer Krankheit und seelischer Behinderung Betroffene den Weg in den allgemeinen Arbeitsmarkt finden und auch das Angebot der Werkstätten für Behinderte nur selten angemessen ist, wurde und wird in den Bezirken von verschiedenen freigemeinnützigen Trägern verstärkt versucht, Möglichkeiten der sinngebenden Beschäftigung für psychisch kranke Menschen zu erschließen und als Zuverdienstangebote vorzuhalten. In diesen niedrig schwelligen Angeboten können betroffene Männer und Frauen entsprechend ihrem aktuellen individuellen und sich kurzfristig auch verändernden Leistungsvermögen tage- oder stundenweise Beschäftigung finden. Derzeit gibt es in Berlin Zuverdienst Arbeitsplätze in den Branchen: Garten- und Landschaftsbau, Raumpflege, Wäscherei und Nähwerkstatt, Gastronomie, industrielle Fertigung, Bürodienstleistungen, Botengänge, Recycling, Manufaktur und Kunsthandwerk, Handwerk und Holzbearbeitung. Für diese Angebote der bezirklichen Pflichtversorgungssysteme liegen bisher keine Zahlen über den Anteil der Nutzerinnen vor.

Das Spektrum der Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste reicht von der Begutachtung und Betreuung über Beratungen im medizinisch-psychiatrischen Kontext bei sozialen, familiären und nachbarschaftlichen Problemen bis hin zur Durchführung von Einzel – oder Gruppengesprächen sowie Krisenintervention. Dem Jahresbericht der Sozialpsychiatrischen Dienste in Berlin für 2000 ist zu entnehmen, dass 47,4% ihrer Klienten Frauen waren. Im Vergleich zu den Vorjahren waren hier keine nennenswerten Änderungen zu verzeichnen.

Der Berliner Krisendienst ist zuständig für Menschen in psychosozialen Krisen, in psychiatrischen Notfallsituationen sowie für Menschen mit geistiger Behinderung. Er ist Teil des gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgungssystems und arbeitet außerhalb von dessen üblichen Öffnungszeiten. Das betrifft insbesondere die Spät- und Nachtstunden sowie Wochenenden und Feiertage. Dem Abschlussbericht der Begleitforschung zur dreijährigen Modellphase vom Oktober 2002 ist zu entnehmen, dass während des Erprobungszeitraumes von Oktober 1999 bis Oktober 2002 kontinuierlich zwei Drittel der Nutzer Frauen waren. Dieser quantitative Unterschied der Inanspruchnahme entspricht den Erfahrungen anderer Krisen- und Gesundheitsdienste. Offenbar nehmen Frauen in Krisensituationen eher Hilfe in Anspruch als Männer, denn es gibt keine Befunde, die dahin deuten, dass Frauen insgesamt häufiger psychosoziale oder psychiatrische Krisen aufwiesen. Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass Frauen eine größere Symptomaufmerksamkeit haben, frühzeitiger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und häufiger die Sorge für erkrankte Angehörige übernehmen als Männer. Andererseits gibt es fundierte Studien, die belegen, dass Männer häufiger von schweren Verläufen – insbesondere in Bezug auf soziale Desintegration - psychiatrischer Erkrankungen betroffen sind als Frauen.

Grundsätzlich stehen die beschriebenen Versorgungsangebote Frauen und Männern gleichermaßen offen. Es gibt innerhalb einzelner gemischtgeschlechtlich geführter Projekte frauenspezifische Angebote wie z.B. Gesprächsgruppen.

Nicht in jedem Einzelfall ist aber dieser Rahmen für Frauen zur Bewältigung einer psychischen Problematik geeignet. Vor dem Hintergrund von Erfahrungen mit männlicher Gewalt, insbesondere sexuellem Missbrauch, benötigen manche Frauen einen geschützten Raum ohne Männer, in dem sie ihre Erlebnisse und Erfahrungen betrachten, besprechen und bearbeiten können. Nur so haben sie die Chance, ihr seelisches Gleichgewicht zu finden. In Berlin gibt es zwei Wohngemeinschaften mit je 10 Plätzen, die ausschließlich Frauen zugänglich sind (Träger: Prowo e.V., Bora e.V.).

Die Therapeutische Wohngemeinschaft „Die Zwiebel“ des Prowo e.V. war ursprünglich ausschließlich für abhängigkeitskranke Frauen konzipiert. Nach einer Konzepterweiterung finden nun auch Frauen Aufnahme, die eine sogenannte Doppeldiagnose (Sucht und Psychose) haben.

Von Bora e.V. wurde im Jahr 2000 ein geschütztes und begleitetes Wohnprojekt für durch häusliche Gewalt traumatisierte Frauen mit psychischen Problemen und ihre Kinder aufgebaut. Diese Frauenwohngemeinschaft steht in enger Beziehung zu einem Frauenhaus des selben Trägers.

Diese Angebote sind wichtig, um der spezifischen Situation von Frauen Rechnung zu tragen.

Es ist beabsichtigt, nach dem Prinzip des Gender Mainstreaming „Leitlinien für frauengerechte Angebote in der psychiatrischen Versorgung“ zu entwickeln. So können zielgenaue, an den Interessen und

Bedürfnissen der Nutzerinnen orientierte Hilfen bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen erreicht werden. Dabei sollen zunächst „Allgemeine Leitlinien“ für das gesamte Aufgabenspektrum der gemeindepsychiatrischen Versorgung entstehen und daraus spezifische Leitlinien für die einzelnen Bausteine des Versorgungssystems abgeleitet werden. Die Leitlinien sollen im Diskurs mit den Bezirken und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege bzw. Trägervertretern aus allen Versorgungsbereichen erarbeitet werden.

Ein anderer Bereich, in dem Frauen besonderen Belastungen ausgesetzt sind, ist die Pflege von Angehörigen. Wie bereits im Kapitel 3 thematisiert, wird die Pflege zumeist von Frauen geleistet – auch, wenn es sich um psychische Erkrankungen handelt. Die Unterstützung für den Partner ist häufig mit enormen Belastungen für die pflegende (Ehe-)Frau verbunden. Neben ständiger Anwesenheit beim zu Pflegenden und fehlender Hoffnung auf Besserung der Lage sind pflegende Angehörige von psychisch kranken alten Menschen – in der Regel Frauen – einem erhöhten Risiko ausgesetzt, selbst eine psychische Störung auf Grund von Überforderung und Überlastung zu entwickeln. Trotz des in den letzten Jahren verstärkten Ausbaus von ambulanten Pflegediensten werden die Bedürfnisse von psychisch erkrankten Menschen und die ihrer pflegenden Angehörigen in der Pflegearbeit noch zu wenig berücksichtigt. Hier eine Veränderung herbeizuführen, ist eine dringende Aufgabe und schließt die Schaffung eines flächendeckenden fachpflegerischen Leistungsangebotes ein.

Ein weiteres Problem stellt die unzureichende Datenlage dar. Zwar wird im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung die Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste erfasst; es fehlen aber vertiefende Aussagen über die ausländische Bevölkerung. Die im Frauengesundheitsbericht 1995 erhobene Forderung nach externen sozialepidemiologischen Studien und gleichzeitiger gezielter Verknüpfung vorliegenden Datenmaterials gilt daher nach wie vor.

Wie defizitär die Datenlage ist, zeigt sich z.B. daran, dass die letzte Stichtagserhebung in vollstationären Einrichtungen vom März 1999 datiert. Eine jährliche Fortsetzung der letztmalig 1998 durchgeführten Basisdatenerhebung in entgeltfinanzierten Einrichtungen (Tagesstätten/Betreutes Wohnen) würde wertvolle Erkenntnisse über deren Inanspruchnahme durch Frauen, z.B. auch Migrantinnen, liefern. Mangels entsprechender Mittel konnte jedoch keine weitere Erhebung durchgeführt werden. Das Gleiche gilt für die fehlende Auswertung und Zusammenstellung von Daten aus den jährlichen Sachberichten der zugewandungsgeförderten Angebote der bezirklichen Pflichtversorgung für psychisch kranke Menschen.

## **Borderline-Störung**

Für die Borderline-Störung gibt es keine eindeutige Definition; sie wird beschrieben als eine psychische Störung, bei der wechselweise Symptome einer Neurose und einer Psychose auftreten. Ebenfalls nicht möglich ist eine klare Abgrenzung des Beschwerdebilds, im Gegenteil: Es ist vielgestaltig und sowohl für Patientin wie Umfeld überaus beschwerlich, erschöpfend und quälend.

Gemeinsamer „Nenner“ dieser vielgestaltigen Störung ist die Neigung zu selbstzerstörenden Aktionen. Intensiver Alkohol-, Drogen-, Nikotinkonsum sind dabei zu nennen, aber eben auch die Selbstbeschädigung bis hin zur Selbstverstümmelung. Die Aggression wird am eigenen Körper ausgelebt – heruntergeschluckte Rasierklingen, selbst aufgeschnittene Arme, Hautverletzungen durch brennende Zigaretten sind sichtbarer Ausdruck dieser seelischen Notlage. Suizidversuche bilden den Schlusspunkt in dieser Kette selbstzerstörerischer Verhaltensweisen.

Nicht nur Auto-Aggression spielt dabei eine Rolle; aggressive Verhaltensweisen werden ebenfalls nach außen gerichtet. Bereits geringe Anforderungen und Belastungen können zu Wutausbrüchen führen, weiterhin charakteristisch ist die hochgradige Empfindlichkeit gegenüber jedweder Kritik.

Die Ursachen für die Borderline-Störung sind schwer zu greifen; dennoch gibt es einige klare Einflussgrößen. Zu nennen sind dabei ein massiv gestörtes Selbstwertgefühl, ein Mangel an eigener Identifikation gepaart mit einem praktisch nicht erfüllbaren eigenen Perfektionsanspruch. Vor allem Mädchen und Frauen sind von dieser gestörten Gefühlsregulation, die selbstschädigendes Verhalten zur Folge hat, betroffen. Als häufiger Hintergrund wird von Expertinnen und Experten sexueller Miss-

brauch benannt. Die Folgen von seelischen oder körperlichen Misshandlungen können sich in einer Borderline-Störung manifestieren.

Das Benjamin-Franklin-Universitätsklinikum der Freien Universität Berlin hat ein spezielles Angebot zur Behandlung von Borderline-Kranken entwickelt. An einen mehrwöchigen stationären Aufenthalt schließt sich eine ambulante Therapie an. Ziel der Behandlung ist es, den Patientinnen neue Verhaltenswege aufzuzeigen und einen anderen Umgang mit destruktiven Gefühlen und Gedanken zu trainieren.

Im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge wurde innerhalb des Funktionsbereiches Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie als ein Schwerpunkt die Behandlung von Borderline-Erkrankungen aufgenommen. Durchschnittlich 4-5 Patientinnen (männliche Patienten sind die Ausnahme) befinden sich mit dieser Symptomatik in Behandlung. Auch bei ihnen steht häufig eine traumatische Gewalterfahrung im Hintergrund.

Die inhaltliche Auswahl dieses Kapitels beruht auf den zu diesem Bericht eingegangenen Beiträgen, es muss daher in weiten Teilen lückenhaft bleiben. Viele Erkrankungen, von denen Frauen häufig betroffen sind, mussten unberücksichtigt bleiben. Aus der Tabelle 4.2 des Tabellenanhangs werden als häufigste Einzeldiagnosen – die hier nicht behandelt wurden – beispielsweise der Graue Star, der akute Schlaganfall oder Diabetes genannt.

Hier ist es erforderlich, sich ausführlich mit diesen Krankheitsbildern aus geschlechtsspezifischem Blickwinkel zu befassen und zu prüfen, ob Präventionsmöglichkeiten entwickelt werden können oder bereits bestehende Konzepte stärker in den Blickpunkt gerückt werden müssen. Aufschluss hierüber könnten z.B. auch geschlechtsspezifische Studien im Rahmen von Public Health geben.

## 5. Sucht

Sucht – ein zwanghaftes Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand – ist mit vielen gesundheitlichen und sozialen Problemen verbunden, die teils Ursache bzw. teils Folge der Suchterkrankung sind. Zu den verschiedenen Ursachen einer Suchtentwicklung gehören nicht zuletzt auch geschlechtsspezifische Erfahrungen und Lernmuster.

Forschung und Praxis der letzten Jahre haben gezeigt, dass sich Frauen – aufgrund gesellschaftlicher Normen, Werte und Lebenszusammenhänge – in Bezug auf Konsummuster, Ursachen von Suchtentwicklungen, Alltag während der Suchtphase und Einflussfaktoren beim Ausstieg aus der Sucht von Männern unterscheiden.

So wird das Suchtverhalten bei Frauen durch ihre spezielle Lebenssituation forciert. Folgende Risikogruppen sind u.a. auffallend:

- junge Mädchen, die den Schönheits- und Schlankeitsidealen übertrieben nacheifern,
- vollberufstätige, alleinerziehende Mütter, die oftmals chronisch überlastet sind,
- arbeitslose, alleinstehende Frauen, die vereinsamt sind und oft unter Depressionen leiden.

Suchtentwicklung kann bei Frauen auch Folge der durch Gewalt- und sexuelle Missbrauchserfahrungen verursachten physischen und psychischen Traumatisierungen sein.

Suchtentwicklungen bei Frauen verlaufen oft unauffällig und bleiben unter Umständen lange Zeit im Verborgenen. Aus diesen Gründen ist der Frauenanteil bei den verschiedenen Suchtformen nur grob einschätzbar.

In Berlin wird die Suchtproblematik von der Drogenbeauftragten des Senats von Berlin folgendermaßen beurteilt:

Tabelle 5.1:

### **Anzahl suchtbetroffener Menschen in Berlin**

davon

• über 900.000 Raucher	- ca. 45 % Frauen
• 250.000 Alkoholabhängige	- ca. 25 % Frauen
• 50.000 – 80.000 Medikamentenabhängige	- <b>ca. 70 % Frauen</b>
• 7.000 – 8.000 i.V. Opiatabhängige	- ca. 30 % Frauen
• Zahl der Essgestörten nicht einschätzbar	- <b>zumeist Frauen</b>

(Quelle: SenGesSozV)

Geschlechtsspezifische Daten - bezogen auf Berlin-West- und -Ost - liegen hierzu nicht vor.

Im Folgenden wird auf verschiedene häufige Süchte – Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Medikamentenmissbrauch, Ess-Störungen sowie illegale Drogen - näher eingegangen.

## Tabakkonsum

Tabak ist das Suchtmittel Nummer 1.

Der Konsum von Tabak und Alkohol ist weit verbreiteter, als der Konsum illegaler Drogen. Es besteht eine gesellschaftlich hohe Akzeptanz von legalen Drogen wie Nikotin und Alkohol. Das damit verbundene enorme Gesundheitsrisiko wird von der Bevölkerung oft nicht gesehen bzw. verharmlost.

Tabak ist in den meisten Fällen das erste Suchtmittel, mit dem Jugendliche in Kontakt kommen.

In der bundesweit durchgeführten Drogenaffinitätsstudie 2001<sup>45</sup> wurde festgestellt, dass 38% der befragten 12-25-jährigen Jugendlichen Raucher sind. Das durchschnittliche Einstiegsalter liegt bei 13,6 Jahren.

Rauchen wird aufgrund seiner historisch begründeten Symbolik von Jugendlichen als Zeichen der Unabhängigkeit, des Erwachsensein und der Männlichkeit verstanden. Insbesondere Mädchen sehen in den letzten Jahren das Rauchen als ein Zeichen von Stärke und Unabhängigkeit an. Auch das Rauchen zur Problembewältigung gewinnt offensichtlich zunehmend an Bedeutung.

Eine Berliner Repräsentativerhebung, die im Jahr 2000 im Rahmen der „Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen“ durchgeführt wurde, ergab, dass von allen Befragten in der Altersgruppe der 15-59 Jährigen 38,3% sich selbst als Raucher bezeichnen: 41,2% der Männer und 35,3% der Frauen.<sup>46</sup>

Auffallend ist, dass unter den jungen Berlinerinnen mehr starke Raucher zu verzeichnen sind, als unter den gleichaltrigen Männern.

Tabelle 5.2:  
**Täglicher Zigarettenkonsum junger Menschen**

Zigarettenkonsum pro Tag	15 – 17 Jahre		18 – 24 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	%	%	%	%
bis 10	61,1	56,1	73,6	64,4
11 – 19	28,9	29,8	12,0	26,2
20 oder mehr	10,0	14,1	14,4	9,3

(Datenquelle: Institut für Therapieforchung München, 2000)

Die Zahlen der Studie bestätigen, was sich insgesamt als Trend in Deutschland abzeichnet: Das Rauchverhalten von Männern und Frauen nähert sich an, d.h. der Anteil von Mädchen und Frauen steigt.

Das Robert Koch-Institut hat in den Jahren 1990/2 und 1998 Gesundheitssurveys durchgeführt, die einen starken Zuwachs bei den Raucherinnen in Ostdeutschland belegen. Danach ist der Anteil der Raucherinnen in der Altersgruppe der 30-40 Jährigen von rund 34% auf rund 44%, in der Altersgruppe der 40- bis unter 50 Jährigen sogar von rund 14% auf 27% gestiegen.

Die deutliche Zunahme der Lungenkrebserkrankungen bei Frauen kann als ein Zeichen für diese Entwicklung angesehen werden. 1999 starben in Deutschland über 9.000 Frauen an Lungenkrebs, der in der Regel auf das Rauchen zurückzuführen ist. Bei den Frauen gehört der Lungenkrebs mit jährlich etwa 8.900 Neuerkrankungen zu den sechs häufigsten Krebsformen.<sup>47</sup>

Die hier aufgezeigten Tendenzen betreffen Frauen nicht nur in Deutschland, sondern lassen sich sogar auf die Europäische Union beziehen: Immer mehr Frauen sterben an den Folgen des Rauchens, die Zahlen der von Lungenkrebs betroffenen Frauen steigen an, auch im Vergleich zu Männern.<sup>48</sup>

In den Jahren 1998-2000 wurden in mehreren Bezirken Schülerbefragungen u.a. zum Thema Rauchen durchgeführt. Exemplarisch kommt hier der Bezirk Mitte zu Wort:

„...Bei der Frage zum Raucherstatus wird ein beunruhigender Trend sichtbar. Ging man bisher davon aus, dass männliche Jugendliche bzw. junge Männer immer noch stärker rauchten als ihre gleichaltrigen Klassenkameradinnen, so wurde deutlich, dass sich auch in diesem Bereich die Gleichberechtigung durchsetzte. In bei-

<sup>45</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Studie: „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“

<sup>46</sup> Institut für Therapieforchung (IFT) im Auftrag der Senatsverwaltung für Schule Jugend und Sport: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 2000, München 2001

<sup>47</sup> Robert-Koch-Institut, Broschüre „Krebs in Deutschland“, 2002

<sup>48</sup> Manche mögen’s light / Frauen und Rauchen in der Europäischen Union, Europa Bericht 1999.



den Bezirken lag der Anteil der Oberschülerinnen, die angaben, täglich zu rauchen, um 3% höher als der Anteil der männlichen Schüler. Im ehemaligen Bezirk Mitte lag der Anteil der täglichen Raucher beider Geschlechter sogar um 7 bis 8% höher als in Tiergarten – bei den Schülerinnen in Mitte gaben sogar 25,4% an, täglich zu rauchen. Insbesondere die Hauptschulen sind hiervon betroffen (nur 50% Nichtraucherinnen). Diese Daten zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf und können bestimmt auch auf andere Gebiete übertragen werden. Hier sollte man sich intensiv damit auseinandersetzen, wo und wie gezielte Präventionsmaßnahmen eingeleitet werden können.“

Die Bezirksauswertungen, insbesondere in Mitte und Lichtenberg, machten deutlich, dass der Anteil rauchender Oberschülerinnen höher lag, als der der Schüler. In Lichtenberg wurde festgestellt, dass fast ein Drittel der Schülerinnen und Schüler der 8. Klassen rauchen. In den Hauptschulen in Mitte waren die Hälfte Raucher. Hier besteht ein dringender Handlungsbedarf.

Regional bezogene Befragungen können wichtige Orientierungen u.a. für eine geschlechtsspezifische und zielgruppenorientierte Präventionsarbeit darstellen. Zukünftig müssen diese Ergebnisse schneller in der Praxis Berücksichtigung finden. Günstig in diesem Zusammenhang ist, dass Rauchen bei Lehrerinnen und Lehrern im Verhältnis wenig verbreitet ist: Die Gesundheitsberichterstattung Berlin weist dazu aus, dass es in der Berufsgruppe der Lehrerinnen und Lehrer mit 25% die wenigsten Raucherinnen und Raucher gab<sup>49</sup>.

Die Frage, wie Rauchen effektiv verhindert oder der Ausstieg vom Rauchen sinnvoll befördert werden kann, stellt sich somit mehr und mehr. Dafür ist unabdingbar, dass die vermeintlichen Pluspunkte des Rauchens betrachtet werden. Der Europa-Bericht 1999 benennt als eine mögliche Einflussgröße die Frage der Gewichtsregulation durch Rauchen:

„Forschungen haben ergeben, dass Rauchen einen Einfluss auf die Gewichtsregulation haben kann. Frauen sind mehr auf ihr Gewicht bedacht als Männer. Junge Frauen sind sehr besorgt um ihr körperliches Erscheinungsbild und empfinden sich leicht als übergewichtig. Die Angst vor Übergewicht ist jedoch verbreiteter als das Problem selbst. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass die Angst vor dem Zunehmen Frauen davon abhält, mit dem Rauchen aufzuhören, und dass sich junge Mädchen von Schlankheitserwägungen beeinflussen lassen, wenn sie anfangen zu rauchen...“<sup>50</sup>

Diesem möglichen Zusammenhang sollte mehr Beachtung geschenkt werden, um daran gekoppelt Ideen für „Aussteigerprogramme“ für Mädchen und Frauen zu entwickeln.

Rauchen kritisch zu thematisieren, ohne dabei moralisierend zu wirken, erweist sich in der Praxis als äußerst schwierig.

Wertvoll können nicht nur große Anti-Raucher-Kampagnen sein, sondern gerade das präventive Engagement im direkten Umfeld. Deswegen ist es erforderlich, auf allen Handlungsebenen Ansätze für präventives Agieren zu suchen.

Dieser Abschnitt macht deutlich, dass Konzepte und Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums bei Mädchen und Frauen dringend notwendig sind. Gleichmaßen bedarf es präventiver Maßnahmen für Jungen und Männer.

Ansätze zur Prävention des Rauchens gibt es mit den Projekten „Klasse 2000“<sup>51</sup> im Grundschulbereich und „Be smart – don't start“<sup>52</sup> an den Oberschulen bereits. Diese sind jedoch nicht ausreichend, da längst nicht alle Schulen bzw. Klassen erreicht werden.

---

<sup>49</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz; Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2001, S. 76

<sup>50</sup> Manche mögen's light / Frauen und Rauchen in der Europäischen Union, Europa Bericht 1999, S. 56

<sup>51</sup> Klasse 2000 ist ein bundesweites Projekt (in Berlin von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport etabliert) zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Grundschulen. Seit 1991 versucht Klasse 2000, gemeinsam mit Lehrern und geschulten Spezialisten, Kindern eine positive Einstellung zur Gesundheit zu vermitteln und ein Bewusstsein zum kritischen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln zu wecken. Nach hier

## Alkoholkonsum

Im Alltag ist neben Rauchen Alkohol die häufigste Droge.

Alkohol ist aber nicht nur ein verbreitetes Genussmittel, sondern birgt ebenso ein hohes Suchtpotenzial in sich mit den entsprechenden negativen Folgeerscheinungen.

Allein in Berlin werden jährlich über 15.000 Patientinnen und Patienten wegen alkoholbedingter Krankheiten (länger als einen Tag) in den Krankenhäusern behandelt.<sup>53</sup> Im Jahr 2000 wurden 696 Alkoholtodesfälle (203 Frauen, 493 Männer) registriert.

In der im Jahr 2000 in Berlin durchgeführten Repräsentativerhebung wurden die 15-59-jährigen Männer und Frauen zu ihrem Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung befragt. Die Befragung ergab folgendes:

- 6,7% waren abstinent,
- 74,3% wiesen einen risikoarmen Alkoholkonsum,
- 13,9% einen riskanten Konsum,
- 4,2% einen gefährlichen Konsum,
- 0,7% Hochkonsum auf.

Konsumklassen (Reinalkoholmenge pro Tag nach Bühringer et. al., 2000):  
 Abstinenz  
 Risikoarmer Konsum: Männer 0-30g, Frauen 0-20g  
 Riskanter Konsum: Männer >30-60g, Frauen >20-40g  
 Gefährlicher Konsum: Männer >60-120g, Frauen >40-80g  
 Hochkonsum: Männer >120g, Frauen >80g

Der Frauenanteil in den Konsumklassen „Riskanter Konsum, Gefährlicher Konsum und Hochkonsum“ war deutlich niedriger als bei den Männern. In der Altersgruppe der 30-59-Jährigen lag der Frauenanteil in der Kategorie „Gefährlicher Konsum/Hochkonsum“ bei 1,8% (Männer: 9,6%).

Tabelle 5.3:

### **Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten (ohne Alterseinschränkung)**

	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
Abstinent	7,0%	6,6%
Risikoarmer Konsum	80,2%	68,6%
Riskanter Konsum	10,7%	17,1%
Gefährlicher Konsum	1,9%	6,4%
Hochkonsum	0,2%	1,3%

(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München, 2000)

Auffallend ist die Tatsache, dass bereits über 10% der 15- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum aufweisen.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in dieser Altersgruppe sind nicht von Bedeutung.

Tabelle 5.4:

### **Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten – Vergleich Mädchen/Jungen**

	<b>15-17-jährige Mädchen</b>	<b>15-17-jährige Jungen</b>
Abstinent	15,9%	15,8%
Risikoarm	74,4%	71,1%
mindestens riskant	10,1%	12,4%

(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München, 2000)

vorliegenden Informationen werden zur Zeit ca. 160 Grundschulklassen mit fast 4.500 Schülerinnen und Schülern in Berlin betreut.

<sup>52</sup> „Be smart – don't start“ ist ein Programm, das im Schuljahr 1997/98 bundesweit startete, bei dem sich Schulklassen (ab Klassenstufe 5) verpflichten, für ein halbes Jahr nicht zu rauchen. Im Schuljahr 2001/2002 beteiligten sich 15 europäische Staaten, in Deutschland nahmen 5.786 Klassen mit rd. 150.000 Schülerinnen und Schülern teil, davon in Berlin 68 Schulklassen.

<sup>53</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz; Gesundheitsberichterstattung Berlin – Basisbericht 2001, S. 29

Besorgniserregend ist hingegen die Zunahme des sogenannten Rauschtrinkens bei Jugendlichen, was u.a. durch eine aktuelle Studie<sup>54</sup> bestätigt wird. Mädchen haben wesentlich seltener ein alkoholbedingtes Rauscherlebnis als Jungen.

Insgesamt lässt sich dennoch ein erfreulicher Trend ablesen: der regelmäßige Konsum von Alkohol ist eher rückläufig. Immerhin trinken 34% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland nie oder nur selten Alkohol.

Die Auswirkungen von Alkoholmissbrauch auf die Persönlichkeit des Mädchens, der Frau sowie für den Embryo während der Schwangerschaft sind erheblich. Durch den Alkoholkonsum der Mütter während der Schwangerschaft sind diese Kinder meist körperlich und geistig schwer geschädigt, sie haben eine ungünstige Entwicklungsprognose. Sowohl für Berlin als auch bundesweit geht man davon aus, dass 1 bis 2 alkoholgeschädigte Kinder auf 1.000 Geburten kommen.

Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, wie wichtig Prävention im Vorfeld von Suchterkrankungen ist.

Im Rahmen des „Aktionsplanes Alkohol“ der Länder werden in Berlin viele Aktivitäten und Maßnahmen zur Einschränkung des hohen Alkoholkonsums, insbesondere u.a. bei Schwangeren durchgeführt.

## **Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit**

In unserer hochtechnisierten und leistungsorientierten Gesellschaft steigt offenbar die Bereitschaft, das Behandlungsspektrum von Medikamenten auch auf allgemeine Beeinträchtigungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens auszudehnen. Medikamente werden in vielen Fällen als Problem- oder Konfliktlöser missbraucht.

Der Medikamentenmissbrauch ist bei Jüngeren eher seltener, während im Alter immer häufiger psychoaktive Medikamente<sup>55</sup> eingenommen werden. Eine Ausnahme bilden Appetitzügler, deren häufiger Missbrauch bei der Gruppe der 18-24 Jährigen auffallend ist.

Allerdings ist festzuhalten, dass der Arzneimittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen bisher erst durch sehr wenige Studien untersucht worden ist. Im Rahmen eines Forschungsprojektes am Sonderforschungsbereich „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“ der Universität Bielefeld wurden 1998 über 1.700 Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren an verschiedenen Schulformen befragt.

Diese Untersuchung ergab, dass ein Drittel (32%) der Jugendlichen regelmäßig (d.h. mindestens wöchentlich) Arzneimittel einnimmt. 10% der Jugendlichen gaben an, zwei oder mehr Arzneimittel gleichzeitig einzunehmen.

Die Untersuchungsergebnisse weisen eindeutig auf einen geschlechtsspezifischen Trend hin, d.h. Mädchen greifen eher als Jungen zum Medikament. Dieser Trend nimmt mit zunehmenden Alter deutlich zu.

Die Ergebnisse der Berliner Repräsentativstudie 2000 weisen auf folgende Besonderheiten hin:

- 53,6% der befragten Berlinerinnen gaben an, in den letzten 12 Monaten mindestens ein psychoaktives Medikament eingenommen zu haben; bei den Männern waren dies im Vergleich deutlich weniger (41,7%).

---

<sup>54</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Studie: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001

<sup>55</sup> Psychoaktive Medikamente sind z.B. Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Antidepressiva, Neuroleptika, Gesundheitsberichterstattung Berlin, a.a.O. S. 73

- In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hat jeder sechste Befragte (15,9%) mindestens einmal pro Woche ein oder mehrere psychoaktive Medikamente eingenommen.
- Am häufigsten gaben Befragte der Altersgruppe der 50-59 Jährigen (27,8%) an, in den letzten 3 Tagen mindestens einmal wöchentlich psychoaktive Medikamente eingenommen zu haben.<sup>56</sup>

Auch der „Frauengesundheitsbericht Deutschland“ hat die Medikamentenabhängigkeit thematisiert und spezifische Beratungs- und Betreuungsangebote angemahnt. Zur Ausgangslage wird angemerkt:

„...Die insgesamt beachtlichen Mengen von psychotropen Medikamenten, die Frauen von Ärzten verordnet bekommen und die vor allem schmerzgeplagte Frauen in Apotheken selbst erwerben, lassen vermuten, dass sehr viele Frauen von psychotropen Medikamenten abhängig sind. Schätzungen gehen von ca. 2 Millionen Frauen und Männern aus, die von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig sind und von weiteren 50.000 Schmerzmittelabhängigen. Die Mehrzahl der Medikamentenabhängigen sind ältere und alte Frauen. Die meisten Langzeitznutzerinnen von Beruhigungs- und Schlafmitteln steigern ihren Medikamentengebrauch über die Jahre nicht, sind also „niedrigdosisabhängig“, und sich des Abhängigkeitsrisikos nicht bewusst. Sie werden von den Einrichtungen der Suchtberatung und –behandlung bislang nur unzureichend erreicht. Die Ärzte wiederum, die sie oft jahrelang mit den abhängigkeiterzeugenden Medikamenten versorgen, zeigen in der Regel wenig Aufmerksamkeit für die von ihnen mitverursachte Medikamentenabhängigkeit....“<sup>57</sup>

Psychovegetative Befindlichkeitsstörungen, Stimmungstiefs und Erschöpfungszustände treten ab dem mittleren Lebensalter stärker auf. Schlafstörungen, bei Frauen deutlich ausgeprägter als bei Männern, kommen als belastender Faktor noch hinzu. Ärztinnen und Ärzte achten in der Regel zu wenig auf den Kontext der sozialen und individuellen Belastungen und Krisenmomente, die ausschlaggebend für die seelisch-körperlichen Beeinträchtigungen ihrer Patientinnen sind. Allzu oft wird vorschnell ein Rezept ausgestellt. Expertinnen und Experten mahnen vor diesem Hintergrund die bestehende Verschreibungspraxis an. Ärztinnen und Ärzte sollten dem Problem der Medikamentenabhängigkeit mehr Aufmerksamkeit widmen und ihr Verschreibungsverhalten unter diesem Aspekt stärker prüfen.

Neben den Sucht- und Drogenberatungsstellen, bietet in Berlin insbesondere die Frauensuchtberatungsstelle FAM Hilfe für betroffene Frauen an. Dort wird individuell oder in Gruppen über Wirkungsweisen und Risiken bei der Einnahme psychisch wirksamer Medikamente, über das Suchtentstehen und über alternative, nicht medikamentöse Behandlungsformen informiert. Außerdem werden weiterführende Hilfen vermittelt.

Darüber hinaus ist es erforderlich, einen Gegenentwurf „zum Griff nach der Pille“ zu entwickeln, die Patientin mit ihren Befindlichkeiten ernst zu nehmen und an die Ursachen und Auslöser von Stimmungstiefs, Erschöpfungszuständen, Schlafstörungen u.ä. heranzukommen. Veranstaltungen und Beratungen, wie sie beispielsweise das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. (FFGZ) dazu bietet, können für die Betroffenen eine wichtige Unterstützung auf dem Weg zu einem anderen (neuen) Umgang mit Belastungen sein.

Für eine umfassende Einschätzung des Problems der Medikamentenabhängigkeit ist es erforderlich, genauere Informationen über das tatsächliche Ausmaß des Missbrauchs auch in Bezug auf die verschiedenen Lebensalter der Frauen zu erhalten und entsprechende Daten zu sammeln bzw. zu erheben.

<sup>56</sup> Institut für Therapieforschung (IFT) im Auftrag der Senatsverwaltung für Schule Jugend und Sport: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 2000, München 2001

<sup>57</sup> Frauengesundheitsbericht Deutschland, Seite 234

## Ess-Störungen

Ess-Störungen treten in verschiedenen Erscheinungsbildern auf. Hierzu gehören vor allem Adipositas (Fettsucht), Bulimie nervosa (Ess-/Brechsucht), Anorexia nervosa (Magersucht).

Die konkrete Ausprägung der Störung variiert: Esssucht mit der Folge der Fettleibigkeit; Esssucht mit anschließendem Erbrechen (Bulimie); Magersucht, die durch äußerst geringe Nahrungsaufnahme bei gleichzeitiger Aktivität, um Kalorien zu verbrennen, gekennzeichnet ist.

Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass Ess-Störungen in Deutschland mittlerweile so häufig geworden sind wie beispielsweise die Zuckerkrankheit. Nach Schätzung der Essener Fachstelle für Suchtprävention sind in Deutschland 3% aller 15-35-jährigen Frauen von Bulimie betroffen; also mindestens 600.000 Frauen. Das Deutsche Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik geht für Deutschland von einer Größenordnung von 700.000 Menschen aus, die unter Magersucht und Bulimie leiden. Dies ist aber nur die eine Seite des Problems; die andere Seite liegt in der hohen Zahl der Übergewichtigen und Fettleibigen.

Die Verbreitung der Essstörungen hat in den vergangenen Jahren zugenommen.

Nach den Ergebnissen des 1999 bundesweit durchgeführten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes haben etwa 20% der Männer und Frauen in Deutschland ein starkes Übergewicht (Body-Mass-Index<sup>58</sup> [BMI] von 30 und größer) sowie 70% der erwachsenen Männer und 50% der Frauen ein leichtes Übergewicht (BMI 25 und höher). Damit ist das Übergewicht nach wie vor eines der gesundheitlichen Hauptprobleme in Deutschland.

Dieses Problem zeigt sich auch im Land Berlin. Wie eine Studie im Jahr 2001 der damaligen Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen ergab, leidet jedes 8. Berliner Kind, das eingeschult wird, an Übergewicht. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass sich in Berlin der Anteil übergewichtiger Einschüler in den letzten 15 Jahren mehr als vervierfacht hat. Türkische Kinder sind mit 20,4% dabei fast doppelt so häufig betroffen wie deutsche Kinder mit 12% und andere Migranten mit 12,4%. Unter den deutschen Jugendlichen waren Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen festzustellen.<sup>59</sup>

Das Gesundheitsrisiko, das adipöse Kinder damit schon mit sich „herumtragen“, ist erheblich – von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, bis hin zu der Gefahr, dass das Übergewicht sich ins Erwachsenenalter „fortsetzt bzw. verfestigt“ mit erhöhten Risiken von Folgeerkrankungen wie u. a. Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten. Hier sind wirksame Präventionsstrategien gefordert.

Neben der Adipositas stellen auch Bulimie und die weniger häufige Anorexia nervosa besonders bei Mädchen/jungen Frauen ein erhebliches Problem dar. Es ist jedoch kein reines „Frauenproblem“, auch wenn zur Zeit Jungen und Männer (noch) nicht so stark ins Gewicht fallen.

Studien belegen, dass bereits 17% der 11-15 Jährigen eine Diät durchgeführt haben. Als alarmierendes Zeichen wertet es die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, dass Mädchen bereits ab dem 12. Lebensjahr als Patientinnen im Zusammenhang mit Ess-Störungen auffällig werden. Ess-Störungen gelten als eines der häufigsten psychischen Störungsbilder von Mädchen und Frauen in unserer Gesellschaft. Der Trend ist, dass Mädchen immer jünger sind.

Das sich körperlich dokumentierende Problem hat seinen Nährstoff in inneren Konflikten. Deshalb muss ein Zugang zu diesem Konfliktpotenzial gefunden werden. Insbesondere die systemische Familientherapie bietet hierbei wirksame Hilfe.

Stationäre Behandlungsangebote in Berlin für die Behandlung von Essstörungen bestehen am Universitätsklinikum Charité – Campus Virchow-Klinikum und bei den Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk.

---

<sup>58</sup> Body-Mass-Index =  $\frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$

<sup>59</sup> Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen; Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001-1: Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin

Das Universitätsklinikum Benjamin Franklin und die Charité halten außerdem ein ambulantes Angebot zur Behandlung von Essstörungen vor.

Die Berliner Ärztekammer hat einen interdisziplinären ärztlichen Berliner Qualitätszirkel (niedergelassene und Krankenhausärzte) als Modellprojekt gefördert. Dieser hat Behandlungsstandards in der Therapie von anorektischen und bulimischen Störungen an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Bereich erarbeitet.

Mit dem Beratungszentrum bei Ess-Störungen „Dick& Dünn e.V.“ ist in Berlin eine kompetente Anlaufstelle für Ess-Störungen vorhanden. Über 9.000 Anrufe und mehr als 1.000 schriftliche Anfragen im Jahr verdeutlichen die große Nachfrage und den Bedarf. Die Angebote beziehen sich auf alle Formen von Ess- Störungen.

Einen ganz besonderen Arbeitsschwerpunkt setzt das Beratungszentrum in der Präventions- und Prophylaxearbeit. Deutlich erkennbar ist, dass der Grundstein für Ess-Störungen bereits in jungen Jahren gelegt wird. Dick & Dünn e.V. weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass viele Jugendliche – obwohl sie ein normales Gewicht haben – mit rigiden Diäten beginnen – ganz besonders anfällig dafür sind die normalgewichtigen Mädchen. Aufgrund der langjährigen Erfahrung ist es wichtig, die Sensibilität im schulischen Alltag herzustellen (sowohl bei Schülerinnen/Schülern als auch Lehrerinnen/Lehrern). Deshalb bietet das Beratungszentrum auch Unterrichtseinheiten und Workshops in Schulen und Jugendeinrichtungen an.

Die Betrachtung von Ess-Störungen bedarf eines sensiblen Blicks. Die Nahrungsaufnahme kann eine Form der psychischen Kompensation sein und harsche Diäten sind oft die Einstiegsdroge zu Essstörungen. Der Umgang mit dem Thema bedarf eines umfangreichen Wissens, auch psychologischer Natur. Vorschnelle Statements helfen nicht weiter, um die Problemvielfalt zu erfassen.

## Illegale Drogen

Neben dem Missbrauch und der Abhängigkeit von legalen Suchtstoffen, spielt auch die Abhängigkeit von illegalen Drogen eine zunehmende Rolle.

In der Biografie Drogenabhängiger wird zunehmend deutlich, dass fast immer zuvor legale Drogen konsumiert wurden.

Die Stichprobenbefragung 2000 in Berlin im Rahmen der Bundesstudie<sup>60</sup> ergab, dass in der Altersgruppe der 15 bis 17-jährigen Mädchen bereits 10% einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum aufweisen, das fast 15% mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen und jedes 5. Mädchen in den letzten 12 Monaten mindestens einmal illegale Drogen konsumiert hat (hierbei handelt es sich überwiegend um Cannabis).

Die Prävalenzraten in Berlin-West und -Ost haben sich in den vergangenen 10 Jahren immer mehr angeglichen.

Der aktuelle Gebrauch illegaler Drogen (12-Monats- bzw. 30 Tage-Prävalenz) bei West- und Ostberlinerinnen im Alter von 18-39 Jahren unterscheidet sich insgesamt kaum.

Tabelle 5.4:

### **Konsum illegaler Drogen bei Frauen**

	<b>Berlin-West</b>	<b>Berlin-Ost</b>
Lebenszeit-Prävalenz	43,6	33,5
12-Monats-Prävalenz	14,7	16,8
30-Tage-Prävalenz	8,2	9,8

(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München, 2000)

#### **Prävalenzraten:**

Lebenszeitprävalenz: Befragte hat zumindest einmal im Leben eine illegale Droge konsumiert

12-Monats-Prävalenz: Befragte hat in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung illegale Droge konsumiert

30-Tage-Prävalenz: Befragte hat in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung illegale Droge konsumiert

<sup>60</sup> Institut für Therapieforschung (IFT) im Auftrag der Senatsverwaltung für Schule Jugend und Sport: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 2000, München 2001

Bei Frauen in Ostberlin ist ein etwas höherer Ecstasy-Konsum und bei Frauen in Westberlin ein höherer Cannabiskonsum festzustellen.

Der Frauenanteil bei Drogenabhängigen ist rückläufig und beträgt inzwischen 20% - 25%. Bei den Klienten, die sich in der ambulanten bzw. stationären Therapie befinden oder die mit Methadon substituiert werden, liegt der Frauenanteil bei 25-30%.

Von den im Jahr 2001 registrierten Drogentodesfällen waren 21,2% Frauen (40 Fälle). Im Jahr 2000 betrug der Anteil 19,1% (43 Fälle).

In den Drogen- u. Suchtberatungsstellen sind von den Klienten mit Alkoholproblemen 28,9% und von Klienten mit Drogenproblemen 23,4% Frauen.

Das Durchschnittsalter der drogenabhängigen Frauen, die sich in Beratung begeben, beträgt 27,7 Jahre, das der alkoholabhängigen Frauen 43,8 Jahre.

Der Anteil ausländischer Frauen in den Beratungsangeboten beträgt 8%. Sprachliche und kulturelle Barrieren und besonders die Einbindung in feste Familienstrukturen erschweren den Migrantinnen den Zugang zum Hilfesystem. Durch gezielte Informationen in verschiedenen Landessprachen, durch eine frühzeitige Kontaktaufnahme und durch eine engere Vernetzung der Hilfeangebote können notwendige Hilfen besser bekannt gemacht sowie die bestehenden Schwellenängste abgebaut werden.

## **Angebote**

Seit vielen Jahren bestehen verschiedene mädchen- und frauenspezifische Angebote im Rahmen der Berliner Drogen- und Suchthilfe.

So unterschiedlich, wie Ursachen und Verlauf einer Suchterkrankung sind, so differenziert gestaltet sich die Suchtbehandlung.

Die frauenspezifischen Angebote der Berliner Drogen- und Suchthilfe bieten hierbei vielfältige Hilfen an. Zu diesen Angeboten gehören u.a.:

- zwei frauenspezifische Kontakt- und Beratungsstellen (Frauenladen, Frauensuchtberatungsstelle - FAM)
- ambulante und stationäre Therapieangebote (Stoffbruch, Violetta clean, Zwiebel)
- Nachsorgeprojekte (Qualifizierung und berufliche Integration, Wohngemeinschaften, Frauencafé „Seidenfaden“)
- ein niedrigschwelliges Angebot für drogenabhängige Prostituierte (Café Olga)
- WIGWAM (Unterstützung süchtiger Schwangerer und Mütter)

Darüber hinaus bestehen in fast allen gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe spezifische und separate Angebote für Frauen.

Viele Präventionsangebote in der Suchthilfe umfassen mädchen- bzw. frauenspezifische Maßnahmen, Aktivitäten und Hilfen. Insbesondere in den verschiedenen Beratungs- und Betreuungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche gibt es Tagesangebote, Kurse und andere Hilfsmaßnahmen für Mädchen. Diese Präventionsangebote werden regelmäßig von Mädchen aufgesucht. Bis zu 50% der betreuten Kinder und Jugendlichen sind Mädchen, insbesondere ausländische Mädchen.

Neben der Gruppe der suchtkranken Frauen darf auch die große Gruppe der co-abhängigen Frauen nicht vernachlässigt werden. Als Ehefrau bzw. Lebenspartnerin, Mutter oder Kind von Suchtkranken haben Mädchen und Frauen oft unter den sozialen und psychischen Auswirkungen einer Suchtentwicklung mitzuleiden.

Die Angehörigen von Suchtkranken erfahren insbesondere von Selbsthilfegruppen Hilfe und Unterstützung.

Auch einige Krankenhäuser im Land Berlin stehen von Abhängigkeitserkrankungen Betroffenen offen. Beispielsweise hat die DRK Klinik Mark Brandenburg ein Angebot für die Therapie von abhängigkeitskranken Eltern gemeinsam mit ihren Kindern. Differenzierte frauenspezifische Angebote tragen der besonderen Situation von Frauen in einer überwiegend von Männern in Anspruch genommenen Entzugsabteilung der DRK Klinik Rechnung. In einer Frauenselbsthilfegruppe der Klinik treffen sich aktuelle und ehemalige Patientinnen der Station.

Für drogenabhängige schwangere Frauen besteht am Universitätsklinikum Charité die Möglichkeit eines stationären Drogenentzugs in der vorgeburtlichen Phase. Im Rahmen eines in Kooperation zwischen der Klinik für Geburtsmedizin und der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe betriebenen Projekts erfolgt der Entzug gekoppelt an eine intensive psychosoziale Betreuung.



## **6. Gewalt gegen Frauen**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benennt häusliche und sexuelle Gewalt als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen.

Unter Gewalt wird in diesem Zusammenhang die Verletzung der körperlichen und seelischen Integrität eines Menschen durch einen anderen verstanden. Zu Gewalt im Geschlechterverhältnis gehören sowohl sexuelle Übergriffe als auch alle anderen Verletzungen, die einer Person in einer intimen Beziehung zugefügt werden. Gewalt hat viele „Gesichter“ – die Formen, wie sie ausgeübt wird, sind vielfältig. Der „Frauengesundheitsbericht Deutschland“ führt dazu aus:

„Unter Gewalt stellen sich die meisten Menschen ein außergewöhnliches Ereignis vor; in den Medien wird diese Vorstellung vielfach bestärkt. Gewalt entwickelt jedoch eine spezifische Dynamik, wenn sie im alltäglichen Zusammenleben zur Normalität geworden ist.....Ein großer Teil der Gewalt besteht nicht in dramatisch eskalierten Ausbrüchen mit schweren körperlichen Verletzungen, doch die Gefahr einer solchen Eskalation lauert ständig im Hintergrund. Chronische Gewalt innerhalb einer Beziehung ist daher auf besondere Weise destruktiv: Sie fügt nicht nur wiederholte Verletzungen zu, die oft nicht versorgt werden und nicht ausheilen können, sondern sie erzwingt eine ständige Aufmerksamkeit für Gefahr, ein Leben in Angst.“<sup>61</sup>

### **Häusliche und sexuelle Gewalt**

Nach Schätzungen wird allgemein davon ausgegangen, dass in jeder 3. Partnerschaft Gewalt ausgeübt wird. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass jährlich ca. 4 Mill. Frauen in der Bundesrepublik mit körperlicher und sexueller Gewalt konfrontiert werden. In Berlin sind es jährlich ca. 2.000 Frauen und Kinder, die in den sechs Frauenhäusern Hilfe und Schutz finden. Im Jahr 2001 wurden in Berlin bei der Polizei 4.274 Fälle von häuslicher Gewalt erfasst. Von Januar bis Anfang September 2002 stieg die registrierte Anzahl bereits auf über 7.300 Fälle. Über 1.000 Frauen und mehr als 1.100 Mädchen wurden im gleichen Jahr Opfer sexueller Gewalt. Dabei handelt es sich lediglich um die bekannt gewordenen Straftaten. Da Gewalt in der Regel im sozialen Nahraum der Betroffenen stattfindet, muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. In über 80% der Fälle handelt es sich um männliche Täter.

Durch die massiven körperlichen, psychischen und psychosomatischen Folgen von Misshandlungen ist die Lebens- und Arbeitsqualität der Betroffenen stark eingeschränkt. Hämatome, Stichwunden, Verbrennungen, Fehlgeburten, körperliche und psychische Erschöpfungszustände, Allergien, Nervosität und Angstzustände, Depressionen, Suchterkrankungen und Borderline-Störungen sowie Armut und Wohnungslosigkeit können Folgen von Misshandlung sein.

Nach wie vor gibt es viele betroffene Frauen, die aus unterschiedlichen Gründen das bestehende Hilfeangebot nicht oder noch nicht in Anspruch nehmen können. Daher gilt es, die gewaltpräventiven Angebote im Hilfesystem noch stärker bekannt zu machen und die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, um möglichst frühzeitig den wiederkehrenden Kreislauf der Gewalt zu durchbrechen.

Als bundesweit wegweisendes Projekt wurde von 1995 bis 2001 das Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt (BIG) als gemeinsames Modellprojekt durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und die Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen gefördert. Ziel des Interventionsprojektes war die Effektivierung der Kooperation aller im Bereich häusliche Gewalt tätigen Institutionen und Projekte, die Verbesserung der strafrechtlichen Verfolgung der Täter, die Schaffung angemessener rechtlicher Rahmenbedingungen, die Etablierung von Fortbildungen in den genannten Bereichen sowie die Umsetzung gezielter Interventionsmaßnahmen, die zu einer Erhöhung des Schutzes gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder beitragen. Im Rahmen

---

<sup>61</sup> Frauengesundheitsbericht Deutschland, Seite 259

der Modellphase wurden gezielt neue Interventionen entwickelt und umgesetzt: Checklisten und Handlungsleitfäden – insbesondere im Bereich der Polizei-, Fortbildungsmaßnahmen im zivil- und strafrechtlichen Bereich und bei den Jugendämtern, Mitarbeit an der Entwicklung des Gewaltschutzgesetzes, Erstellung von umfangreichen Informationsmaterialien für betroffene Frauen und für die genannten Berufsgruppen. Auch zur Prävention weiterer Gewalt und gesundheitlicher Schäden der Opfer tragen die entwickelten Maßnahmen bei.

Seit Januar 2002 wird die Arbeit von BIG im Rahmen einer Interventionszentrale gegen häusliche Gewalt, die punktuell auch weiterhin Koordinierungsaufgaben übernimmt, fortgeführt. Ziel ist es, ein geeignetes System zur Überprüfung der Umsetzung und der Wirksamkeit der entwickelten Maßnahmen (Monitoring) einzuführen, problematische Einzelfälle zu klären und zu lösen (Clearing) und damit die entwickelten Interventionen dauerhaft zu etablieren. In diesem Zusammenhang werden aus Mitteln der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen der Aufbau der Interventionszentrale für die Bereiche Polizei und Unterstützungsangebote für Frauen gefördert. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat für das Haushaltsjahr 2002 die Finanzierung noch nicht abgeschlossener Aufgaben in den Bereichen Zivilrecht und Kinder und Jugendliche übernommen.

1999 hat die „BIG- Hotline bei häuslicher Gewalt gegen Frauen“ (gefördert von der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen) ihre Arbeit aufgenommen. Die Hotline ist ein zentrales telefonisches Beratungsangebot, das betroffenen Frauen, Personen aus ihrem Umfeld sowie beruflich mit der Problematik befassten Stellen täglich von 9 bis 24 Uhr zur Verfügung steht. Die Zahl der Anruferinnen stieg von circa 2.500 im Jahr 2000 auf ca. 4.300 im Jahr 2001. Im Jahr 2002 waren es 6.336 hilfesuchende Anruferinnen und Anrufer. Das Angebot der Hotline:

- Telefonische, auf Wunsch anonyme, auch mehrsprachige Beratung,
- psychosoziale Krisenintervention,
- kostenlose Rechtsberatung,
- Vermittlung an wohnortnahe Einrichtungen zur persönlichen Beratung oder an Schutzunterkünfte,
- Vermittlung der „Mobilen Intervention“

Im Mai 2001 konnte das zuletzt aufgeführte Angebot einer „Mobilen Intervention“ eingerichtet werden. Über die telefonische Beratung hinaus können nun betroffene Frauen in besonderen Krisensituationen vor Ort (zu Hause, im Krankenhaus etc.) für ein persönliches Beratungsgespräch aufgesucht werden. Die Mitarbeiterinnen der „Mobilen Intervention“ beraten auch Frauen, die aus verschiedenen Gründen wie z.B. bei Beeinträchtigungen, anderen gesundheitlichen Problemen oder wegen der Kinder ihre Wohnung nicht verlassen können. Im Zeitraum von Mai 2001 bis März 2002 fanden etwa 115 mobile Einsätze statt.

Schutz, Beratung und Hilfestellung für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen und ihre Kinder bieten im gesamten Stadtgebiet Berlins insgesamt 6 Frauenhäuser mit 326 Plätzen, 43 dezentrale Zufluchtswohnungen mit 234 Plätzen und 5 Beratungsstellen.

Die Einrichtungen und Beratungsstellen sind teilweise barrierefrei zugänglich. Daneben ist eine Zufluchtswohnung speziell für gehörlose Gewaltopfer mit Kindern eingerichtet worden (Projekt Augusta) sowie eine weitere Zufluchtswohnung, die barrierefrei zugänglich ist (Projekt Frauenzimmer).

Momentan wird seitens der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen der „Ist-Zustand“ bei den Frauenhäusern und Zufluchtswohnungen ermittelt, verbunden mit einer Bedarfsabfrage, um festzustellen, ob das Angebot an Frauenhäusern und Zufluchtswohnungen für Frauen mit Beeinträchtigungen ausreicht oder verbessert werden sollte.

Wie der Berliner Aktionsplan zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt, der im März 2002 vom Berliner Senat verabschiedet wurde, ausweist, ist der Anteil von Migrantinnen, die in Antigewaltprojekten und Frauenhäusern Hilfe und Unterstützung suchen, in den letzten Jahren kontinuierlich auf bis zu 50% angestiegen. Die Lebenssituation von Migrantinnen, die Opfer von häuslicher Gewalt, Zwangsverheiratung, sexueller Gewalt oder von Ächtung und Verfolgung geworden sind, ist vor dem Hintergrund ihrer Migrationserfahrung häufig komplexer und schwieriger als die deutscher Frauen und kann dazu führen, dass Migrantinnen sich schwerer aus Gewaltbeziehungen lösen. Gründe hierfür können in einer starken Tabuisierung von Gewalt innerhalb des Familienverbandes, in einem anderen Normen- und Rollenverständnis, in Sprachbarrieren oder in spezifischen kulturellen Aspekten wie der gesellschaftlichen Ächtung bestimmter Verhaltensweisen liegen. In nicht wenigen Fällen wird die Lage der

Frauen durch ausländerrechtliche Probleme – z.B. einer aufenthaltsrechtlichen Abhängigkeit vom Fortbestand der Ehe – erschwert. Hinzu kommt, dass die vorhandenen Beratungsangebote den Frauen nicht bekannt genug sind.

Darüber hinaus gibt es spezifische Formen der Gewalt mit massiven gesundheitlichen Folgen, von denen in erster Linie Migrantinnen betroffen sind. Hierzu zählen u.a. die Genitalverstümmelung – auf die noch gesondert eingegangen wird - und der Frauenhandel, insbesondere in die Zwangsprostitution. Die hiervon betroffenen Frauen sind in der Regel massiver physischer und psychischer Gewalt ausgesetzt, die vielfältige Formen annehmen kann und die Gesundheit schwer beeinträchtigt. Die häufig traumatisierten Frauen haben besondere Schwierigkeiten, die bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote wahrzunehmen: entweder werden sie von den Tätern in ihrer Bewegungsfreiheit so stark kontrolliert und eingeschränkt, dass es ihnen praktisch nicht möglich ist, Hilfe zu suchen. Auch die Angst vor Sanktionen durch Personen aus dem Täterumfeld sowie Angst und Unsicherheit aufgrund ihres eigenen „illegalen“ Aufenthaltsstatus kann sie daran hindern.

Die Unterstützung bei häuslicher Gewalt ist Bestandteil vieler insbesondere von der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen geförderter Projekte für Migrantinnen und der umfassenden Beratungsangebote bei der Ausländerbeauftragten des Senats von Berlin. Zur Ergänzung der bestehenden Anlaufstellen wird seit April 2001 ein neues Frauenhaus mit einem speziellen interkulturellen Hilfs- und Beratungsangebot gefördert. Migrantinnen sollen bei der Klärung ihrer Perspektiven von Mitarbeiterinnen mit interkultureller Kompetenz unterstützt und begleitet werden. Dieses Angebot stellt eine qualitative Weiterentwicklung der bisherigen Frauenhausarbeit dar. Das Projekt besteht aus einer Beratungsstelle mit Übergangswohnungen und einem kleinen Frauenhaus und bietet Platz für 50 Frauen und Kinder.

Auf die Situation von Mädchen und Frauen mit Behinderungen, die von Gewalt betroffen sind, wird auch in Kap. 7 eingegangen. Genaue Angaben über das Ausmaß häuslicher Gewalt gegenüber behinderten Frauen liegen nicht vor. Es muss aber auch hier von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Ärzte und Ärztinnen und das Pflegepersonal in Arztpraxen, Krankenhäusern und Krisenambulanzen sind häufig die ersten und teilweise auch die einzigen, bei denen Frauen mit Gewalterfahrung verdeckt oder offen direkte Hilfe suchen. Sie sind zudem eine wichtige Schnittstelle zwischen der Patientin und den über die medizinische Versorgung hinausgehenden Beratungs- und Hilfeangeboten. Das Personal im medizinischen Bereich kann daher großen Einfluss auf den Verlauf der Hilfe und die Gewaltprävention nehmen. Dennoch wird im System der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Gewalt gegen Frauen bisher noch zu selten als Ursache gesundheitlicher Störung diagnostiziert.

Vor diesem Hintergrund wurde von BIG in Zusammenarbeit mit dem Krisen- und Beratungszentrum für vergewaltigte Frauen, LARA, die Broschüre „Wenn Patientinnen von Gewalt betroffen sind“ entwickelt und mit Hilfe der Ärztekammer zusammen mit Informationsmaterialien für Betroffenen an ca. 3.600 Berliner Ärztinnen und Ärzte verschickt.

Für den Bereich der Krankenhäuser sind in Berlin bereits erste Erfolge zu verzeichnen. So bietet der Verein S.I.G.N.A.L. e.V. i. Gr. seit drei Jahren erfolgreich ein Interventionsprogramm gegen Gewalt gegen Frauen für das Gesundheitswesen an. Modellhaft eingeführt wurde das S.I.G.N.A.L – Interventionsprogramm mit einem eigens entwickelten Schulungsangebot im Universitätsklinikum Benjamin Franklin und im Vivantes Klinikum Spandau. Das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge hat im Juni 2002 auch eine Schulung von S.I.G.N.A.L. durchgeführt. Das Projekt S.I.G.N.A.L. braucht auch künftig eine verlässliche Grundlage, um Schulungen anbieten zu können.

Erste Ansätze zur Umsetzung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gibt es im Bezirk Tempelhof – Schöneberg. Mittelfristig wird die Ausweitung des Interventionsprogramms auf die Berliner Kliniken und Einrichtungen des Berliner Gesundheitswesens angestrebt.

Die im Herbst 2001 durchgeführte Fachtagung „Als wäre nichts gewesen...“, die von der damaligen Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen in Kooperation mit der Initiative Frauengesundheitsnetzwerk Berlin durchgeführt wurde, hat dazu beigetragen, dass Schritte zur stärkeren Verankerung der Gewaltthematik auf Bezirks- und Landesebene – wie oben dargestellt - erzielt werden konnten. Die Fachtagung machte aber darüber hinaus deutlich, dass das Thema Gewalt insgesamt noch stärker institutionell verankert werden muss, und zwar sowohl in den Bezirken (z.B. durch Einbezie-

hung der bezirklichen Regeldienste in die Gewaltproblematik inklusive der Teilnahme am S.I.G.N.A.L. – Projekt), wie auch in allen Bereichen der Aus-, Fort-, und Weiterbildung von medizinischem Personal. 2002 konnten dazu weitere wichtige Vorhaben, z.B. durch die Beschlüsse der Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und –senatoren der Länder und der Gesundheitsministerkonferenz eingeleitet werden. Beide Gremien haben die Bundesärztekammer bzw. die Länderärztekammern gebeten, die ganzheitliche gesundheitliche Versorgung der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen in der 2003 beabsichtigten Änderung der Weiterbildungsordnung zu berücksichtigen.

Von den Expertinnen der Fachtagung wurde übereinstimmend die überragende Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit und Informationsvermittlung zum Thema Gewalt genannt. Eine sinnvolle Maßnahme wäre die Veranschaulichung der im Gesundheitswesen durch Gewalteinwirkung entstehenden Kosten für die Krankenkassen, um die finanzielle Dimension des Problems deutlich zu machen. Daneben gilt es aber für die Opfer immer wieder zu sensibilisieren und die Rolle der Täter deutlich zu benennen. Nur mit einem umfassenden Öffentlichkeitskonzept kann langfristig die gesellschaftliche Ächtung von Gewalt und Gewalt Ausübenden erreicht werden. Am 25. November 2002, dem Internationalen Tag zur Beendigung von Gewalt gegen Frauen, haben die Gesundheitssenatorin und der Frauensensor LARA besucht und gemeinsam ein Pressegespräch zum Thema gesundheitliche Folgen / Versorgung gewaltbetroffener Frauen geführt.

Im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge besteht in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie bereits ein Angebot für Frauen mit Gewalterfahrung (Posttraumatische Belastungsstörung) aus dem Bezirk Lichtenberg. Es handelt sich hierbei um ein geschlechtshomogenes Therapieangebot, das von den Frauen auch nach Beendigung ihres stationären Aufenthaltes weitergenutzt werden kann und wird. Es wird angestrebt, dies konzeptionell zu einem Angebot für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen zu entwickeln.

Zur Begleitung der Umsetzung der avisierten Maßnahmen, die auch Bestandteil des Berliner Aktionsplans zur Bekämpfung von Häuslicher Gewalt sind, hat sich ein Arbeitskreis „Gesundheitliche Folgen von Gewalt“ des Netzwerks Frauengesundheit Berlin etabliert. Der Arbeitskreis ist interdisziplinär mit Expertinnen (Traumatherapeutin, Psych. Psychotherapeutin, Ärztin) einer Vertreterin des Ärztinnenbundes, von S.I.G.N.A.L., BIG, LARA, Dick und Dünn, dem Frauenkrisentelefon, der Lesbenvertretung, dem Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. (FFGZ) und der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen besetzt.

Bereits im vorigen Jahr konnte eine wichtige Ergänzung zu den bestehenden Angeboten realisiert werden: Im Juli 2001 eröffnete der Verein BORA e.V. eine therapeutische Wohngemeinschaft für psychisch kranke Frauen mit Gewalterfahrungen und deren Kindern. In diesem geschützten Wohnprojekt können Frauen die erlebte Gewalt, die zu einer psychischen Störung geführt hat, aufarbeiten. Dieses Angebot wurde in enger Zusammenarbeit zwischen dem Trägerverein des Frauenhauses BORA, der Abteilung Frauenpolitik und dem Psychiatriebeauftragten der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz konzipiert.

Das vorgenannte Angebot ist ein Indikator dafür, welche Folgen erlebte Gewalt bei den betroffenen Frauen und Mädchen in Form von massiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Störungen, Krankheiten auslösen kann. Nicht selten liegt in einer erlebten Gewaltsituation der „Schlüssel“ für eine Störung oder Erkrankung. Das wird oftmals von behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht wahrgenommen. Schlafstörungen, Allergien, Ess- und Borderline-Störung – um nur einige Beispiele zu nennen - können ihren Ursprung in einer Gewalterfahrung haben. Der „Frauengesundheitsbericht Deutschland“ führt dazu aus:

„Mangelnde Kenntnisse im Gesundheitssystem über die Verbreitung und die Erscheinungsformen von Gewalt im Geschlechterverhältnis und über deren Rolle bei der Entstehung gesundheitlicher Störungen und Krankheiten hat derzeit hohe Kosten für die Gesellschaft zur Folge: In medikamentösen und operativen Behandlungen, denen keine ausreichende Einschätzung der Ursachen der Beschwerden zugrunde liegt, in der Chronifizierung von Beschwerden und schließlich in sekundä-

ren Erkrankungen als Folge einer nicht erkannten primären Ursache des Leidens...“<sup>62</sup>

In diesem Kontext ist auch das Thema „Sexuelle Gewalt“ zu betrachten. Gerade die Erfahrung sexueller Gewalt ist für die Betroffenen ein traumatisches Erlebnis und neben den körperlichen Auswirkungen mit erheblichen gesundheitlichen Langzeitfolgen und Chronifizierungen verbunden. Das Krisen- und Beratungszentrum für vergewaltigte Frauen und Mädchen, LARA, arbeitet seit 1995 mit einem besonderen Konzept für Opfer sexueller Gewalt. LARA bietet den Betroffenen persönliche und telefonische Beratung, Hilfe und Unterstützung in Krisensituationen, Prozessbegleitung und Selbsthilfegruppen zur Aufarbeitung der erlebten Gewalt sowie Beratung für Angehörige und Fortbildung für Berufsgruppen. Das Krisen- und Beratungszentrum arbeitet eng mit BIG und dem Frauengesundheitsnetzwerk zusammen und wird von der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen gefördert.

Das FFGZ hat sich ebenfalls mit der Frage der gesundheitlichen Langzeitfolgen für Frauen nach sexualisierter Gewalt auseinander gesetzt und verschiedene Maßnahmen dazu entwickelt. Das zentrale Angebot gilt Frauen, deren gesundheitliche Probleme ursprünglich mit sexueller Gewalterfahrung in Verbindung stehen: Das Beratungs- und Gruppenangebot bietet Hilfe bei der Aufarbeitung der individuellen Erfahrungen. Das FFGZ versucht, den betroffenen Frauen einen neuen Umgang mit ihrem Körper, ihrer Gesundheit und dem Thema Krankheit zu vermitteln. Eine Zielgruppe dieser Arbeit sind die von Gewalt betroffenen Frauen in Frauenhäusern.

Gerade beim Thema Gewalt müssen die verschiedensten Institutionen einbezogen werden, um Gewalt nicht vereinzelt, isoliert zu betrachten und zu behandeln, sondern als gesellschaftliches Phänomen wahrzunehmen und zu bekämpfen. Deshalb ist die Vernetzung aller mit der Thematik „häusliche Gewalt“ befassten Einrichtungen und Organisationen besonders wichtig. Der Berliner Aktionsplan zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt leistet hierzu einen entscheidenden Beitrag.

## **Genitalverstümmelung**

Die Genitalverstümmelung (englisch: FGM = Female Genital Mutilation) ist eine besondere Form der Gewalt, die massiv die Gesundheit und das spätere Sexualleben betroffener Mädchen und Frauen beeinträchtigt und die noch heute in mehr als dreißig Staaten weltweit praktiziert wird. Gesundheitliche Folgen wie z.B. wiederholte Harnwegsinfektionen oder chronische Unterleibsentzündungen sind praktisch vorprogrammiert, ebenso ein belastetes Sexualleben.

Die WHO geht davon aus, dass im Jahr 2000/2001 weltweit ca. 140 Millionen Frauen Opfer genitaler Verstümmelung sind. Statistische Angaben der WHO weisen darauf hin, dass in einigen afrikanischen Ländern die Prävalenzraten der weiblichen Genitalverstümmelung immer noch bei nahezu 100% liegen, wie z.B. in Ägypten, Somalia, und Mali. Für Deutschland wird von etwa 35.000 Frauen ausgegangen, die diesen Eingriff erdulden mussten. Die meisten in Deutschland lebenden Opfer genitaler Verstümmelung stammen aus den Ländern Ägypten, Somalia, Ghana, Äthiopien und Eritrea. Leider hat sich gezeigt, dass dieser brachiale Eingriff von einzelnen Eltern aus diesen Herkunftsländern für ihre Töchter selbst dann noch vorgesehen wird, wenn sie bereits seit längerer Zeit nicht mehr in diesem Kulturkreis leben. Erfolgt in Deutschland die genitale Verstümmelung, so ist dies strafbar – sie ist als gefährliche Körperverletzung eingestuft. Die Durchführung durch einen Arzt wird von den Ärztekammern als Verstoß gegen das ärztliche Standesrecht gewertet.

Ausgelöst durch einen konkreten Einzelfall hat das Abgeordnetenhaus von Berlin den Senat im Juni 1999 aufgefordert, Schritte zur Verhinderung von Genitalverstümmelungen an Frauen und Mädchen zu unternehmen. Als Maßnahmen wurden seinerzeit in der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe (AGS) Fortbildungen insbesondere für die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke angeboten. Von den eingeladenen 23 Bezirken haben damals 15 dieses Informationsangebot wahrgenommen. Die Ausländerbeauftragte hat 2001 ein Faltblatt mit hoher Auflage veröffentlicht, das sich vor allem an Multiplikatoren und Multiplikatorinnen (Lehrer/-innen, Erzieher/-innen usw.) richtete. Seit Mai 2001 wird mit Mitteln des Arbeitsamtes und der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frau-

---

<sup>62</sup> Frauengesundheitsbericht Deutschland, S. 273

en das ABM-Projekt BAIP (Berlin-Afrikanisches-Immigranten-Projekt) in der Trägerschaft der BEQUIT-GmbH gefördert, das als Beratungsstelle für afrikanische Migrantinnen seinen Schwerpunkt auf das Thema Genitalverstümmelung gelegt hat. Somit steht eine zusätzliche qualifizierte Anlaufstelle zur Verfügung, wodurch sich auch die Schutzmöglichkeiten weiter verbessert haben. Eine der ersten Aktionen von BAIP war die Veröffentlichung von Informationsblättern in deutscher, englischer und französischer Sprache. Weitere in dieser Arbeit engagierte Projekte sind die Deutsch-Afrikanische Frauen Initiative - DAFI e.V. - sowie das neu gegründete Deutsch-Afrikanische Frauen Netzwerkprojekt (DAFNEP).

Die Gesundheitsverwaltung, die Frauenverwaltung und das Landesamt für Gesundheit und Soziales begleiten diese Initiativen und unterstützen sie beim Aufbau von Netzwerken zu anderen im Gesundheitsbereich wichtigen Institutionen wie z.B. zur Berliner Ärztekammer und zum Berliner Hebammenverband.

Es besteht auch weiterhin zum Thema Genitalverstümmelung ein großer Aufklärungsbedarf. Von den verschiedenen Projekten wird in diesem Zusammenhang immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig die gezielte Ansprache von hier lebenden Afrikanerinnen und Afrikanern auf dieses Problem ist, die am besten innerhalb ihrer Communities geleistet werden kann. Daneben ist es wichtig, das Problem in die Öffentlichkeit zu tragen und die nach wie vor erheblichen Informationsdefizite abzubauen. So wären für deutsche Gynäkologinnen und Gynäkologen Fortbildungen hierzu dringend geboten. Ein weiteres Problem besteht in der Kostenfrage von Behandlungen genitaler Verstümmelungen und deren gesundheitlichen Folgen. Um den betroffenen Frauen – selbst bei ungeklärtem Aufenthaltsstatus – hier Unterstützung zu bieten, sieht der Verein Balance e.V. kostenlose medizinische Hilfe vor.

Festzustellen bleibt, dass Gewalt viele Lebensbereiche von Mädchen und Frauen tangiert, sogar maßgeblich beeinflusst und sich durch viele Krankheitsbilder von Frauen zieht. Gewalt ist eines der größten Gefahrenpotenziale für die Gesundheit von Frauen. Die Zugehörigkeit zu einer Bevölkerungsgruppe mit besonderen Lebensumständen erhöht das Risiko – umgekehrt gibt es kein Patentrezept, um Gewalt völlig zu eliminieren. Die hier dargestellten Lebensbereiche, aber auch Themen, die hier nicht erörtert wurden (z.B. sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz) zeigen auf, in wie vielfältigen Formen Gewalt existiert und welche zerstörerischen Auswirkungen sie hat.

## 7. Frauen in besonderen Lebenslagen – ausgewählte Gruppen

Im Folgenden wird die besondere Situation von Frauen mit Behinderungen, wohnungslosen Frauen und Migrantinnen im Einzelnen beschrieben.

Nicht untersucht wurde die Situation weiterer ausgewählter Gruppen wie z.B. die lesbischer Frauen, soweit sich aus ihrer sexuellen Orientierung und Lebensform spezielle Belastungen, Bedürfnisse und Versorgungserfordernisse ergeben. Diese Zielgruppe soll in folgenden Berichten als weitere ausgewählte Gruppe von Frauen in besonderen Lebenslagen berücksichtigt werden.

### Frauen mit Behinderungen

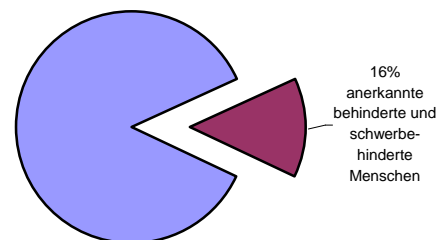
„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Menschen sind schwerbehindert, wenn bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt.“ (Auszug aus § 2 Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch -)

Am 31.05.2002 lebten in Berlin 552.372 behinderte und schwerbehinderte Menschen.

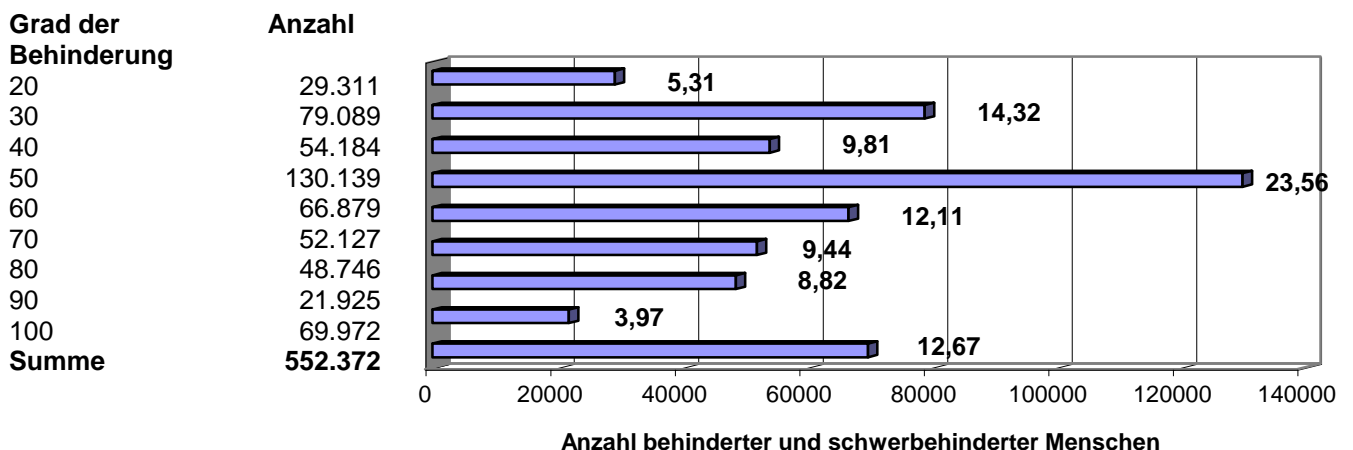
Abbildung 7.1:  
**Anteil behinderter Menschen an der Bevölkerung Berlins**

Dies entspricht gemessen an der Gesamtbevölkerung Berlins einem Anteil von 16 Prozent, d.h. ca. jede/r sechste Berliner/in ist behindert bzw. schwerbehindert.



Um eine Bedarfsplanung für Prävention, Therapie, pflegerische Versorgung und Rehabilitation entwickeln zu können, ist es wichtig, sich einen Überblick über die Altersstruktur behinderter Menschen in Berlin und auch deren Grad der Behinderung zu verschaffen.

Tabelle 7.1:  
**Grad der Behinderung sowie prozentuale Verteilung**

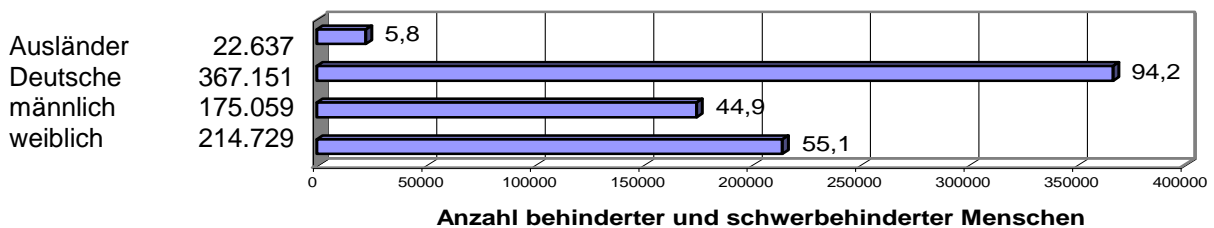


Davon haben einen Grad der Behinderung von unter 50% 162.584 Menschen, von 50% und mehr 389.788 Menschen.

Von 389.788 anerkannten schwerbehinderten Menschen (d.h. mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50%) waren am 31.05.2002

Abbildung 7.2:

**Verteilung von Schwerbehindertenausweisen auf die Berliner Bevölkerung, Stand: 31.05.2002**



Die deutliche Dominanz von Frauen bei den Behinderten lässt sich seit Jahren feststellen, wie die nachfolgende Übersicht verdeutlicht:

Tabelle 7.2:

**Schwerbehinderte mit gültigem Ausweis (GdB 50 – 100 v. H.) in Berlin 1989 – Mai 2002**

Jahr <sup>1)</sup>	männlich	weiblich	zusammen
1989	98.468	126.084	224.552
1991	103.042	130.184	233.226
1993	145.130	184.236	329.366
1995	140.756	176.719	317.475
1997	141.446	174.989	316.435
1999	151.536	189.188	340.724
Mai 2002	175.059	214.729	389.788

<sup>1)</sup> bis 1991 nur Berlin-West

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Im Vergleich zum Berichtszeitraum 2000 ist die Anzahl der anerkannt schwerbehinderten Mädchen und Frauen von 189.188 (Statistisches Landesamt, Stand 31.12.1999) auf 214.729 gestiegen. Das entspricht einem Zuwachs von ca. 25.000 weiblichen Schwerbehinderten und liegt damit etwas höher als die Zuwachsrate der männlichen Schwerbehinderten von ca. 24.000.

Eines sollte bei der Betrachtung von anerkannten Schwerbehinderungen nicht übersehen werden. Es ist anzunehmen, dass anspruchsberechtigte Frauen weit häufiger als Männer darauf verzichten, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Die Anerkennung einer Schwerbehinderung spielt vor allem im Erwerbsleben eine Rolle – da Frauen daran weniger häufig als Männer teilhaben, kann angenommen werden, dass sie in einem Schwerbehindertenausweis keinen unmittelbaren Nutzen erkennen und daher von einem Antrag absehen.

Rollenverteilungen oder -zuschreibungen werden insbesondere im Berufsleben manifest. Frauen mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen sind dabei besonders betroffen, da sich geschlechts- und behinderungsspezifische Benachteiligungen oft gegenseitig verstärken. Behinderte Frauen müssen im Wettbewerb um einen Arbeitsplatz häufig sowohl gegen behinderungsbedingte Vorurteile als auch gegen geschlechtsspezifische Diskriminierungen kämpfen.

Während 20 Prozent der behinderten Männer erwerbstätig sind, sind es bei behinderten Frauen nur 13 Prozent. Zwei Drittel von ihnen haben kein existenzsicherndes Einkommen. Das gilt nur für ein Drittel der behinderten Männer.<sup>63</sup>

<sup>63</sup> Statistisches Landesamt, Mikrozensus 2000



Ursachen für die niedrigen Beschäftigungsquoten liegen u.a. in den dauerhaften Funktionseinschränkungen. So beschreiben nach der Live-Studie Frauen mit Behinderung ihren Gesundheitszustand seltener als gut bis sehr gut gegenüber Frauen allgemein. Häufig ist die gesundheitliche Balance der Grunderkrankung belastungsabhängig. Jede zweite Frau nennt die Symptome Erschöpfung, Müdigkeit, Schlafstörungen, Schmerzen, Kopfschmerzen<sup>64</sup>.

Für behinderte und chronisch kranke Frauen stellt eine schwierige finanzielle Situation im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung eine zusätzliche Belastung dar. So sind viele Vorsorgeuntersuchungen, darunter solche zur Prävention frauenspezifischer Erkrankungen, wie z. B. Ultraschalluntersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs oder die Knochendichtemessung zur Früherkennung von Osteoporose nicht mehr im Leistungskatalog der Krankenkassen und müssen privat bezahlt werden.

Die Erwerbstätigkeit hat auch direkte Auswirkung auf den Zugang zu notwendigen Mobilitäts- und Alltagshilfen. Nachteilsausgleiche, wie z. B. Zuschüsse zum Kauf und zum behindertengerechten Umbau eines Kraftfahrzeugs oder für die behinderungsgerechte Ausstattung und Anpassung der Wohnung werden nur als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährt und sind somit an das Kriterium der Erwerbstätigkeit geknüpft.

Auch bei der Versorgung mit qualitätsgerechten und behinderungsadäquaten Heil- und Hilfsmitteln oder bei der Gewährung von Kuren spielt die Erwerbstätigkeit eine erhebliche Rolle. Auch wenn der behinderungsbedingte Bedarf gleich ist - bei erwerbstätigen behinderten Frauen werden entsprechende Leistungen eher gewährt, mit der Begründung, dass sie dem Erhalt der Arbeitskraft oder der Sicherung des Arbeitsplatzes dienen.

Im Rahmen der Bearbeitung frauenpolitischer Grundsatzfragen der Arbeitsmarkt- und Berufsbildungspolitik wird deshalb das Thema „Behinderte Frauen“ mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgt. Interventionen und Initiativen zur Verbesserung der Chancengleichheit in der Arbeitswelt und der materiellen Eigenständigkeit von Frauen erfolgen auch unter der Berücksichtigung der Belange behinderter Frauen. Exemplarisch seien genannt:

- die Mitarbeit in der bundesweiten Arbeitsgruppe „Berufliche Rehabilitation von Frauen“, in der Vertreter/-innen des Bundesministeriums für Arbeit, der Bundesanstalt für Arbeit, der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sowie der Interessenvertretungen behinderter Frauen Vorschläge und Aktivitäten zur Verbesserung der beruflichen Situation behinderter Frauen erarbeiten,
- die Konzeption und Durchführung des Berlin-Brandenburger Informations- und Ergebnistages für Mädchen und Frauen zu Chancen, Berufen und Perspektiven in der Informationsgesellschaft „Chance IT Beruf“, der hinsichtlich Zugänglichkeit und Angebotsstruktur barrierefrei gestaltet wurde,
- die Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, in der Vorschläge und Initiativen zur Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen in den Bereichen der Wirtschafts-, Technologie- und Strukturpolitik, der Wirtschafts- und Tourismusförderung, der Arbeitsmarkt- und Berufsbildungspolitik sowie der Gleichstellungspolitik erarbeitet werden

Ein wichtiger Schritt in Richtung Gleichstellung erfolgte mit dem Gesetz zu Artikel 11 der Verfassung von Berlin (Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen von Menschen mit und ohne Behinderungen - LGBG). Dabei geht es in erster Linie um die Gleichberechtigung von Menschen mit und ohne Behinderungen. Gleichwohl hat der Gesetzgeber in dem im Mai 1999 verabschiedeten Gesetz in § 10 die Förderung behinderter Frauen explizit benannt und dabei u.a. auch formuliert, dass zur Verbesserung der Situation behinderter Frauen auf die Überwindung bestehender geschlechtsspezifischer Nachteile hinzuwirken sei. Eine weitere wichtige Handlungsgrundlage ist das seit Oktober 2000 geltende Gesetz zur „Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter“ (SchwbBAG), das umfangreiche Regelungen zur Frauenförderung vorsieht und seit dem 1. Juli 2001 Bestandteil des neuen Sozialgesetzbuchs IX (SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) ist.

---

<sup>64</sup> LIVE-Studie, Live, Leben und Interessen vertreten- Frauen mit Behinderung, eine Studie zur Lebenssituation behinderter Frauen, Herausgeber Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1999, S. 94 u. 96)

Dennoch sind trotz der guten Handlungsgrundlagen, der vielfältigen Initiativen und trotz eines gut ausgebauten Beratungs- und Betreuungsnetzes noch vielfältige Schwierigkeiten und Hindernisse zu überwinden.

Bei der Umsetzung des Gesetzes zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter im Land Berlin durch das gleichnamige Berliner Aktionsprogramm muss immer wieder kritisch geprüft werden, ob die spezifische Situation behinderter Frauen bei der Entwicklung von Maßnahmen entsprechend berücksichtigt wird.

Die Verbesserung der Erwerbssituation behinderter Frauen als Handlungsaufforderung in verschiedenen Politikbereichen zu verdeutlichen, ist ein wichtiges Anliegen der Abteilung Frauenpolitik.

Wichtig ist, die Erfahrungen der Betroffenen einzubeziehen. Interessenvertretung und Anlaufstelle für behinderte Mädchen und Frauen ist das 1995 gegründete Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V.. Durch die Selbsthilfeförderung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz sowie ein Frauenförderprogramm innerhalb des Arbeitsmarktpolitischen Rahmenprogramms der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen kann das Netzwerk ein Büro zur Verbesserung der Lebenssituation behinderter Mädchen und Frauen betreiben.

Von dort wird darauf hingewiesen, dass die Zielsetzung des SGB IX den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen Rechnung zu tragen, auf allen Ebenen mit Leben erfüllt werden muss.

Sowohl das Netzwerk behinderter Frauen wie auch andere Frauenprojekte weisen auf die besondere Situation gehörloser/hörbehinderter Frauen hin, deren Probleme in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen werden. In Deutschland leben etwa 50.000 gehörlose Frauen und eine noch größere Anzahl schwerhöriger Frauen. Sie sind alltäglich und lebenslang durch Kommunikationsbarrieren in der Welt der Hörenden behindert. Um diese Probleme zu lindern, hat das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. (FFGZ) in Zusammenarbeit mit einer gehörlosen Fachkraft Workshops zu unterschiedlichen gesundheitlichen Themen für gehörlose Frauen durchgeführt. Darüber hinaus wurde eine Materialsammlung für gehörlose Frauen erstellt.

Gehörlose Frauen sind auf die Unterstützung von Gebärdensprachdolmetscher/innen angewiesen, um z.B. bei Arztbesuchen die Diagnose und Therapie richtig abschätzen zu können. Die Frage der Kostenübernahme durch die Krankenkassen stellte bis vor kurzem eine erhebliche Hürde dar.

Durch das SGB IX wird die Kostenübernahme für die Inanspruchnahme von Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern unter gewissen Voraussetzungen gewährleistet. Hörbehinderte Menschen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen.

Sowohl Bezirke als auch in der Behindertenarbeit tätige Projekte bemängeln, dass es zuwenig Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher in Berlin gibt.

Für Mädchen und Frauen mit Behinderungen ist die gleichberechtigte und barrierefreie Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vorrangiges Ziel. Das gilt auch für die gesundheitliche Versorgung in Berlin. Nach Auskunft des Netzwerks behinderter Frauen e.V. sind die wenigsten Berliner Arztpraxen barrierefrei zugänglich. Das hat zur Folge, dass vor allem Frauen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen benachteiligt sind. Für sie gibt es kein Recht auf freie Arztwahl, da sie nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte aufsuchen können, deren Arztpraxen barrierefrei zugänglich sind, nicht aber diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die empfohlen werden, weil sie fachlich besonders gut und/oder erfahren und/oder vertrauensvoll sind. Hier besteht Handlungsbedarf.

Eine praktische Lösungsmöglichkeit wäre, wenn Ärztinnen und Ärzte durch ein entsprechendes Symbol z.B. beim Telefonbucheintrag auf eine barrierefreie Praxis hinweisen könnten und würden.

Ein schwerwiegendes Problem betrifft die behinderten Frauen, die körperlich stark eingeschränkt und daher auf persönliche Unterstützung angewiesen sind. Bereits der „Frauengesundheitsbericht Deutschland“ thematisierte das Modell der persönlichen Assistenz bzw. die konkrete Umsetzung:

„Im Gegensatz zur Familienpflege wird die – immer noch relativ seltene – professionelle Assistenz in privaten Haushalten in der Regel von Männern geleistet.“

.....Entgegen der gängigen Vorstellung, dass Frauen aufgrund ihrer weiblichen Eigenschaften und Fähigkeiten besser zur Pflege geeignet seien, gilt im professionellen Bereich das kostengünstige Modell der männlichen Zivildienstleistenden. Ausschlaggebend sind dabei die Kosten und nicht die Bedürfnisse der auf Assistenz angewiesenen Frauen.“<sup>65</sup>

Es gibt Anzeichen, dass die vorrangig unter Kostengesichtspunkten gewählte Praxis, männliche Zivildienstleistende für diese Arbeiten obligat vorzusehen, im Streitfall nicht aufrecht erhalten werden könnte, so dass bei Bedarf eine gleichgeschlechtliche Betreuung gewährleistet werden muss. Der Verein Netzwerk behinderter Frauen fordert in diesem Zusammenhang einen Rechtsanspruch auf Pflege von Frauen durch Frauen.

Auch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz teilt die Einschätzung, dass über diese Thematik zukünftig intensiv zu diskutieren ist.

Der 2001 von der damaligen Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen vorgelegte Behindertenbericht 2000 hat bereits ausführlich diese Problematik thematisiert und unter Hinweis auf die Studie Live<sup>66</sup> dargelegt, dass Berichte von behinderten Frauen verdeutlichen, dass das Angewiesensein auf männliche Hilfe (Assistenz) vor allem im Bereich der Intim- und Grundpflege konfliktbeladen und zum Teil als unzumutbar empfunden wird.<sup>67</sup> Zur Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens und zur Verhinderung von sexuellen Übergriffen durch männliche Pflegekräfte fordern viele behinderte Frauen das Recht auf weibliche Assistenz. Bislang besteht für behinderte Frauen und Männer kein gesetzlicher Anspruch auf Wahl des Geschlechts der Assistenz-/Pflegeperson.

Menschen mit ambulanter Versorgung leben relativ selbstbestimmt. Durch das „Assistenzpflege-Modell“ können behinderte Frauen sowohl den Pflegedienst (allgemeines Wahlrecht) als auch die Person bestimmen und entscheiden allein über deren Arbeitsinhalte und –umstände. Das Assistenzmodell setzt einen täglichen Pflegebedarf von 8 Stunden und ab 1.4.1998 einen Bedarf von täglich 5 Stunden voraus.

Das Assistenzmodell wird durch 3 Berliner Pflegedienste gesichert und zwar durch die Ambulanten Dienste e.V., Normales Leben und den Pflegedienst Phönix. In Berlin wird der Wunsch behinderter Frauen auf gleichgeschlechtliche Pflege durch die drei Pflegedienste abgedeckt. Die Ambulanten Dienste e.V. ermöglichen den Wunsch auf gleichgeschlechtliche Pflege/Assistenz auch bei einem festgestellten täglichen Pflegebedarf von unter 5 Stunden.

Darüber hinaus haben behinderte Frauen in Berlin im ambulanten Bereich selbst die Möglichkeit als Arbeitgeberinnen eine Assistenzperson auszusuchen, deren Arbeitsinhalte zu bestimmen, sie zu beschäftigen und die finanziellen Mittel eigenständig zu verwalten.

Behinderte Frauen wie auch Männer müssen in fast allen Lebensbereichen dafür kämpfen, dass sie als eigenständige Person wahrgenommen und ihre Interessen ernst genommen werden. Oft müssen sie die schmerzliche Erfahrung machen, dass ihnen eigenständige Entscheidungen verwehrt werden. Ein Bereich, für den dies besonders gilt, ist die Sexualität. In der Gesellschaft der Nichtbehinderten werden die daran gekoppelten Fragen und Wünsche gerne ausgeblendet, verdrängt oder gar „für den behinderten Menschen“ entschieden. Aufklärung und seriöse Informationsarbeit sind die wichtigsten Mittel, um diesen Tendenzen entgegen zu wirken.

In den letzten Jahren sind die Themen Sexualität, Partnerschaft und Behinderung öffentlich diskutiert und zunehmend enttabuisiert worden. Behinderte Frauen haben auf sich aufmerksam gemacht und verdeutlicht, dass sie ein Recht auf Partnerschaft, Sexualität und eigene Kinder haben. In der o.g. Live-Studie berichtet jede zehnte behinderte Frauen über demütigende Erfahrungen bei Frauenärzten /innen im Zusammenhang mit Sexualität, Verhütung oder Kinderwunsch.

Gelebte Elternschaft behinderter Menschen wird durch das Grundgesetz (Art. 3 Abs. 3 GG) sowie landesgesetzlich durch § 2 Abs. 2 LGBG (Diskriminierungsverbot) garantiert.

---

<sup>65</sup> Frauengesundheitsbericht Deutschland, S. 527

<sup>66</sup> Live, Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung; eine Studie zur Lebenssituation behinderter Frauen, S. 48

<sup>67</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Behindertenbericht 2000, S. 132

Seit 1995 existiert ein beim Landesamt für Gesundheit und Soziales angesiedelter Arbeitskreis „Sexualität, Partnerschaft und Behinderung“. Er besteht aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Berliner Institutionen und Beratungsstellen der Behindertenhilfe und hat zum Ziel, die Diskussion über Sexualität und Partnerschaft Behinderter zu befördern und handlungsorientiert auf die Praxis einzuwirken. Trotz Fortschritten bei der Akzeptanz der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung wird immer noch zu häufig – insbesondere bei Menschen mit geistigen Behinderungen – reglementierend und ver hindernd eingegriffen. Eher sollte der Weg einer sicherlich oft mühevollen Suche nach geeigneter Unterstützung und Beratung eingeschlagen werden, die Alternativen aufzeigen kann.

Der Arbeitskreis hat im November 2000 eine bundesweite Fachtagung mit dem Titel „Tabu und Zumutung“ zu diesem Themenkreis mit rund 200 Teilnehmenden durchgeführt. Einer der 12 Workshops beschäftigte sich mit weiblicher Sexualität und war nur Frauen zugänglich.

Außerdem wurde eine Handreichung „Menschen mit Behinderung als Mütter und Väter!?“ erarbeitet und herausgegeben. Die Handreichung vermittelt Informationen zu gesetzlichen Grundlagen und materielle, pädagogische und sozialpädagogische Hilfen. Positive Beispiele aus Institutionen, in denen bereits Ergebnisse der Unterstützung vorliegen, sowie Literaturangaben und ein Adressenteil sind ebenfalls aufgenommen. Die Broschüre wird zur Zeit überarbeitet und kann voraussichtlich ab Anfang 2003 bei der BzGA bezogen werden.

Ein weiteres gesellschaftliches Tabu ist die sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit (geistigen) Behinderungen.

Auch der „Frauengesundheitsbericht Deutschland“ hat sich mit dieser Frage auseinandergesetzt und dazu u. a. ausgeführt:

„Geistig behinderten und schwerst und schwerstmehrfach behinderten Frauen, die in Einrichtungen leben, werden Mutterschaft und Familie – für sie selbst sehr wichtige Dimensionen des Frauenlebens – verwehrt. Sie sind auch sehr viel häufiger als Frauen mit Körper – und Sinnesbehinderung von sexualisierter Gewalt betroffen. Ein Drittel dieser Frauen wurde in der Jugend, überwiegend auf Betreiben der Eltern, sterilisiert.“<sup>68</sup>

Studien belegen, dass Mädchen und Frauen mit Behinderungen häufiger Opfer eines Sexualdelikts werden als nicht behinderte Mädchen und Frauen. Zu einer besonderen Risikogruppe gehören Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung<sup>69</sup>. Sie sind potentielle Opfer, da sie in der Regel kaum über Außenkontakte verfügen und ein fremdbestimmtes Leben erlernt haben. Die Täter nutzen die behinderungsbedingte Schutzlosigkeit der Opfer aus und gehen davon aus, dass ihre Tat unentdeckt bleibt. Die Dunkelziffer ist hoch, da die wenigsten Taten bekannt bzw. polizeilich angezeigt werden.

Nach dem Ergebnis einer in Berlin durchgeführten Studie von Susanne Klein und Silke Wawrock aus dem Jahr 1997<sup>70</sup>, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt wurde, hatte unter den 12 – 25 jährigen Bewohnerinnen jede 3. – 4. sexuelle Gewalt erlebt. Viele Bewohnerinnen hatten bereits vor ihrer Aufnahme in der Einrichtung sexuelle Gewalt in der Familie, ausgeübt von (Stief-) Vater, (Stief-) Bruder oder anderen nahen Angehörigen, erlebt<sup>71</sup>.

Sexuelle Gewalt findet auch in Einrichtungen statt. Täter können sowohl Mitarbeiter als auch Heimmitbewohner sein.<sup>72</sup> Wie aus der Studie hervorgeht, waren die befragten Einrichtungsleiterinnen und –leiter häufig unsicher, ob eine Verhaltensänderung oder Gesundheitsverschlechterung der Betroffenen Folge einer stattgefundenen Gewalttat war oder durch ihre Beeinträchtigung bedingt ist.

---

<sup>68</sup> Frauengesundheitsbericht Deutschland, Seite 529

<sup>69</sup> vgl. Monika Warndorff, Sexueller Missbrauch an Menschen mit geistiger Behinderung, in Schriftenreihe gegen sexuelle Gewalt, 1/200, S. 5 ff;

Wölkerling, Udo, ..... in Wege aus dem Labyrinth, EJF, 1999, S. 195,

Henschel, Angelika, Lebenslagen und Interessenvertretung behinderter Frauen, in BzGA FORUM 2/3 2001, S. 9ff.

<sup>70</sup> Klein/Wawrock, Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – die Sicht der Betroffenen, Analyse bestehender Hilfsangebote und eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung, Laufzeit: 1995 – 1997

<sup>71</sup> Klein/Wawrock, a.a.O.

<sup>72</sup> Klein/Wawrock a.a.O., vgl. auch Henschel, a.a.O., S. 9 ff

Die Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen hat ein Konzept zur Prävention und Intervention bei sexueller Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe und (in und außerhalb) der Familie erarbeitet.

Dabei geht es um die Aufnahme gewaltpräventiver Regelungen in die Qualitätssicherung der Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Verhinderung sexueller Gewalt. Das Konzept bezieht sich im Wesentlichen auf die o.g. Studie von Klein/Wawrok und die Tatsache, dass der Heimaufsicht in den letzten 10 Jahren kein Fall sexueller Gewalt von den Einrichtungen gemeldet wurde, obwohl diese dazu verpflichtet sind.

Folgende Regelungen sollen in die Qualitätssicherung aufgenommen werden:

- Sicherstellung der gleichgeschlechtlichen Pflege,
- Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter durch Fort- und Weiterbildungen,
- Dokumentation der sexuellen Übergriffe,
- Strafanzeige, soweit das Opfer oder die gesetzliche Betreuerin/ der gesetzliche Betreuer das wollen,
- Meldung des Vorfalls bei der Heimaufsicht, der Täter muss die Einrichtung verlassen.

In diesem Zusammenhang wird die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz die Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte auf die Bekanntmachung und Einhaltung des § 2 - Regelungen zur sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz – hinweisen.

Maßnahmen zur Prävention und Intervention für den Bereich der Familie werden in der „Interministeriellen Arbeitsgemeinschaft zur Umsetzung des Gesetzes zu Art. 11 der Verfassung von Berlin (Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen von Menschen mit und ohne Behinderung – LGBG)“ im Rahmen der Umsetzung des § 10 LGBG (Förderung behinderter Frauen – Überwindung geschlechtsspezifischer Nachteile) beraten. Es geht dabei um die Sensibilisierung der Außenkontakte für die Wahrnehmung sexueller Gewalt und verständliche Sexualerziehung und –aufklärung in Kindergärten und Schulen.

In der Interministeriellen Arbeitsgemeinschaft wurde klargestellt, dass sexuelle Gewalt gegen behinderte Mädchen und Frauen ein geschlechtsspezifischer Nachteil im Sinne des § 10 LGBG ist, auf dessen Beseitigung der Senat hinwirkt.

Auch der bei der Frauenverwaltung angesiedelte Expertinnen-Arbeitskreis zum Schutz (geistig) behinderter Mädchen und Frauen vor sexuellen Übergriffen entwickelt Maßnahmen zur Gewaltprävention. Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Beratungsstellen Pro Familia, Wildwasser e.V., Kind im Zentrum, Balance, Netzwerk behinderter Frauen e.V., Cassandra e.V., Strohalm e.V., Vertreterinnen und Vertreter des Landeskriminalamtes, der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport und des Landesamtes für Gesundheit und Soziales sowie des Landesbeauftragten für Behinderte.

Vom Arbeitskreis wurde u. a. der kürzlich erschienene „Leitfaden für Kinderärzte und Allgemeinmediziner bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ um den Themenbereich „Sexuelle Gewalt gegenüber geistig behinderten Mädchen und jungen Frauen“ ergänzt mit dem Ziel, Ärzte und Ärztinnen für diesen Risikobereich zu sensibilisieren. Der Landesbeauftragte für Behinderte hat die Behindertenbeauftragten der Bezirke über das Tabuthema sexuelle Gewalt an weiblichen Behinderten informiert.

In Berlin werden speziell für Frauen mit Behinderungen von verschiedenen Organisationen Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse angeboten.<sup>73</sup> Beratung und Therapie für von sexueller Gewalt betroffene Mädchen und junge Frauen bieten Pro Familia (zugänglich, keine barrierefreie Toilette), Kind im Zentrum (barrierefrei), Balance – Zentrum für Familienplanung und Sexualität (barrierefrei), Wildwasser e.V. und LARA an. Pro Familia bietet darüber hinaus Fortbildungen und Praxisberatungen für Mitarbeiter/innen an, die Behinderte betreuen. In den Broschüren „Sexualität und geistige Behinderung“ und „Sexualität und Körperbehinderung“ werden die Themen Gewalt und Kinderwunsch angesprochen.

---

<sup>73</sup> Ratgeber für behinderte Mädchen und Frauen, S. 180 ff.

## Wohnungslose Frauen

Nach der Quartalsstatistik der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz waren im 1. Quartal 2002 bei den Bezirken 756 alleinstehende Frauen und 170 alleinerziehende Frauen mit Kindern unter 18 Jahren als wohnungslos gemeldet. Die Zahl der Kinder lag bei 211. Der Anteil wohnungsloser Frauen an allen wohnungslosen Personen beläuft sich damit auf 14,4% (Gesamtzahl der Wohnungslosen: 6.451). Zusätzlich weist die Statistik auf wohnungslose verheiratete Frauen sowie Frauen in eheähnlichen Verhältnissen mit und ohne Kinder hin, deren genaue Zahl allerdings nicht gesondert ausgewiesen und bekannt ist. Sie wird auf mindestens 200 Personen geschätzt. Somit sind mindestens 17 – 18% aller registrierten Wohnungslosen bzw. 1.126 Personen in Berlin weiblichen Geschlechts im Alter über 18 Jahren.

Die Entwicklung der Wohnungslosigkeit seit 1995 macht deutlich, dass zwar die absolute Zahl wohnungsloser Frauen rückläufig ist, jedoch der Rückgang nicht so stark ausfällt wie bei den Wohnungslosen insgesamt. Im Ergebnis ist damit der Anteil der Frauen (hier wiederum nur alleinstehend und alleinerziehend) an allen Wohnungslosen in der Zeit von 1995 – 1999 von 11,8 % auf 14,4 % gestiegen, während ihre absolute Zahl von 1.242 auf 926 gefallen ist.

Die offiziellen Zahlen spiegeln allerdings nicht das tatsächliche Ausmaß an Frauenwohnungslosigkeit wider. Die Erfahrungen von freien Trägern der Wohnungslosenhilfe sowie Erkenntnisse aus bundesweiten Modellprojekten haben deutlich gemacht, dass bei den Frauen von einer verdeckten Wohnungslosigkeit in größerem Umfang auszugehen ist. Aufgrund geschlechtsspezifischer Sozialisationsmuster treten Frauen weniger deutlich mit ihrer Notlage in Erscheinung. Sie schreiben sich häufig selbst die Schuld für ihre soziale Lage zu. Wohnungslosigkeit stellt sich für sie ausschließlich als individuelles Versagen dar und sie schämen sich ihrer Notlage. Sie wenden sich daher erst im äußersten Notfall an das Hilfesystem. Stattdessen suchen sie zunächst Unterschlupf bei männlichen Partnern und begeben sich in Abhängigkeitsverhältnisse zu Männern bis hin zur Prostitution, wodurch sie wiederum verstärkt Gewaltsituationen ausgesetzt sind.

Aus diesem Grund hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eine Bedarfsanalyse zu den wohnungslosen Frauen in Auftrag gegeben, in der schwerpunktmäßig der qualitative und quantitative Bedarf an einer niedrighschwelligem Notübernachtungseinrichtung für Frauen, die auf der Straße leben, präzisiert werden sollte. Die Analyse wurde im Dezember 2001 vorgelegt. In Befragungen der freien Träger wurde ein hoher Anteil psychisch beeinträchtigter Frauen an allen Wohnungslosen bestätigt, häufig in Kombination mit Suchterkrankungen und Gewalterfahrungen.

Die vorhandenen medizinischen Angebote richten sich grundsätzlich an Wohnungslose beiderlei Geschlechts. Es werden insgesamt 3 Arztpraxen für Wohnungslose angeboten im Umkreis der Bahnhöfe Zoologischer Garten, Ostbahnhof und Lichtenberg, eine Krankenstation mit 20 Betten und ein Arztmobil, das die Straßentreffpunkte und niedrighschwelligem Einrichtungen anfährt. Darüber hinaus findet in den Arztpraxen an den Bahnhöfen Ostbahnhof und Lichtenberg eine ergänzende zahnärztliche Versorgung für Wohnungslose statt.

Der Anteil der Patientinnen in diesen Einrichtungen liegt über die Jahre konstant je nach Einrichtung bei 11 – 21 % und entspricht damit in etwa dem Anteil wohnungsloser Frauen an der Gesamtzahl Wohnungsloser. Es handelt sich überwiegend um nicht krankenversicherte Patientinnen, die in der Regel nicht die regulären kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Angebote aufsuchen. Des weiteren sind dies Frauen über 18 Jahre, die Leistungsansprüche nach dem Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) haben.

In den vergangenen Jahren hat die Zahl der älteren wohnungslosen Frauen (über 40 Jahren) zugenommen sowie die Zahl der Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen und Störungen. Wohnungslosigkeit führt nicht selten zu einem rapiden Verlust an persönlichen Ressourcen, d.h. Verlust an Selbstbewusstsein und Selbstwert sowie der Fähigkeit zur selbstverantwortlichen Lebensführung.

Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind nicht selten überfordert im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Frauen. Aus diesem Grund hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz gemeinsam mit einigen Bezirksämtern ein Modellvorhaben zu „Wohnungslosen mit starken psychischen Beeinträchtigungen und Suchtproblemen“ initiiert, um Bedarf und Angebot für die Zukunft besser abgleichen und ggf. Konsequenzen für das Psychiatrieentwicklungsprogramm ziehen zu können. An dem Modellversuch waren die Bezirksämter Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg,

Spandau, Tempelhof-Schöneberg und Neukölln beteiligt. Es wurden ressortübergreifende Facharbeitsgruppen, bestehend aus den jeweiligen sozialen Wohnhilfen, den sozialpsychiatrischen Diensten und den Psychiatriekoordinatoren gebildet. Die Ergebnisse des Modellvorhabens werden derzeit ausgewertet.

Die gesundheitliche Situation wohnungsloser Frauen in Berlin wird angesichts ihrer zunehmenden Bedeutung innerhalb der Gruppe der Wohnungslosen künftig noch stärker als bisher zu berücksichtigen sein.

## **Migrantinnen**

Die ausländische Bevölkerung ist keine homogene Gruppe – im Gegenteil: In Berlin leben rund 180 verschiedene Nationalitätengruppen. Diese multikulturelle Vielfalt hat viele Facetten – unterschiedliche kulturelle und religiöse Hintergründe, verschiedene Werte- und Normensysteme spielen dabei eine Rolle. Mit mehr als 436.000 Personen – davon rund 203.000 Frauen - (Stichtag 30.06.2001) stellt die ausländische Bevölkerung rund 13% der Gesamtbevölkerung von Berlin. Einige ausgewählte Zahlen verdeutlichen die starken Unterschiede der einzelnen Nationalitätengruppen.

### **Melderechtlich registrierte Ausländerinnen und Ausländer in Berlin am 30.06.2001 am Ort der Hauptwohnung nach Staatsangehörigen**

<b>Ausländer insgesamt :</b>	<b>436.182</b>	<b>davon Frauen: 202.584</b>
Davon afrikan. Berliner/innen insgesamt:	15.890	davon Frauen: 5.230
Davon amerik. Berliner/innen insgesamt:	19.343	davon Frauen: 9.415
Davon austr./ozean. Berl./innen insgesamt:	1.083	davon Frauen: 535
Davon asiat. Berliner/innen insgesamt:	60.917	davon Frauen: 29.606
Davon europ. Berliner/innen insgesamt:	324.651	davon Frauen: 152.099

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Schon diese Übersicht zeigt die großen zahlenmäßigen Differenzen zwischen den einzelnen Nationalitätengruppen; noch akzentuierter wird das Bild bei einem Blick auf die drei größten in Berlin vertretenen ausländischen Nationalitätengruppen:

Türkische Berliner/innen insgesamt:	126.050	davon Frauen: 58.049
Jugoslaw. <sup>74</sup> Berliner/innen insgesamt:	30.779	davon Frauen: 14.184
Polnische Berliner/innen insgesamt:	29.157	davon Frauen: 15.915

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Das Spektrum multikultureller Vielfalt lässt sich mit einem Blick auf die fünf größten Nationalitätengruppen des asiatischen Kontinents, die in Berlin leben, ablesen:

Vietnamesische Berliner/innen insgesamt:	9.183	davon Frauen: 4.486
Libanesische Berliner/innen insgesamt:	7.435	davon Frauen: 3.026
Iranische Berliner/innen insgesamt:	6.800	davon Frauen: 2.784
Thailändische Berliner/innen insgesamt:	5.413	davon Frauen: 4.535
Chinesische Berliner/innen insgesamt:	4.834	davon Frauen: 2.254

(Quelle: Statistisches Landesamt Berlin)

Darüber hinaus sind die einzelnen Nationalitätengruppen in sich heterogen (verschiedene Generationen mit den daraus resultierenden Konflikten, unterschiedliches Bildungsniveau etc.) und unterliegen dynamischen Veränderungsprozessen, die eine stereotype Betrachtung nicht zulassen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht erstaunlich, dass die multikulturelle Vielfalt an das herkömmliche Gesund-

<sup>74</sup> Bundesrepublik Jugoslawien einschl. ehemaliges Jugoslawien (Personen, die sich noch bei Bestehen dieses Staates angemeldet haben und bisher keinem Nachfolgestaat zugeordnet sind)

heitssystem neue Herausforderungen herangetragen hat. Probleme wie die Sprachbarriere oder ein anderes Verständnis der Geschlechterrollen sind hier exemplarisch zu nennen.

Die Lebenssituation vieler Migrantinnen und Migranten wird – wenn auch in einem individuell sehr unterschiedlichem Ausmaß – von zahlreichen Faktoren beeinflusst, die sich auf die physische und psychische Gesundheit auswirken können: die Auseinandersetzung mit einer anderen Gesellschaft, mit unterschiedlichen Werten und Normen, Trennung von Familie und Freunden, eine je nach Aufenthaltsstatus in unterschiedlichem Maße gegebene strukturelle Benachteiligung, schlechtere Zugangsmöglichkeiten zu Bildung und Arbeit, Diskriminierungserfahrungen, mangelnde Sprachkompetenz etc. können zu Isolation, Entwurzelungserlebnissen, Ohnmachtsgefühlen usw. führen. Wie deutsche Frauen sind auch Migrantinnen zudem als Arbeitnehmerin, Hausfrau und Mutter mehrfach belastet und leiden unter den Folgen von in innerfamiliären Konflikten erlebter Gewalt, wobei erschwerend hinzukommt, dass viele Migrantinnen auch aufenthaltsrechtlich von ihrem Mann abhängig sind. Darüber hinaus bekommen sie die mit dem Aufeinandertreffen verschiedener Wertvorstellungen verbundenen Konflikte häufig direkter zu spüren als Migranten. Diese Problemfülle wirkt negativ auf die Gesundheit und erhöht das Risiko, krank zu werden. Auch die Umstände der Migration selbst haben teilweise – z.B. bei Kriegsflüchtlingen - massive Auswirkungen auf die Gesundheit.

In Bezug auf die letztgenannte Gruppe weist das Behandlungszentrum für Folteropfer darauf hin, dass für einen großen Teil dieser häufig traumatisierten Personen auf Grund ihres ausländerrechtlichen Status' keine Möglichkeiten für eine dringend notwendige psychotherapeutische Behandlung bestehen. Eine Nichtbehandlung erhöhe jedoch das Risiko einer Chronifizierung der Leiden, die kaum mehr behandelbar seien.

Seit rund 20 Jahren ist in Berlin ein stärkeres Bewusstsein für die besonderen Probleme der ausländischen Bevölkerung – und hier besonders der Frauen – entstanden. Institutionen wie die Ausländerbeauftragte des Senats und die Ausländerbeauftragten in den Bezirken, die Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und zahlreiche Projekte und Einrichtungen sind nicht nur wichtige Anlaufstellen, sondern haben auch weitreichende Impulse für die Gestaltung spezifischer Beratungs- und Betreuungsangebote für ausländische Frauen gegeben.

Seit den 80er Jahren existieren Anlaufstellen, die an der spezifischen Situation von Migrantinnen orientiert sind und (teilweise als expliziten Schwerpunkt) auch gesundheitsbezogene Angebote haben, wie z.B. der 1985 gegründete Verein Akarsu e.V., die AWO-Frauenläden, der türkische Frauenverein Berlin e.V., Elisi Evi e.V., Hinbun sowie weitere, wenn auch nicht frauenspezifische Projekte wie AKAM (Anlauf- und Koordinierungsstelle zur gesundheitlichen Aufklärung von Migranten) und ADM (AIDS Danışma Merkezi).

Die genannten Vereine stellen nur einen kleinen Ausschnitt der vielfältigen Projekte, Vereine und Initiativen für ausländische Frauen und Mädchen dar, neben dem ein breites Angebot weiterer Einrichtungen mit anderen Schwerpunkten (z.B. ausländer- und asylrechtliche Beratung, Beratung für binationale Paare, nationalitätenbezogene Angebote oder Beratung zu Problembereichen wie Frauenhandel etc.) existiert.

Die migrantinnen- und migrantenspezifische Projektlandschaft in Berlin ist ein Spiegel der Heterogenität der ausländischen Bevölkerung und zeichnet in ihren Angeboten die dynamischen Entwicklungen und Veränderungsprozesse innerhalb der communities nach. Früher noch weit stärker tabuisierte Themen wie Generationskonflikte, Geschlechter- und Rollenverständnis, Sexualität, selbstbestimmtes Leben aber auch Gewalt sind heute ein wichtiger Bestandteil der Arbeit vieler Projekte. Wie tiefgreifend die innerfamiliären Belastungssituationen wirken, zeigt auch die überdurchschnittlich hohe Nutzung der Kinder- und Jugendnotdienste und Jugendschutzstellen; hier stellen ausländische Jugendliche einen Anteil von 25,2% der Ratsuchenden. Insbesondere die Situation ausländischer Mädchen, wenn sie in traditionell orientierten, streng religiösen Familien aufwachsen, ist von vielen Spannungsfeldern im Umfeld von Pubertät, Sexualität, Erwartungen der Eltern, und traditionellen Werten und Normen gekennzeichnet. Feststellbar ist, dass ausländische Eltern, die aus ländlichen Strukturen stammen, eher an den bekannten Verhaltens- und Rollenmustern festhalten und sich gegen das Eindringen anderer Denk- und Lebensweisen wehren; dies hat dann unmittelbaren Einfluss auf die Erziehung der Töchter. Für dieses Konfliktpotenzial sind die Angebote von Beratungsstellen unverzichtbar.

Ein weitere Veränderung ist an den Angeboten der Vereine ablesbar – die erste Generation, im Zuge der Anwerbevereinbarung nach Berlin gekommenen, steuert auf das Rentenalter zu. Vor 20 Jahren praktisch überflüssig, gibt es dagegen heute einen wachsenden Bedarf an Betreuungsmaßnahmen speziell für ältere ausländische Frauen und Männer. So sieht insbesondere die Arbeiterwohlfahrt zusammen mit Bezirken in Seniorenfreizeitstätten Angebote vor. Darüber hinaus gibt es weitere Projek-



te, die insbesondere von nichtdeutschen älteren Frauen frequentiert werden wie beispielsweise das DRK-Projekt BACIM.

Gerade mit Blick auf die ältere Migrantengeneration, aber auch im Hinblick auf viele der unlängst im Wege der Familienzusammenführung nachgezogenen Ehefrauen lässt sich feststellen, dass die mangelnde deutsche Sprachkompetenz eine entscheidende Barriere für die Wahrnehmung ihrer Interessen ist. So ist der Kontakt mit Ämtern schwierig, wenn dort keine Sprachmittler zur Verfügung stehen. Bereits der 1995 vorgelegte Bericht „Zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Berlin“ merkte an, dass der Einsatz von Sprachmittlern defizitär sei.

Die Situation stellt sich heute in den einzelnen Bezirken sehr unterschiedlich dar. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales führt zur Zeit eine Umfrage zur Personalausstattung der bezirklichen und regionalisierten Gesundheitsdienste durch, in der auch nach den vorhandenen Sprachkompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefragt wird. Auf Grund dieser Erhebung sollen in Abgleich zu den gesetzlichen Grundlagen und den Besonderheiten der einzelnen Bezirke Defizite und Handlungsprioritäten, aber auch mögliche Handlungsspielräume aufgezeigt werden, um die Dienste in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben sinnvoll und effizient wahrzunehmen. Ziel ist die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ein Thema wird dabei auch die Stärkung und Weiterentwicklung der interkulturellen Kompetenz in den Regeldiensten sein.

Die meisten Innenstadtbezirke haben entweder Sprachmittlerinnen / Honorarkräfte oder Fachkräfte, die dazu beitragen, Sprachbarrieren bei der Nutzung der bezirklichen Angebote zu mildern. Allerdings macht sich die angespannte Haushaltslage Berlins auch hier durch Stellenabbau bemerkbar. Was darüber hinaus aber eine Rolle spielt, sind die starken regionalen Unterschiede im Ausländeranteil an der Wohnbevölkerung des Bezirks. So hat der frühere Bezirk Kreuzberg seit Jahrzehnten einen besonderen Arbeitsschwerpunkt in der Ausländerarbeit, der sich in entsprechenden Strukturen niederschlägt. Eine Vernetzung von Sprachmittlern in den verschiedenen Beratungsstellen wird dort seit Jahren praktiziert. Das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg verfügt über festangestellte Sprachmittler in den Sprachen türkisch, kurdisch, arabisch, persisch, albanisch, serbokroatisch. Honorarkräfte werden in einigen weiteren Sprachen im Sozial- und Gesundheitsbereich beschäftigt. Als Gegenstück dazu verfügt der Bezirk Steglitz-Zehlendorf im Bereich Gesundheit über keine Sprachmittler, in anderen Bezirken stehen Sprachmittler/innen nur für einige wenige Sprachen zur Verfügung.

So wünschenswert der zu 100% bedarfsentsprechende Einsatz von Sprachmittlern wäre, so illusorisch ist dies angesichts der Berliner Haushaltslage. Ein von der Ausländerbeauftragten des Senats herausgegebener Bericht führt dazu aus:

„Angesichts der beschränkten eigenen Kapazitäten für die sprachliche Verständigung mit Migranten/-innen und angesichts auch der Grenzen der eigenen interkulturellen Kompetenz ist es weit verbreitete Übung, dass Bezirksamtsdienststellen und -einrichtungen mit Migrantenprojekten und Migrantenvereinen kooperieren. Oft geht es dabei vor allem um eine Hilfestellung auf sprachlicher Ebene. Dies gilt vor allem auch im Hinblick auf kleinere ethnische Gruppen, für die ein Sprachmittler im Bezirksamt in der Regel nicht verfügbar ist. Die Initiative geht häufig auch von den Betroffenen selbst aus, die sich der Unterstützung eines Migrantenvereins bedienen, wenn sie aus sprachlichen Gründen bei einer Behörde nicht zurechtkommen.

Oft handelt es sich aber auch um professionelle Kooperationen, die über die sprachliche Ebene hinaus auch das Fachliche betreffen und mittels derer bezirkliche Dienststellen die Kompetenz von Migrantenprojekten und Migrationsfachdiensten nutzen. Derartige Kooperationen sind verschiedener Art. Es gibt gemeinsame Beratungen über Einzelfälle etwa im Bereich der sozialpädagogischen Dienste; es gibt Gruppenbesprechungen und Fortbildungsveranstaltungen, wo Mitarbeiter der Migrationsdienste der freien Träger Mitarbeiter bezirklicher Dienste über Lebensbedingungen von Migrantengruppen informieren; es gibt z.T. fortlaufende gemeinsame Aktivitäten vor allem im Seniorenfreizeit- und im Jugendfreizeitbereich. Gelegentlich wurden von Freien Trägern mit bestimmten Ämtern kontinuierliche Kooperationen fest vereinbart, wie etwa von der Arbeiterwohlfahrt mit verschiedenen Sozialpsychiatrischen Diensten. – AWO und Caritas führen Fachberatungen im Al-

tenhilfebereich durch. Dabei werden Mitarbeiter bezirklicher Dienste in einzelnen Veranstaltungen oder in fortlaufenden Beratungsgesprächen systematisch über Möglichkeiten einer interkulturellen Orientierung ihrer Arbeit beraten.<sup>75</sup>

Darüber hinaus gibt es zu vielen gesundheitspezifischen Themen Materialien wie z.B. zu Einschulungsuntersuchungen, AIDS-Aufklärung, Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Vorsorgeuntersuchungen für Kleinkinder, die in die jeweiligen Sprachen (z.B. polnisch, russisch, arabisch, türkisch, englisch, französisch, spanisch) übersetzt worden sind.

Neben dem Einsatz von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern kommt darüber hinaus der Förderung der Sprachkompetenz gerade älterer Migrantinnen und im Rahmen des Familiennachzugs migrierter Ehefrauen eine besondere Bedeutung zu. Bewährt haben sich besonders die sogenannten Mütterkurse, die speziell konzipiert sind. Danach finden Sprachkurse für ausländische Mütter/Eltern an den Schulen ihrer Kinder statt. Der Sprachunterricht wird mit Kinderbeaufsichtigung angeboten, um auch Müttern mit nichtschulpflichtigen Kindern die Teilnahme zu ermöglichen. Die Schulen als Kursort sind Bestandteil des Konzepts, da sie den Teilnehmerinnen durch ihre Kinder bereits vertraut sind. Die Kurse finden während der Unterrichtszeit statt und sind entgeltfrei. Außer zum Spracherwerb werden die Kurse ebenfalls dazu genutzt, den Frauen wichtige Informationen und Themen wie Gesundheitsvorsorge, Erkennen von Fehlentwicklungen oder Fördermöglichkeiten der Kinder näher zu bringen. Diese Kurse, die seit Anfang 1999 an ca. 50 Schulen von den Volkshochschulen in den Bezirken Neukölln, Kreuzberg, Schöneberg, Tiergarten und Wedding durchgeführt werden, haben regen Zuspruch und großes Interesse bei der Zielgruppe der nachgezogenen Ehepartnerinnen gefunden. Mit diesen Angeboten ist es erstmals gelungen, die oft bereits seit vielen Jahren in der Stadt lebenden Frauen für das Erlernen der deutschen Sprache zu motivieren.

Eine Fortführung dieses Angebotes für die nächsten Jahre ist dringend notwendig für eine bessere Versorgung der Berliner Migrantinnen.

Neben Defiziten im Einsatz von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern konstatierte der Bericht von 1995 „Zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Berlin“ einen Mangel an Beratungsangeboten für bikulturelle Paare und für ausländische Frauen in asyl- und ausländerrechtlichen Fragen. Bei der für diesen Bericht erfolgten Umfrage bei den Bezirken wurde häufig darauf verwiesen, dass das gesamte Beratungsangebot – insbesondere die Partnerschafts- und Sexualberatung – selbstverständlich auch bikulturellen Paaren offen steht. Tatsächlich kann die Beratung bikultureller Paare schon allein in rechtlicher Hinsicht so komplexe Fragen aufwerfen, dass hier Spezialwissen gefragt ist. Dafür gibt es in Berlin Anlaufstellen.

Seit 1983 gibt es in Berlin-Kreuzberg einen Beratungsladen der IAF (Interessengemeinschaft der mit Ausländern verheirateten Frauen), dem Verband binationaler Familien und Partnerschaften e.V. . IAF wurde 1972 gegründet und arbeitet bundesweit. Im Berliner Beratungsladen der IAF werden insbesondere binationale Familien hinsichtlich rechtlicher Fragen und kulturübergreifender Probleme in der Erziehung von Kindern beraten bzw. mit gezielten Angeboten unterstützt und begleitet. Hinsichtlich der kulturübergreifenden sozialen Arbeit fand in den Jahren 1997 bis 1999 in der Trägerschaft der IAF eine zweijährige interkulturelle Weiterbildung auch unter Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten für Beraterinnen und Berater der sozialen Dienste statt, die mit Senats-, Bundes- und EU-Mitteln finanziert wurde. Die Dokumentation „Beratung im interkulturellen Kontext: Dokumentation einer Weiterbildung für Beraterinnen und Berater der sozialen Dienste“ wurde im Juni 1999 veröffentlicht und ist über die IAF e.V.- Verband binationaler Familien und Partnerschaften zu beziehen.

Außerdem berät die Dienststelle der Ausländerbeauftragten des Senats seit ihrem Bestehen (1981) nichtdeutsche Ratsuchende nicht nur in Fragen des Asyl- und Ausländerrechts, sondern informiert fallbezogen auch hinsichtlich der Rechtslagen der verschiedenen Heimatländer in bezug auf das jeweilige Familienrecht.

Darüber hinaus bringen u.a. die Ausländerbeauftragte des Senats wie auch die Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen besonders schwierige ausländerrechtliche Einzelfälle vor die Härtefallkommission. Über die Hälfte dieser Einzelfälle betreffen ausländische Frauen, die von der Kommission hinsichtlich frauenspezifischer Härten geprüft werden. Hier kann es beispielsweise um die Frage eines eigenständigen Aufenthaltsrechts für eine ausländische Frau gehen, für die das weitere Zu-

---

<sup>75</sup> „Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik in Berlin 2000“, S. 47, herausgegeben von der Ausländerbeauftragten des Senats

sammenleben mit ihrem gewalttätigen Ehemann nicht zumutbar ist und eine Rückkehr ins Herkunftsland eine besondere Härte für sie und/oder ihre Kinder darstellt.

In Zusammenarbeit mit anderen Ausländerbeauftragten der Bundesländer und der Bundesbeauftragten sowie mit Frauenministerien und Frauenorganisationen wurde außerdem erreicht, dass nachgezogene Ehepartner nach zwei Jahren ehelichen Zusammenlebens in Deutschland ein selbstständiges Aufenthaltsrecht bekommen können. Von dieser Regelung profitieren im Regelfall Frauen.

Beratungsangebote zu asyl – und aufenthaltsrechtlichen Fragen werden zum Teil auch von den Bezirken angeboten, andere verweisen auf die Einrichtungen freier Träger.

Im Hinblick auf die Beratung bikultureller Paare und die allgemeine Beratung in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Fragen für Frauen lässt sich feststellen, dass es weniger an entsprechenden Beratungsangeboten mangelt, sondern vielmehr Informationsdefizite ausländischer Frauen und Mädchen die Inanspruchnahme der vorhandenen Einrichtungen erschweren.

Insoweit lässt sich in der Gesamtschau eine eher günstige Bilanz für das Beratungsangebot im Zusammenhang mit aufenthaltsrechtlichen Fragen u.ä. ziehen.

Die von vielen Projekten und Vereinen getragene Betreuungs- und Beratungsarbeit stellt eine unverzichtbare Ergänzung zu den staatlichen Regeldiensten dar, entbindet diese jedoch nicht von der Aufgabe, sich interkulturell stärker zu öffnen und durch den Erwerb von erforderlichem Wissen und Kompetenzen und nicht zuletzt eines entsprechenden Selbstverständnisses Migrantinnen und Migranten adäquat betreuen zu können. Mittlerweile sind auf verschiedenen Ebenen Initiativen zur interkulturellen Öffnung der Regeldienste ergriffen worden. Eine insbesondere für den Gesundheitsbereich wichtige Initiative wurde in Kreuzberg gestartet; sie beschäftigte sich besonders mit der Frage, wie die interkulturelle Öffnung sozialer Dienste im Bezirksamt Kreuzberg (jetzt: Friedrichshain-Kreuzberg) gefördert werden kann. Ab 1996 wurde unter breiter Beteiligung verschiedener Fachkräfte das Konzept eines "interkulturellen Gesundheitsnetzwerks" erarbeitet. Vor dem Hintergrund dieses Konzeptes wurden mehrere Umfragen und Expertisen erstellt und praktische Projekte wie eine Schwangerenberatung für Türkinnen und ein Vernetzungsprojekt zum Problem des sexuellen Missbrauchs in Migrantenfamilien initiiert. Das Projekt hat sich ehrgeizige Ziele gesetzt wie z.B. die Einrichtung eines Dolmetscherdienstes, die Erstellung eines Gesundheitswegweisers und die Förderung von Kooperation und Vernetzung im Gesundheits- und Sozialbereich.

Die vielfältigen Aktivitäten haben die Auseinandersetzung mit der Frage, wie man diese Klientel sinnvoll anspricht und Beratungsangebote zielgruppengerecht zuschneidet, positiv befördert. Eine positive Tendenz zur stärkeren Akzeptanz der sogenannten Regeldienste ist erkennbar. Die Gesundheitsberichterstattung Berlin – Basisbericht 2001 – weist aus, dass die sozialmedizinischen Dienste für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft zunehmend von ausländischen Ratsuchenden in Anspruch genommen werden. Ihr Anteil lag 1999 bei den Ratsuchenden, die erstmalig dort vorsprechen, bei 21,9% und im Jahr 2000 sogar bei 23,0%.

Die gesundheitliche Situation von ausländischen Frauen und Mädchen stellt sich sehr differenziert dar. Wissenschaftliche Studien versuchen, sich den vielfältigen Problemen anzunähern und Teilaspekte zur gesundheitlichen Versorgung eingehend zu analysieren.

Am Universitätsklinikum Charité Campus Virchow-Klinikum wurden zwei Projekte durchgeführt, die gesundheitliche Aspekte für türkische Frauen bzw. Paare speziell thematisierten: Im Rahmen des Public Health-Projektes „Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen im Krankenhaus“ wurden Daten zur stationären Versorgungslage erhoben. In einem weiteren Forschungsprojekt wurde in Kooperation mit der Frauen- und Kinderklinik des DRK in der Pulsstraße/Charlottenburg Beratungsmaterial entwickelt und evaluiert, das für sterile türkische Paare gedacht ist. Dieses in türkischer und deutscher Sprache vorliegende Beratungsmaterial für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vertrieben. Aktuell läuft ein drittmittelgefördertes Forschungsprojekt, das sich mit der Nutzung von Notfallambulanzen durch deutsche Patientinnen und Migrantinnen befasst.

Im Rahmen der Studien an der Charité wurde u.a. auch festgestellt, dass viele Migrantinnen aus der Türkei nur sehr geringe Kenntnisse über weibliche Körperfunktionen haben. Häufig korrelierte dies mit einem sehr niedrigen Bildungsstand. Da Information und Aufklärung, insbesondere jedoch auch Arzt-

Patientinnengespräche meist ein gewisses Mindestmaß an Wissen voraussetzen, ist die Kommunikation nicht allein aufgrund von sprachlichen Verständnisproblemen überlagert. Die Untersuchung ergab, dass Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Patientinnen deutlich unzufriedener mit der ärztlichen Aufklärung und der psychosozialen Betreuung im Krankenhaus waren.

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist nach wie vor an der deutschen Bevölkerung orientiert. Für eine adäquate Betreuung von Migrantinnen ist daher die oben dargestellte Arbeit der Projekte und Vereine sowie die noch zu verstärkende interkulturelle Öffnung der Regeldienste unverzichtbar. Darüber hinaus muss für die besondere Situation ausländischer Frauen und Mädchen sensibilisiert werden. Bezogen auf unser Gesundheitssystem bedeutet dies, Krankheit nicht isoliert zu betrachten, sondern im kulturellen Kontext zu sehen und zu beurteilen. In diesem Sinn sind ganz besonders Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeberufen gefordert, Kommunikationsprobleme zu überwinden, die ihren Ursprung darin haben, dass auf der einen Seite eine an der deutschen Bevölkerung orientierte Krankheitsbetrachtung existiert, auf der anderen Seite mangelndes Wissen und Hemmschwellen bestehen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, „beide Seiten“ konstruktiv durch gezielte Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zu stärken – d.h. mehr Wissen über die Situation von Migrantinnen (z.B. in Fort- und Weiterbildungen in medizinischen Berufen) und mehr Information zu gesundheitsbezogenen Themen für ausländische Frauen und Mädchen zu vermitteln, die von ihrem jeweiligen Wissens- und Erfahrungshintergrund ausgehen. Dies wäre eine wichtige Unterstützung, um z.B. psychisch kranke ausländische Mütter zu motivieren, eine Behandlung für sich oder ihre Kinder zu akzeptieren. Bisher ist dies nur eingeschränkt möglich wie zunehmend von Kinder- und Jugendpsychiatern berichtet wird.

Für die weitere Gestaltung von Gesundheitskonzepten, die die Situation der ausländischen Bevölkerung berücksichtigen, dürfen gesellschaftliche Veränderungsprozesse nicht ausgeblendet werden – Generationskonflikte, Abweichungen von traditionellen Rollenbildern werden auch Auswirkungen bis hin zur Inanspruchnahme von Regeldiensten haben. Darüber hinaus wird die Gruppe der älteren Ausländer zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Insgesamt muss mit viel Sensibilität und dem Blick für das (besonders finanziell) Machbare weiterhin versucht werden, die Belange der ausländischen Bevölkerung in die Gesundheitskonzepte einzubeziehen, wobei deren Komplexität und Heterogenität zu berücksichtigen ist.

## **8. Aktivitäten zur Frauengesundheit (-sförderung) in Berlin**

Viele Initiativen und Aktivitäten in Berlin haben dazu beigetragen, dass sich das Bild von einer Gesundheitsförderung, die Männer und Frauen stereotyp behandelt, langsam wandelt.

### **a) Netzwerk Frauengesundheit Berlin**

Nach einjähriger Vorbereitungsphase hat sich im Dezember 2001 das Netzwerk Frauengesundheit Berlin gegründet (s.a. [www.frauengesundheit-berlin.de](http://www.frauengesundheit-berlin.de)). In diesem Bündnis arbeiten dauerhaft und verbindlich Fachfrauen aus derzeit 45 Institutionen und Einrichtungen (Universitäten, Kliniken, Projekten, Verbänden, Bezirken, Senatsverwaltungen). Vorrangiges Anliegen des Netzwerkes ist es, die gesundheitlichen Belange von Mädchen und Frauen gleichberechtigt in die maßgeblichen Strukturen des Gesundheitswesens und andere die Gesundheit von Frauen beeinflussende Bereiche der Gesellschaft zu integrieren und die gesundheitlichen Chancen von Frauen zu verbessern. Aufgrund des für städtische Ballungszentren wie Berlin typischen sozialen Gefälles soll dabei besondere Aufmerksamkeit auf diejenigen Zielgruppen gerichtet werden, die den schlechtesten Zugang zu gesundheitlichen Präventions- und Versorgungsangeboten haben und durch strukturelle Benachteiligung besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Hierzu zählen z.B. Migrantinnen und alleinerziehende Frauen, die von Arbeitslosen- und Sozialhilfe leben, Seniorinnen mit niedrigen Renten, Frauen mit niedrigem Bildungsniveau und solche, die keinen Versicherungsschutz haben.

Das Netzwerk Frauengesundheit Berlin hat sich folgende Ziele gesetzt:

- Förderung von Strukturen in den gesundheitsrelevanten Bereichen, die sich an den Lebensbedingungen und Bedürfnissen von Frauen orientieren,
- Herstellung eines breiten Bündnisses zu den und zwischen den in den Bereichen Gesundheitsförderung, Versorgung und Rehabilitation agierenden Gruppen, Bündnissen oder Einzelpersonen,
- Einsatz für die Verbesserung der gesundheitlichen Angebote für besondere Zielgruppen, Information und Aufklärung über vorhandene Angebote in den Bereichen Prävention, Versorgung und Rehabilitation,
- Stärkung von Ansätzen im Gesundheitswesen, die Frauen als „Gesundheitsexpertinnen in eigener Sache“ ernst nehmen.

Als aktuelle Handlungsfelder mit besonderer Priorität hat das Netzwerk Frauengesundheit Berlin die Themen Verbesserung der Qualität im Bereich der Brustkrebsfrüherkennung und der kurativen Mammografie und die Sensibilisierung der verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems für die Erkennung von und den Umgang mit den physischen und psychischen Auswirkungen von Gewalterfahrungen bei Patientinnen erklärt. Das Thema Gewalt stand bereits in der Gründungsphase des Netzwerkes Frauengesundheit Berlin im Blickpunkt: Die Fachtagung „...Als wäre nichts gewesen – der Umgang des Gesundheitswesens mit von Gewalt betroffenen Frauen“ wurde im September 2001 von der ehemaligen Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen in Kooperation mit der Initiative Netzwerk Frauengesundheit Berlin durchgeführt (s.a. Kapitel 6).

Das Netzwerk Frauengesundheit Berlin wurde als Expertinnengremium für diesen Bericht einbezogen.

### **b) Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten**

Zur direkten und indirekten Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten freier Träger, von Vereinen und Initiativen aus dem Gesundheits-, Sucht-/Drogen-, Sozial-, Senioren-, Behinderten- Ausländer-, Frauen- und Familienbereich stellt die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Fördermittel bereit. Grundlage für die Vergabe der Mittel ist das seit 1983 bestehende Berliner Programm zur Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeprojekten.

Es handelt sich um eine schnelle und flexible Anschubförderung von kostengünstigen und innovativen sozialen Projekten, die auf die Beseitigung von im Land bestehenden Probleme gerichtet sind.

Die Selbsthilfeanschubförderung ist ein entscheidender und unverzichtbarer Beitrag zur Aktivierung und Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements. Das Land Berlin beabsichtigt, auch zukünftig eine angemessene Förderung von Selbsthilfe und selbstverständlich auch von Selbsthilfe im Gesundheitsbereich sowie bei der Förderung von Frauenprojekten zu sichern.

Über den aktuellen im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe gibt die umfassende Datenbank zur Selbsthilfe in Berlin, erstellt und gepflegt von der zentralen Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle SE-KIS, Auskunft.

Darüber hinaus ist die umfangreiche Förderung von gesundheitsbezogenen Projekten für Frauen durch den sogenannten Liga-Vertrag zu nennen, den das Land Berlin mit der Liga der freien Wohlfahrtsverbände geschlossen hat. Der Liga-Vertrag fördert im Gesundheitsbereich schwerpunktmäßig Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte, die sich speziell oder überwiegend an Frauen richten oder hauptsächlich von Frauen genutzt werden. Ein erheblicher Teil der Fördermittel für den Gesundheitsbereich fließt in Projekte dieses Zuschnitts. Wichtige Projekte sind z.B. das Feministische Frauengesundheitszentrum Berlin e.V. (FFGZ), das Familienplanungszentrum e.V. Balance, Dick & Dünn e.V. – Beratungszentrum bei Ess-Störungen, die Lesbenberatung e.V. oder Akarsu e.V., aber auch Selbsthilfegruppen wie z.B. für krebskranke Frauen oder an Diabetes Mellitus Erkrankte.

Die übrigen durch den Liga-Vertrag geförderten Gesundheitsprojekte sind überwiegend an bestimmten Erkrankungen ausgerichtet und richten sich an beide Geschlechter.

Ein weiterer Bestandteil im Liga-Vertrag sind die Berliner Mobilitätshilfedienste. Gefördert werden 19 Mobilitätshilfedienste und eine gesamtstädtisch tätige Koordinationsstelle. Ebenfalls durch den Liga-Vertrag gefördert werden die Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation. Sowohl die Mobilitätsdienste als auch die Koordinierungsstellen dienen dazu, älteren und alten Menschen mit Beratungs- und Unterstützungsleistungen zu einem selbstständigen Leben zu verhelfen. Nähere Beschreibungen dieser Dienste finden sich in Kapitel 3, Abschnitt Pflege.

### **c) Geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung**

Die seit 1961 erfolgende Gesundheitsberichterstattung ist ein wichtiges Mittel, um einen Gesamtblick auf den Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung zu erhalten.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) werden alle verwendeten Indikatoren – z.B. zu den Themen Gesundheitszustand, -verhalten, ambulante und stationäre Versorgung, Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen – geschlechtsspezifisch dargestellt und beschrieben. Auch die soziodemographischen Basisinformationen (z.B. Altersstruktur, Schul- und Ausbildungsabschluss, Einkommen, Erwerbstätige, Arbeitslose) sind nach Geschlecht differenziert. Mit dem Jahresgesundheitsbericht und den Spezialberichten zur Gesundheitsberichterstattung liegen somit regelmäßig Daten vor, die eine geschlechtsspezifische Betrachtung ermöglichen.

Auf eine getrennte Darstellung für Frauen und Männer wird verzichtet, wenn eine entsprechende Aussagefähigkeit als beschränkt eingeschätzt wird bzw. rechtliche Rahmenbedingungen, z.B. das Datenschutzgesetz und die Geheimhaltungsvorschriften diese einschränken.

In Einzelfällen kann eine Datenerhebung geschlechtsspezifisch erfolgt und dennoch die Verwendung/Auswertung der Daten nicht zulässig sein, weil eine bestimmte Grundgesamtheit an Datensätzen, die erst eine Geheimhaltung und Anonymisierung ermöglicht, unterschritten wurde.

Die für die Gesundheitsberichterstattung verwendeten Datenquellen liegen alle in maschinenlesbaren Formaten vor, so dass – vorausgesetzt das Merkmal Geschlecht ist in der Datei enthalten, war also Erhebungsmerkmal – entsprechende Auswertungen vorgenommen werden können.

Seit 1992 werden nahezu alle Daten, die den Gesundheitszustand der Berliner beschreiben, geschlechtsspezifisch ausgewertet. Das trifft auch auf die bezirklichen Auswertungen zu.

Insbesondere im Jahresgesundheitsbericht 1998/99 wurden Risikofaktoren und entsprechende gesundheitliche Auswirkungen für Frauen und Männer sehr differenziert bzw. geschlechtsspezifisch dargestellt<sup>76</sup>. Hierzu wurde in einem gesondertem Abschnitt eine Analyse von Morbidität, Frühberentung, Mortalität, Gesundheitsverhalten und ökonomischen Aspekten bei Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartigen Neubildungen mit Hilfe unterschiedlicher Datenquellen (z.B. Krankenhausdiagnostik, Todesursachenstatistik, VDR-Statistik [Statistik des Rentenbestandes], Mikrozensus) durchgeführt.

Dennoch lässt sich nicht von der Hand weisen, dass es nach wie vor Defizite gibt. Deshalb muss sowohl landesweit als auch bezirklich eine durchgängige Geschlechtsspezifität in der Gesundheitsberichterstattung etabliert und daran gekoppelt eine geschlechtersensible Aus- und Bewertung konsequent durchgeführt werden.

### **d) Präventive Maßnahmen zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit**

Der Bericht über die „Gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin“ aus 1995 hat u.a. gefordert: „Überall dort, wo Frauen infolge ihrer Erwerbstätigkeit an ihren Arbeitsplätzen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, ist unter Verantwortung der Arbeitgeber die konsequente Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Sinne einer umfassenden Verhältnisprävention erforderlich. Die Arbeitsschutzbehörden und die Unfallversicherungsträger geben dabei Unterstützung entsprechend ihren Möglichkeiten.“

Bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit gemäß § 4 Nr. 8 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) dürfen keine Regelungen getroffen werden, die mittelbar oder unmittelbar geschlechtsspezifisch wirken. Geschlechtsspezifische Regelungen sind nur dann zulässig, wenn sie aus biologischen Gründen zwingend geboten sind. Darunter fallen zum Beispiel eine geringere zulässige Bleibelastung für Frauen bis zum 45. Lebensjahr oder geringere Lastgewichte bei Hebe- und Tragevorgängen.

Wenn Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit vom Gesetzgeber nicht geschlechtsspezifisch konzipiert werden, so steht dahinter auch die Erfahrung, dass ein besser geschützter Personenkreis infolge des vom Arbeitgeber sicherzustellenden höheren Schutzniveaus und des damit verbundenen höheren Aufwandes auf dem Arbeitsmarkt geringere Beschäftigungschancen hätte. Schon der besondere Schutz von werdenden und stillenden Müttern kann zu schlechteren Chancen der gebärfähigen Frauen in solchen Bereichen führen, in denen beim Eintreten einer Schwangerschaft mit Einschränkungen der Einsatzfähigkeit, mit Arbeitsplatzwechseln oder auch nur mit einer Kontrolle der Behörde zu rechnen ist.

Die Überwachungs- und Beratungsaktivitäten der Arbeitsschutzbehörde, die auf die Einhaltung der Rechtsvorschriften zur Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit gerichtet sind, haben sich an den vorrangig zu bekämpfenden Risiken zu orientieren. Wird also die Kontrolle der Funktionstüchtigkeit und der bestimmungsgemäßen Verwendung bestimmter technischer Arbeitsmittel als vorrangig angesehen, so ist es nachrangig, ob von diesbezüglichen Mängeln mehr Frauen oder mehr Männer betroffen sind. Das gleiche gilt, wenn es etwa um Arbeitsstättenprobleme, um Probleme der Arbeitsorganisation oder um Gesundheitsgefährdungen durch chemische, physikalische oder biologische Einwirkungen geht. Entscheidend ist, ob dabei relevante Risiken auftreten und, ob die Betriebe die damit verbundenen Gesundheitsschutzprobleme nicht in den Griff bekommen, nicht aber primär darum, ob davon mehr Frauen oder mehr Männer betroffen sind.

Das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi) hat aus diesen Gründen - bis auf die Überwachung des Mutterschutzes - keine Kontrollaktivitäten unternommen, die aus dem speziellen Grund eines „Frauengesundheitsschutzes“ konzipiert worden wären. Allerdings sind seit 1995 immer wieder Überprüfungen durchgeführt worden, die – infolge der besonderen Verhältnisse in der jeweils kontrollierten Betriebsart – mehr Effekte auf die Arbeitsbedingungen von Frauen als auf die von Männern erbrachten.

Mit nahezu allen behördlichen Aktivitäten des LAGetSi wird nach Maßgabe des Anteils der weiblichen

---

<sup>76</sup> Jahresgesundheitsbericht 1998/99, S. 122-178

Beschäftigten in den kontrollierten Betrieben auch auf die Arbeitsbedingungen von Frauen Einfluss genommen. Da der Frauenanteil nach wie vor insbesondere im Bereich „Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege“, „Handel“ und mit Einschränkungen im Bürobereich besonders hoch ist, kann mit der Überwachung dieser Bereiche am ehesten eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Frauen erreicht werden.

Beispiele:

Hinsichtlich des Risikos „Infektion“ wurden als Betriebsarten mit hohem Frauenanteil bei den Beschäftigten insbesondere Krankenhäuser, Arzt-, Tierarzt- und Zahnarztpraxen, ambulante und stationäre Pflegedienste und Kindertagesstätten kontrolliert.

Besonders relevant war hier die Durchsetzung der erforderlichen Schutzimpfungen, weil damit Mutter und Kind zuverlässig geschützt werden.

Mit Blick auf das Risiko „Hautkrankheit“ wurde das LAGetSi u.a. in Gesundheitsdienstleistungen, Friseur- und Kosmetiksalons tätig.

Hinsichtlich des Risikos „Erbgutveränderung“ und „Fruchtschädigung“ etwa wurden als Betriebsarten mit hohem Frauenanteil insbesondere Gesundheitsdienstleistungen und Apotheken, insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit Zytostatika und anderen Medikamenten überprüft.

Ausschließlich den weiblichen Beschäftigten (und ihren Kindern) kommen im Wesentlichen nur die mutterschutzrechtlichen Regelungen zugute.

Für viele Betriebe bestehen offenbar noch Probleme, Arbeitsbedingungen routinemäßig danach zu hinterfragen, ob sie für Schwangere und Stillende geeignet sind und wo alternative Einsatzmöglichkeiten bestehen könnten. Bei den behördlichen Aktivitäten zur Durchsetzung eines adäquaten Schutzes der werdenden und stillenden Mütter und des ungeborenen Lebens wurde immer wieder festgestellt, dass diese vorausschauende Bewertung der Arbeitsbedingungen noch nicht in die betrieblichen Routineprozeduren Eingang gefunden hat. Die seit 1997 geltende Mutterschutzrichtlinienverordnung i.V.m. § 5 ArbSchG (Beurteilung der Arbeitsbedingungen) scheint viele Betriebe noch zu überfordern. Insofern liegt hier ein Schwerpunkt der behördlichen Kontroll- und Beratungstätigkeit. So wurde z.B. ein besonderes Gewicht auf die Kontrolle der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes für werdende und stillende Mütter in Laboren gelegt, in denen Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen ausgeführt werden.“

Es gibt beim LAGetSi umfangreiches Informationsmaterial zu dem gesamten Themenkomplex; exemplarisch sei hier nur das [LAGetSi-Info 28 „Mutterschutz im Gesundheitswesen“](#) erwähnt.

Die dargestellten Aktivitäten dürfen aber nicht den Blick dafür verstellen, dass nach wie vor der Kenntnisstand über die gesundheitliche Lage der Beschäftigten nicht zufriedenstellend ist, da entsprechende Meldepflichten für die Betriebe nicht existieren und diese Daten wegen fehlender Rechtsgrundlagen auch nicht systematisch erhoben werden können. Zur Verbesserung dieser Situation ist der Senat von Berlin vom Abgeordnetenhaus aufgefordert worden, im Jahresgesundheitsbericht zukünftig ein Kapitel vorzusehen, in dem über die gesundheitliche Lage der Beschäftigten zu berichten ist.<sup>77</sup> Dieser Auftrag wird in der Gesundheitsberichterstattung Berlin – Basisbericht 2002 erstmalig erfüllt.

## **e) Bezirkliche Aktivitäten**

Die Bezirke haben in den vergangenen Jahren vielfältige Aktivitäten entwickelt, die dem Grundgedanken einer geschlechtersensiblen Herangehensweise förderlich waren.

Einige Beispiele aus dem Berichtszeitraum verdeutlichen das:

### **Bezirk Marzahn-Hellersdorf**

Im ehemaligen Bezirk **Marzahn** thematisierte die 3. bezirkliche Gesundheitskonferenz im Jahr 1997 die "Gesundheitliche und soziale Lage von Frauen in Marzahn". Darüber hinaus wird jährlich ein Gleichstellungsbericht (Bezirksamts-Beschluss Nr. III/769/98) erarbeitet, der in den Jahren 1999 und 2000 insbesondere die psychosoziale Versorgung von Frauen und Mädchen thematisierte.

---

<sup>77</sup> 26. Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 10.5.2001; Drs.-Nrn. 14 / 505 und 14 / 1147



Im ehemaligen Bezirk **Hellersdorf** wurde ein besonderer Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung gelegt. Hierzu gab es Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitswerk-STADT. Die AG Sexualität und AIDS führte Veranstaltungen für Frauen und Mädchen durch.

Darüber hinaus engagiert sich der Bezirk nachhaltig auf dem Gebiet der Suchtprävention und geht dabei auch unkonventionelle Wege: 1996/97 wurden Hellersdorfer Grundschulklassen (6. Klasse) anonym zu vermuteten Aspekten suchtfördernder Gewohnheiten und Verhaltensweisen befragt. Beteiligt waren daran das Bezirksamt, das mobile Team zur Suchtprävention, der Verein pad. e.V. sowie die Kontaktlehrerinnen und Kontaktlehrer im Bezirk. Um Entwicklungen ablesen zu können, gab es eine Nachfolgeuntersuchung im Schuljahr 1999/2000. Die Auswertung erfolgte auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sind in die konkrete Projektarbeit bzw. Beratungstätigkeit unmittelbar eingeflossen.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie sinnvoll Zusammenarbeit und Kooperation der verschiedenen Bereiche funktionieren kann. Der Bezirk ist in dieser Hinsicht ohnehin aktiv. Aktuell wird daran gearbeitet, die bestehenden Strukturen im Gesundheitsbereich des Bezirks und bei den Freien Trägern sinnvoll miteinander zu vernetzen. In diese Überlegungen werden Angebote für Frauen und Mädchen – auch nichtdeutscher Herkunft – einbezogen.

In Hellersdorf gibt es außerdem einen Arbeitskreis "Mädchenarbeit in und für Hellersdorf". Dies ist ein Zusammenschluss von Frauen aus Einrichtungen, Projekten und Initiativen, die sich für Belange von Mädchen und jungen Frauen einsetzen; es versteht sich als ein Netzwerk von und in Hellersdorf arbeitenden Projekten freier und öffentlicher Träger und Institutionen, die bezogen auf Mädchenspezifische Lebenslagen die Interessen der Mädchen vertreten. Zentrale Aktivitäten waren die Hellersdorfer Mädchenkonferenzen 1998 und 1999. Ziel der Mädchenkonferenzen ist es, die Mädchen mehr zu beteiligen, ihr Selbstbewusstsein zu fördern, sie zu motivieren, ihre Bedürfnisse und Interessen "lauter" zu äußern.

### **Bezirk Lichtenberg**

Ähnlich wie im Bezirk Marzahn-Hellersdorf wurde auch hier ein besonderer Schwerpunkt zum Thema Gesundheitsverhalten von Jugendlichen gesetzt. So wurde im ehemaligen Bezirk **Hohenschönhausen** im November 1999 eine Präventionsstudie zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen der 8. Klassen durchgeführt. Rund 2.000 Schülerinnen und Schüler haben sich daran beteiligt. Per Fragebogen wurden Angaben zu Themen wie Rauchverhalten, Ernährungsproblemen und Sexualität erbeten. Die Datenerhebung erfolgte getrennt für Mädchen und Jungen. Die Ergebnisse haben wichtige Hinweise für die Entwicklung und Veränderung von geschlechtsspezifischen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Jugendlichen geliefert.

Als wesentliche Ergebnisse lassen sich festhalten, dass

- 29% der Schülerinnen und Schüler der 8. Klassen rauchen,
- Mädchen mit 30,9 % häufiger als Jungen mit 25,6% rauchen, dafür gaben sie öfter als Jungen an, nur gelegentlich zu rauchen,
- die erste Zigarette am häufigsten zwischen dem 12. und dem 14. Lebensjahr geraucht wurde (55%),
- rund 8% die erste Zigarette bereits zwischen dem 8. und 10. Lebensjahr rauchten,
- Mädchen durchschnittlich eher angefangen haben zu rauchen als Jungen,
- Mädchen häufiger (11,4%) als Jungen (5,6%) hauptsächlich wegen der Freunde rauchen,
- immerhin 45 % der befragten Schülerinnen und Schüler möchten wieder aufhören zu rauchen,
- fast zwei Drittel der nichtrauchenden Schülerinnen und Schüler sich stolz fühlen, sicher und von den anderen akzeptiert,
- nur wenige sich durch das Nichtrauchen ausgeschlossen (1,4%) fühlen,
- 84% der Befragten sich völlig gesund fühlen,
- immerhin 16% angaben, sich nicht gesund zu fühlen oder krank zu sein,
- ein Viertel der Teenager angab, psychosoziale Probleme zu haben,
- 90 % aller Befragten jemanden haben, mit dem sie über ihre Probleme reden können.

Der ehemalige Bezirk Hohenschönhausen hat 1998 einen Gesundheitsbericht „...wie geht's Frau?“ erarbeitet, der die Situation der Mädchen und Frauen in diesem Berliner Bezirk beleuchtet.

## **Bezirk Treptow-Köpenick**

Der Bezirk Treptow-Köpenick engagiert sich im Gesunde Städte-Netzwerk (Treptow: Mitglied seit Juli 1998, Treptow-Köpenick: Mitglied seit Mai 2001) für die Belange der Frauengesundheit. Die Arbeit im Gesunde Städte-Netzwerk stand in den Jahren 2000 und 2001 unter dem Motto „Frauengesundheit“ mit Veranstaltungen wie einer Angebotsmesse für den Gesundheitsbereich und Gesundheitsmärkten zu den Themen „Krebs“ und „Sucht“. Es liefen Vortragsreihen zu o.g. Themen, die die Krebsprophylaxe bis hin zur Betreuung von krebserkrankten Frauen umfassten. Die bezirkliche Gesundheitskonferenz im November 2001 stand ebenfalls unter dem Thema Frauengesundheit – Aspekte – Probleme. Hier ging es vor allem um Themen wie Prostitution und Frauenhandel, Folgen häuslicher Gewalt gegen Frauen, Alkoholismus von Frauen und Frauen und Behinderung.

## **Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg**

Im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg wurde das Thema Frauengesundheit in den Jahren 1995 bis 2001 in beiden Ortsteilen im Rahmen von öffentlichen Einzelveranstaltungen, Seminaren und Gesundheitswochen behandelt. Es wurden Studien zu den Themen „Inanspruchnahme von Sporteinrichtungen für Frauen und Mädchen (in Friedrichshain-Kreuzberg)“ und „Angstraumstudie (in Kreuzberg)“ veröffentlicht und ein Kooperationsmodell für die Beratung von gewaltbereiten Männern (durch einen Mann) und betroffenen Frauen/Ehefrauen/ Partnerinnen (durch eine Frau) entwickelt. Auf das interkulturelle Gesundheitsnetzwerk wurde bereits hingewiesen (Kapitel 7).

Darüber hinaus wurde 1999, koordiniert von der Plan- und Leitstelle Gesundheit, eine 4-wöchige Veranstaltungsreihe zum Thema „Liebe und was noch...“ angeboten für Kinder, Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren. Beteiligt waren ca. 50 Institutionen und Personen mit ca. 100 Veranstaltungen. Es wurden ca. 2.500 Teilnehmer erreicht.

Aus dem 1995 vorgelegten Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen leitete der ehemalige Bezirk Friedrichshain eine Reihe von Schlussfolgerungen ab. So wurden beispielsweise Schulungsmaterialien für Familienhelfer und –helferinnen erarbeitet und entsprechende Schulungen durchgeführt, um über diese Multiplikatoren eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von sozial benachteiligten Familien zu erreichen. Darüber hinaus wurde die Anregung aufgenommen, sich verstärkt um die geschlechtersensible Datenerfassung zu bemühen. So wurden Daten zur Mädchen- und Frauengesundheit in die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung aufgenommen.

## **Bezirk Mitte**

Der ehemalige Bezirk **Tiergarten** initiierte Ende 1999 den Arbeitskreis „Frauen und Gesundheit“, der als Kooperationsprojekt zwischen dem Büro der Frauenbeauftragten und der Plan- und Leitstelle Gesundheit im Rahmen der Mitgliedschaft des Bezirks im Gesunde Städte-Netzwerk entstand. Der Arbeitskreis beschäftigte sich zunächst schwerpunktmäßig mit dem Thema „Häusliche Gewalt gegen Frauen“. Hierbei entstanden Aktionen wie „SOS-Notfallkarten“, die Plakataktion „Rote Karte gegen Männergewalt“ und die Aktion „SOS-Handys“.

Im ehemaligen Bezirk **Wedding** wurde im Rahmen des internationalen Brustkrebs-Aktionsmonats im Oktober 1999 eine Kampagne zur Prävention und Früherkennung von Brustkrebs durchgeführt. Hauptkooperationspartnerinnen des Bezirks waren die Brustkrebsinitiative Berlin und das Feministische Frauengesundheitszentrum. Die Kampagne beinhaltete eine Podiumsdiskussion, Workshops und Informationsveranstaltungen mit Expertinnen und Experten. Außerdem wurde ein Wegweiser der wichtigsten stationären und ambulanten Angebote sowie der Anlauf- und Beratungsstellen in den Bezirken Wedding, Tiergarten und Mitte herausgegeben.

Seit Anfang Mai 2002 gibt es eine Koordinierungsstelle Frauengesundheit in der Abteilung Gesundheit und Soziales des Bezirksamtes Mitte. Die Koordinatorin leitet den Arbeitskreis „Frauen und Gesundheit“ in dem das Thema „häusliche Gewalt“ weiterhin den Schwerpunkt der Arbeit bildet.

Zur Zeit wird hier ein Konzept gegen häusliche Gewalt entwickelt, an dessen Entstehung und Umsetzung Vertreterinnen und Vertreter des Bezirksamtes und übergeordneter Gremien sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zahlreicher Projekte und Einrichtungen aus dem Bezirk mitwirken. In diesem Kontext wird auch ein Wegweiser der einschlägigen Hilfsangebote für Opfer häuslicher Gewalt entwickelt. Nach der Umsetzung des Konzeptes können weitere frauenspezifische Themen erarbeitet werden.

## **9. Frauengesundheitsforschung**

Sowohl an der Freien Universität Berlin als auch an der Humboldt-Universität zu Berlin und der Technischen Universität Berlin sowie an der Alice-Salomon-Fachhochschule werden Forschungsarbeiten zur Frauengesundheit durchgeführt.

Nach dem wissenschaftlichen Kontext kann bei den Forschungsarbeiten grob zwischen Studien mit überwiegend naturwissenschaftlich-medizinischem und Studien mit eher sozialwissenschaftlichem Hintergrund unterschieden werden:

### **Naturwissenschaftlich-medizinische Studien**

Der Fachbereich „Humanmedizin“ der Freien Universität Berlin und die medizinische Fakultät „Charité“ der Humboldt Universität zu Berlin sowie die Universitätsklinik Charité und Benjamin Franklin greifen in ihren Lehrveranstaltungen und ihren Forschungsarbeiten immer wieder aktuelle medizinische Themen der Frauengesundheit auf. In den einzelnen Kliniken, die aufgrund ihrer Konzeption auf bestimmte frauenspezifische Thematiken spezialisiert sind, werden eine Vielzahl von entsprechenden Forschungsprojekten durchgeführt.

- Forschungsprojekte zu Aspekten der reproduktiven Gesundheit von Frauen, wozu z.B. die Schwangerschaft, die Geburt oder die ungewollte Kinderlosigkeit gehören, werden aus den Kliniken für Geburtshilfe und Gynäkologie und den Frauenkliniken beider Universitätsklinik initiiert. In der Frauenklinik des Universitätsklinikums Benjamin Franklin existiert seit 2000 ein überregional bedeutendes Endometriosezentrum, das auf der Basis einer Förderung des Deutschen Stifterverbandes eingerichtet werden konnte.
- Die Behandlung von Brustkrebs steht im Fokus der Forschung sowohl der Charité-Klinik für Frauenheilkunde als auch der Frauenklinik am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, wobei für die Optimierung von Therapien Spezialisten anderer Fachgebiete z.B. der Radiologie, der Strahlentherapie und der Onkologie hinzugezogen werden. Außerdem existieren zu diesem Thema verschiedene interdisziplinäre Forschungsprojekte, die sozialpsychologische Aspekte von betroffenen Frauen aufgreifen.
- Am Fachbereich „Humanmedizin“ der Freien Universität werden wissenschaftliche Fragestellungen der Wechseljahre und der Zeit danach umfassend und interdisziplinär behandelt. Besonders hervorzuheben sind die Aktivitäten zum Aufbau einer interdisziplinären klinischen Forschungsgruppe auf dem Gebiet der postmenopausalen Frauengesundheit mit besonderer Berücksichtigung osteologischer Fragestellungen.
- Eine Kardiologin an der Charité ist auf die Erforschung von Unterschieden in Krankheitsverläufen, Diagnose und Therapie von Herzkrankheiten bei Frauen spezialisiert. Auf ihre Initiative gehen eine Vielzahl von drittmittelgeförderten klinischen Forschungsprojekten zurück.

### **Sozialwissenschaftliche Studien**

Aktuelle Besonderheiten und Entwicklungstrends der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Frauen - vor allem mit nationalem und internationalem Bezug - spiegeln sich in den wissenschaftlichen Themenstellungen des Institutes für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin sowie des Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin (Freie Universität Berlin und Humboldt-Universität Berlin) wider.

Darüber hinaus existiert mit dem Berliner Zentrum Public Health (BZPH) ein organisatorischer Rahmen für die interdisziplinäre und interinstitutionelle Koordination der Forschungs- und Lehraktivitäten zur Gesundheitsforschung, die auch der Koordination von wissenschaftlichen Projekten der Frauengesundheit zugute kommt.

Z.B. waren an dem 2001 veröffentlichten Frauengesundheitsbericht in Deutschland in einer Verbundstudie 1999 im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Frauen aus Berlin Wissen-

schafflerinnen der Humboldt-Universität Berlin (Charité) und der Technischen Universität Berlin beteiligt und haben an seiner Erstellung institutionenübergreifend gearbeitet.

Als andere wichtige Arbeitsschwerpunkte wären u.a. Gewalt gegen Frauen, reproduktionsmedizinische, geburtshilfliche und gynäkologische Fragestellungen wie auch Fragen aus der Geschichte der Frauengesundheit zu nennen.

Die Forschungsaktivitäten finden ihren Niederschlag im Postgraduiertenstudiengang „Public Health“, in Lehrveranstaltungen im Regelstudiengang Humanmedizin und jüngst in einer gemeinsamen Initiative des Institutes für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin und der Humboldt-Universität Berlin (Charité) - in Fortsetzung der Internationalen Frauenuniversität -, einen postgradualen Studiengang „Health and society“ International Gender Studies Berlin an der Charité als spezialisiertes Lehrangebot zur Frauengesundheit zu etablieren.

Weiterhin beschäftigt sich an der Freien Universität Berlin der Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie mit seinen Arbeitsbereichen Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung/Geriatrieforschung, Psychologie und Geschichte der Psychologie mit entsprechenden Problemstellungen.

Bedeutende drittmittelgeförderte Beiträge leistet ebenfalls die Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Ihre Beiträge befassen sich insbesondere mit der anwendungsbezogenen Analyse frauenspezifischer Versorgungsangebote.

Ein Fülle von Studien, die im Rahmen des Berliner Zentrums Public Health erarbeitet wurden sind z.B. auf der Internetseite der Technischen Universität Berlin ([www.TU-Berlin.de/bzph](http://www.TU-Berlin.de/bzph)) genannt.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass es für klinische Studien die grundsätzliche Schwierigkeit gibt, dass eine generalisierte und standardisierte Erfassung frauenspezifischer Daten nach den geltenden gesetzlichen Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland – anders als beispielsweise in den USA – nicht vorgesehen ist. In der Vergangenheit ist deshalb entsprechenden Kriterien nur in einzelnen Studien Beachtung geschenkt worden. Mit der Einrichtung einer zentralen Erfassungs- und Beratungsstelle für klinische Studien an der Charité wird dieser Problematik zunehmend Rechnung getragen.

In der Vergangenheit war der Einfluss der Ethikkommissionen auf das Studiendesign, was beispielsweise auch die Beachtung frauenspezifischer Aspekte bei der Datenerhebung betrifft, wegen der Forschungsfreiheit des Studienleiters begrenzt. Die erforderlichen Standards, die im Sinne einer „good clinical practice“ bei Studienvorhaben einzuhalten sind, unterliegen in Deutschland – veranlasst durch internationale Entwicklungen – einer am Anfang stehenden methodischen Diskussion in der Wissenschaftsöffentlichkeit.

Hierzu hat eine Pilotstudie „Gender & Research Ethic Committees“ begonnen, die auf eine Initiative aus den Niederlanden zurückgeht. In dieser Studie sollen die Ethikkommissionen der Charité und der Ärztekammer im Hinblick darauf befragt werden, ob und wie Gender-Aspekte in ihren Begutachtungen aufgenommen werden.

## **Frauenförderung**

Zielgruppenorientierte Maßnahmen der medizinischen Einrichtungen, die zur Förderung und Anwerbung von weiblichem wissenschaftlichen Nachwuchs beitragen, haben in Berlin eine besondere Bedeutung.

Die Nachwuchsförderung in der Charité besitzt ein anerkanntes Gewicht: Um den Frauenanteil unter den Habilitationen zu steigern, hat die Fakultät ein eigenes Habilitationsstipendienprogramm für Frauen ausgeschrieben. Dieses Programm erhielt den Namen „Rahel-Hirsch-Stipendium“ in Würdigung der ersten Professorin der Charité, Rahel Hirsch (1870-1953). Seit 1997 wurden in mehreren Ausschreibungsrunden insgesamt 22 solcher Stipendien vergeben.

Aus dem Berliner Programm zur Förderung von Nachwuchswissenschaftlerinnen, das vom Berliner Senat eingeführt wurde, sind seit 1997 drei C 1 Wissenschaftlerinnen-Stellen an der medizinischen

Fakultät Charité und eine C 1 Wissenschaftlerinnen-Stelle am medizinischen Fachbereich der Freien Universität besetzt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Qualifizierungsverfahren an den Medizinischen Fakultäten oft länger dauern als in anderen Fächern, und dass hier C 1-Stellen eine Laufzeit von bis zu 10 Jahren haben.

Die Berliner Hochschulen haben insgesamt drei Professuren, die im engeren Sinne die Frauengesundheit als wissenschaftlichen Schwerpunkt abdecken. Als wichtiger Schritt wird insbesondere die Entscheidung der medizinischen Einrichtungen gewürdigt, durch Einrichtung zweier auf Frauengesundheit spezialisierter Professorenstellen die Berücksichtigung dieses Forschungsaspekts zu verstärken.

Zu deren Aufgaben gehört neben der Vertretung des bereits vorhandenen Forschungsstandes die Analyse und Auswertung von Studien unter dem Gesichtspunkt geschlechtsspezifischer Differenzen in Krankheitsverlauf und Therapie. Ein weiteres Ziel ist es, dass die Kenntnis über geschlechtsspezifische Zusammenhänge im Kontext des sozialen Umfelds Eingang in die klinische Praxis, die Gesundheitsvorsorge für die Bevölkerung sowie in die medizinische Ausbildung findet:

**a) Freie Universität Berlin, Fachbereich „Humanmedizin“, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Professur für Frauenforschung und Osteologie, Frau Prof. Dr. Dören**

Zielsetzung der neu eingerichteten Stiftungsprofessur ist der Aufbau einer klinisch interdisziplinären Forschungsgruppe, die Forschungsprojekte bei Frauen in Klimakterium und Postmenopause durchführt. Besondere Berücksichtigung werden Fragestellungen finden, die endokrine Veränderungen der Ovarialfunktion im Kontext altersspezifischer Veränderungen untersuchen.

Derzeitige Schwerpunkte sind:

- Forschungsprojekte zu Attributivrisiken von Hormontherapie für verschiedene Karzinome bei Frauen in den Wechseljahren (Kooperation mit dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Prof. Dr. med. Eberhard Greiser)
- Hormonelle und psychosoziale Prognoseindikatoren nach aortocoronarer Bypass-Operation bei Frauen (Kooperation mit Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek, Deutsches Herzzentrum Berlin)
- Aufbau eines internetbasierten Informationssystems für Frauen und Mediziner zum Thema „Womens Health after the menopause“ (EU-Forschungsförderung)

**b) Humboldt-Universität, medizinische Fakultät Charité: Universitätsklinikum Charité – in Kooperation mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin; Professur für frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Frau Prof. Dr. Regitz-Zagrosek - Charité**

Am neuen Lehrstuhl werden zur Zeit frauenspezifische Aspekte nach Herzoperationen, vor und nach Herztransplantation und bei schwerer Herzinsuffizienz erforscht, außerdem widmet man sich der Wirkung von Östrogenen im kardiovaskulären System.

**c) Technische Universität Berlin - C 3 – Professur für Soziologie insbesondere Gesundheitssoziologie, Frau Prof. Dr. Maschewsky-Schneider**

**Vom Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin selbst wird über die dortigen Arbeiten zur Frauengesundheitsforschung berichtet:**

Das Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin ist in das Berliner Zentrum Public Health eingebunden. Frau Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider ist zur Zeit die gewählte Sprecherin des BZPH. Der Schwerpunkt ihrer Forschungstätigkeit liegt im Bereich der Frauengesundheitsforschung. Im einzelnen befassen sich die Mitarbeiterinnen des Instituts im Bereich der Frauengesundheitsforschung mit der Analyse der Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen im Gesund-

heitssystem, den Methoden einer geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung, der Frauengesundheitsberichterstattung und mit den Themen Gewalt gegen Frauen, Frauen und Rauchen sowie Frauengesundheit im Ost-West-Vergleich.

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider und ihre wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen sind zudem in verschiedenen Gremien und Arbeitsgemeinschaften zur Frauengesundheit wie dem Beirat des Niedersächsischen Forschungsverbundes Frauen- und Geschlechterforschung, der Arbeitsgruppe Frauen und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie und dem Berliner Netzwerk Frauen und Gesundheit etc. aktiv tätig.

Am Institut für Gesundheitswissenschaften wurden bzw. werden folgende Projekte zur Frauengesundheitsforschung durchgeführt:

- Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (01.97 – 12.99; im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).
- Gender Bias – Gender Research: Entwicklung und Anwendung von methodologischen Standards zu geschlechtsspezifischer Forschung in Public Health (08.99 – 10.01; im Auftrag des BMBF).
- S.I.G.N.A.L. - Begleitforschung eines Interventionsprojektes zur verbesserten Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen in einer Universitätsklinik (03.00 – 04.03; im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

Ein Forschungsprojekt soll an dieser Stelle exemplarisch vorgestellt werden:

### **S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung eines Interventionsprojektes zur verbesserten Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen in einer Universitätsklinik**

Vier Millionen Frauen werden nach Schätzungen in der Bundesrepublik Deutschland jährlich mit Gewalt und Misshandlungen, ausgeübt von einem aktuellen oder ehemaligen Lebenspartner/ Ehemann, konfrontiert. Im Zuge der Neuen Frauenbewegung entstand eine Vielzahl von Beratungsstellen und Zufluchtseinrichtungen, die den Frauen Unterstützung, Schutz und Beratung anbieten. In jüngerer Zeit konnten auch im rechtlichen Bereich positive Veränderungen erzielt werden. Vergewaltigung in der Ehe wurde als Straftatbestand anerkannt, Teile von Polizei und Justiz erkennen zunehmend die Problematik und sehen Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten. Weitgehend ausgeblendet bleibt die Situation von Frauen mit Gewalterfahrungen bislang jedoch im Bereich der medizinischen Versorgung. Trotz des vorliegenden Wissens um mögliche Auswirkungen der Gewalt auf die Gesundheit von Frauen besteht in diesem Bereich noch kaum Sensibilität.

#### **Das Projekt**

Ein erstes Interventionskonzept mit dem Namen "S.I.G.N.A.L." wurde 1998 für den Bereich der medizinischen Versorgung entwickelt. Beteiligt waren daran Mitarbeiterinnen des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin, ein Frauenberatungs- und Zufluchtsprojekt sowie Vertreter/innen von Bündnis 90 / Die Grünen. Zielgruppen des S.I.G.N.A.L.- Interventionskonzeptes bilden zum einen pflegerische, ärztliche und sonstige Mitarbeiter/innen in der medizinischen Versorgung. Sie sollen durch Fortbildungen qualifiziert und auf ein aktives Umgehen mit der Problematik vorbereitet werden. Zielgruppe sind zum anderen Patientinnen in der medizinischen Versorgung, die von Gewalt betroffen sind. Ihre Versorgungssituation soll verbessert werden, indem Informationen und Unterstützung vermittelt, Symptome und Beschwerden gerichtsverwertbar dokumentiert sowie die Tabuisierung der Problematik durch ein offensives Ansprechen möglicher Gewalterfahrungen durchbrochen wird.

Seit Oktober 1999 wird das S.I.G.N.A.L.- Interventionskonzept erstmals praktisch erprobt. Das Universitätsklinikum Benjamin-Franklin der FU Berlin hat beschlossen, das S.I.G.N.A.L.- Konzept in einem ersten Schritt in der Ersten Hilfe/Aufnahme des Klinikums zu verankern. Mittelfristig sollen weitere Stationen und perspektivisch schließlich alle Stationen einbezogen werden.

#### **Die wissenschaftliche Begleitforschung**

Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.- Interventionskonzeptes am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin, mit dem das Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin beauftragt ist, stehen der Prozess der Umsetzung und Verankerung der Intervention sowie erzielte Wirkungen der entwickelten Interventionsbausteine.

Beantwortet werden sollen unter anderem folgende Fragen:

- Wie gelingt es, pflegerische, ärztliche und sonstige Mitarbeiter/innen für die Problematik zu sensibilisieren und für die Intervention zu qualifizieren?
- Welche Belastungen und welche zusätzlichen Unterstützungsanforderungen entstehen?
- Wie reagieren Frauen, die von Gewalt betroffen sind, auf das neue Unterstützungsangebot und welche Bedürfnisse an Information und Hilfe formulieren sie?
- Welche internen und welche externen Bedingungen bzw. Einflussfaktoren wirken förderlich oder hemmend auf das Interventionsprojekt und seine Umsetzung?
- Gelingt der Aufbau tragfähiger Kooperations- und Vernetzungsstrukturen nach innen wie außen?
- Welche zeitlichen, räumlichen, personellen und finanziellen Ressourcen benötigt das Projekt?
- Und schließlich: Wie wird für eine kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung des Projekts gesorgt?

Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung ist darüber hinaus, erste Daten über den Versorgungsbedarf im Bereich der Ersten Hilfe sowie über Beschwerden und Verletzungen zu gewinnen, mit denen sich von Gewalt betroffene Frauen an die Klinik wenden. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wird derzeit erstmalig in der BRD eine Untersuchung in einer Ersten Hilfe / Aufnahme unter allen Patientinnen (18-60 Jahre) durchgeführt, die das Ausmaß der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen erfassen will. Erfragt wird die Akut-, 12-Monate- und Lebenszeitprävalenz. Darüber hinaus werden Frauen dazu befragt, wem sie sich in der gesundheitlichen Versorgung anvertrauen würden und welche Angebote sie im Kontext von Gewalterfahrung sinnvoll finden.

Die Begleitforschung ist vorrangig als Prozessbegleitung mit hoher Praxis- und Projektorientierung angelegt. Darüber hinaus erfolgen auch Erhebungsschritte zur Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen. Arbeitsplanung und konkrete Erhebungsschritte gehen vom Stand der Projektentwicklung und von den Projekterfordernissen aus. Sie werden in enger Absprache mit dem klinikinternen Trägerkreis des Interventionsprojektes entwickelt und durchgeführt. Erhebungsmethoden orientieren sich am jeweiligen Erkenntnisinteresse. Die Ergebnisse von Arbeits- und Erhebungsschritten der wissenschaftlichen Begleitung werden zeitnah an den klinikinternen Trägerkreis rückvermittelt, um eine sukzessive Weiterentwicklung des Interventionskonzeptes zu gewährleisten.

Die Ergebnisse der dreijährigen Begleitforschung werden abschließend in einem praxisorientierten Handbuch veröffentlicht. Es wird sich insbesondere an Einrichtungen der medizinischen Versorgung richten, die an der Implementierung eines Interventionskonzeptes interessiert sind. Neben Erkenntnissen aus der Begleitung des Interventionsprojektes am Universitätsklinikum Benjamin Franklin werden dabei auch internationale Erfahrungen einbezogen. Insbesondere aus den USA liegt inzwischen eine Vielzahl von Forschungs- und Praxisberichten zu gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt und zu Interventionsprojekten in der medizinischen Versorgung vor.

## **10. Abschließende Betrachtungen**

Mit diesem Bericht ergibt sich für Berlin ein vielschichtiges Bild. Bemerkbar war, dass zwar frauenspezifische Gesundheitsbetrachtungen stärker ins Blickfeld gerückt sind, aber die Notwendigkeit für eine frauenspezifische bzw. geschlechtersensible Forschung, Gesundheitsförderung sowie Versorgung und der Bedarf für präventive und Versorgungsstrukturen noch nicht durchgängig gesehen wird.

Der vorgelegte Bericht zeigt die Schwierigkeiten auf, umfassende klientel- und problemsensible Gesundheitskonzepte zu entwickeln. Dennoch dokumentiert er auch den „Lernprozess“ in vielen Gesundheitsfragen. Die heute selbstverständlich erscheinende Diskussion über zielgenaue Angebote für von Gewalt betroffene Frauen und Mädchen, spezifische Hilfen für Migrantinnen oder über Krankheitsbilder und Störungen, über die in der Öffentlichkeit kaum ein Bewusstsein existiert(e), zeigt die Weiterentwicklung auf. Sensible, klientinnenorientierte Gesundheitskonzepte dürfen nicht starr sein, sondern erfordern eine selbstkritische Betrachtung, ob sie auf die jeweiligen aktuellen Probleme (noch) passen.

Ein notwendiger Schritt wäre eine geschlechts- und nationalitätendifferenzierte Datenerfassung in allen Gesundheitsbereichen. Dies wäre eine gute Ausgangsbasis, um eine geschlechtersensible Aus- und Bewertung konsequent durchführen und etwaige nationalitätenbezogene Abweichungen überhaupt aufspüren zu können.

Insgesamt sollten Umfragen, Statistiken, Fachwissen und Forschung stärker geschlechtsspezifische Faktoren und sich verändernde Lebensgewohnheiten berücksichtigen, um sowohl geschlechtsspezifische Gesundheitsziele als auch zielgenaue Maßnahmen für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Berliner Frauen und Männer entwickeln zu können.

Berlin mit seiner gewachsenen Struktur an Selbsthilfegruppen und -Initiativen verfügt über eine vergleichsweise gute Ausstattung an Anlaufstellen für die verschiedensten gesundheitlichen Probleme. Dennoch ist unübersehbar, dass einige Zielgruppen nur sehr schwer zu erreichen sind und deshalb die Förderung niedrigschwelliger Angebote einen ganz besonderen Stellenwert hat. Dabei geht es nicht nur um die Überwindung einer objektiv vorhandenen Sprachbarriere, sondern auch um Sprachlosigkeit, die aus Gefühlen wie Scham/Peinlichkeit entsteht. Für viele Frauen ist es wichtig, überhaupt zu erfahren, dass sie mit ihrem Problem nicht allein sind. Da der Schritt in die „Öffentlichkeit“, z.B. zu einer Beratungsstelle, Mut und Überwindung voraussetzt, sind unterstützende Maßnahmen im Vorfeld hilfreich. Viele Projekte und Beratungsstellen sind mittlerweile im Internet vertreten.

Eine Bündelung von Informationen zur Frauengesundheit ist mit der Einrichtung eines Internetportals zum Thema Frauengesundheit bereits erfolgt. Das Patienteninformationsnetz ([www.patienteninfo-berlin.de](http://www.patienteninfo-berlin.de)) wird laufend ergänzt und bietet u.a. Informationen zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen (z.B. Schwangerschaft, Brustkrebs), beinhaltet aber auch eine Adresdatenbank.

Frauen sind im Lauf ihres Lebens mit einer Vielzahl unterschiedlicher Rollen und von außen an sie herangetragenem Erwartungen konfrontiert, die ihnen hohe Fachkompetenz abverlangen. Diese Kompetenz, die Frauen über die Vielfalt der Rollen erwerben, in denen sie im Verlauf ihres Lebens für die Gesundheitsfürsorge, Pflege und Versorgung innerhalb der Familie zuständig sind, muss gewürdigt werden.

Sie müssen als kompetente und selbstbestimmte Patientinnen und Expertinnen in eigener Sache ernstgenommen werden. Frauen müssen auch an Entscheidungsprozessen bezüglich ihrer Behandlung (informed consent) beteiligt werden.

### **Was kann in Berlin konkret für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen und Mädchen getan werden?**

Die erneute Durchführung eines Gesundheits- und Sozialsurveys für die Berliner Bevölkerung sollte ein vorrangiges Ziel werden, denn damit könnte die Entwicklung im Vergleich zu 1991 (letzter entsprechender Survey) insbesondere zu Fragen der subjektiven Morbidität, zur (Selbst-)Medikation, zum



Gesundheitsverhalten, zur Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Angeboten sowie zum Zusammenhang von gesundheitlichen und sozialen Aspekten erkannt und ausgewertet werden. Dieser Gesundheits- und Sozialsurvey könnte – analog zum Vorgehen für den Bremer Frauengesundheitsbericht 2001 - sinnvoll ergänzt werden um Fragestellungen an Mädchen und Frauen in verschiedenen Lebensaltern zum subjektiven Gesundheitsempfinden, zu Rahmenbedingungen, die für das eigene Wohlbefinden/die eigene Gesundheit für wichtig gehalten/benötigt werden. Diese Umfrage könnte auch das Thema Medikamentenmissbrauch bzw. Süchte einschließen.

Ein wichtiger Beitrag zu einer strukturellen Verankerung von frauenspezifischer bzw. geschlechtersensibler Gesundheitsförderung in Berlin ist die verlässliche Unterstützung des Netzwerks Frauengesundheit Berlin als Ort gebündelter Fachkompetenz zu Fragen der Frauengesundheitsförderung und Vorsorge. Die Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen sichert gegenwärtig die Geschäftsstelle des Netzwerks mit den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Das Gesundheitswesen muss stärker für das Erkennen der Folgen von sexuellem Missbrauch und Gewalt bei Patientinnen sensibilisiert werden; eine wichtige Maßnahme in diesem Zusammenhang ist die Ausweitung und finanzielle Sicherung des vom Verein S.I.G.N.A.L. durchgeführten Interventionsprogramms gegen Gewalt auf alle Berliner Kliniken und weitere Einrichtungen des Berliner Gesundheitswesens.

Aufgrund der extremen Haushaltssituation ist jedoch eine Finanzierung aus Haushaltsmitteln des Landes Berlin illusorisch. Deshalb werden die Senatsverwaltungen für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz sowie Wirtschaft, Arbeit und Frauen in Zusammenarbeit mit dem Verein S.I.G.N.A.L. nach anderen Finanzierungswegen suchen.

Speziell für Frauen und Mädchen sollten „Anti-Rauch-Kampagnen“ und „Aussteigerprogramme aus der Nikotinsucht“ entwickelt werden; dabei sollte auch die Frage der Gewichtsregulation „über das Rauchen“ besonders thematisiert und Alternativen aufgezeigt werden.

Gesundheitliche Angebote für ausländische Frauen müssen stärker als bisher den kulturellen Kontext berücksichtigen. Dazu gehört auch die entsprechende soziale und interkulturelle Fort- und Weiterbildung des Personals im Gesundheits- und Sozialwesen, aber auch in den Verwaltungen.

Benötigt werden mehr als bisher interkulturell zugeschnittene Angebote zur Versorgung psychisch kranker Frauen. Die beabsichtigte Erarbeitung von Leitlinien für frauengerechte Angebote in der psychiatrischen Versorgung ist ein erster Schritt zur Erfüllung dieser Forderung.

In der jüngeren Vergangenheit sind vielfältige Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige entwickelt worden. Die Wirksamkeit dieser Unterstützungsmaßnahmen soll weiterhin im Blickfeld bleiben: So sollte nach einer angemessenen Erprobungszeit geprüft werden, ob die vorhandenen Angebote ausreichen und zu einer spürbaren Entlastung der pflegenden Frauen führen konnten.

Ein wichtiger Bereich, in dem die Verwaltung entweder selbst oder unterstützend tätig werden kann, ist die Aufbereitung und gezielte Veröffentlichung von Informationen zu einzelnen Frauengesundheitsthemen. Als Schlussfolgerung aus diesem Bericht lassen sich beispielsweise folgende Themen nennen:

- Patientinnenrechte;
- Nutzung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Die Beteiligung ist auch in Berlin viel zu gering, sowohl bei Frauen und erst recht bei Männern.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen als weit unterschätzte Frauenkrankheit.

Verwaltungshandeln muss viel stärker darauf ausgerichtet werden, Zielvorstellungen zu entwickeln und Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen im Rahmen der bestehenden Handlungsmöglichkeiten aktiv mitzugestalten.

Dennoch darf nicht verkannt werden, dass die aufgrund der Haushaltsnotlage des Landes Berlin mehr und mehr eingeschränkten finanziellen Spielräume die Handlungschancen verengen. Deshalb ist es um so wichtiger, nach Möglichkeiten für Verzahnungen von Angeboten zu suchen und Kooperationen von Beratungsstellen und Vernetzungen zwischen verschiedenen Anbietern zu fördern. Die interkultu-

relle Öffnung der Verwaltung wird weiterhin eine wichtige Aufgabe sein. Von vielen Bezirken wird allerdings nach wie vor darauf hingewiesen, dass Sprachmittlerinnen/Sprachmittler und Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetscher fehlen und einzelne Beratungsangebote mangels personeller Ressourcen zu kurz kommen.

Geschlechtersensible Berichterstattungen im gesundheitlichen Kontext können ein wichtiges Steuerungselement sein; es bedarf dafür aber entsprechender finanzieller und personeller Kapazitäten. Für zukünftige Berichte zur Frauengesundheit in Berlin ist es daher dringend geboten, entsprechende Forschungs- und Berichtsaufträge an externe Expertinnen und Experten zu vergeben einschließlich der Bereitstellung entsprechender finanzieller Mittel.