

» Vielleicht haben sie von mir erwartet, daß ich ein anderes Gesundheitsmodell hinzufüge, ein weiteres Leitbild zu jenen, die jetzt unter den Futuristen geläufig sind. Ich verweigere das. Ich weigere mich zu definieren, was Gesundheit, die für andere wünschenswert ist, enthalten sollte. Ich weigere mich, Gesundheit als Ziel zu setzen, das von einer dritten Person gesetzt werden kann. Statt dessen schlage ich vor, daß wir die Lehre von Netzahualcoyotl, dem Prinzipoeten von Cuautla, der Stadt der Blumen, akzeptieren: daß wir die Zerbrechlichkeit unserer Sonne erkennen. «

4/83. Juli/August

DM 6,20

Sexualpädagogik und Familienplanung

Zeitschrift der Pro Familia

» Vielleicht haben sie von mir erwartet, daß ich ein anderes Gesundheitsmodell hinzufüge, ein weiteres Leitbild zu jenen, die jetzt unter den Futuristen geläufig sind. Ich verweigere das. Ich weigere mich zu definieren, was Gesundheit, die für andere wünschenswert ist, enthalten sollte. Ich weigere mich, Gesundheit als Ziel zu setzen, das von einer dritten Person gesetzt werden kann. Statt dessen schlage ich vor, daß wir die Lehre von Netzahualcoyotl, dem Prinzipoeten von Cuautla, der Stadt der Blumen, akzeptieren: daß wir die Zerbrechlichkeit unserer Sonne erkennen. «

Valentina Borremans

» Vielleicht haben sie von mir erwartet, daß ich ein anderes Gesundheitsmodell hinzufüge, ein weiteres Leitbild zu jenen, die jetzt unter den Futuristen geläufig sind. Ich verweigere das. Ich weigere mich zu definieren, was Gesundheit, die für andere wünschenswert ist, enthalten sollte. Ich weigere mich, Gesundheit als Ziel zu setzen, das von einer dritten Person gesetzt werden kann. Statt dessen schlage ich vor, daß wir die Lehre von Netzahualcoyotl, dem Prinzipoeten von Cuautla, der Stadt der Blumen, akzeptieren: daß wir die Zerbrechlichkeit unserer Sonne erkennen. «

Valentina Borremans

» Vielleicht haben sie von mir erwartet, daß ich ein anderes Gesundheitsmodell hinzufüge, ein weiteres Leitbild zu jenen, die jetzt unter den Futuristen geläufig sind. Ich verweigere das. Ich weigere mich zu definieren, was Gesundheit, die für andere wünschenswert ist, enthalten sollte. Ich weigere mich, Gesundheit als Ziel zu setzen, das von einer dritten Person gesetzt werden kann. Statt dessen schlage ich vor, daß wir die Lehre von Netzahualcoyotl, dem Prinzipoeten von Cuautla, der Stadt der Blumen, akzeptieren: daß wir die Zerbrechlichkeit unserer Sonne erkennen. «

Valentina Borremans

Schwerpunktthema: Sexualität und Gesundheitsarbeit

Inhalt

Sexualität und Gesundheitsarbeit	1
Zum Begriff der Gesundheit	2
Drogenabhängige, Drogentherapie und Sexualität	4
Was hat das Waschen der Patienten mit Sexualität zu tun?	6
Medizin und Familienplanung	9
Politische Gynäkologie	11
Fortbildung der Ärzte erforderlich	22
Altwerden und die gemeinsame Entdeckung verborgener Sehnsüchte	23
Keine Sexualität in der Arbeitsmedizin	25
Was ist voller sexueller Genuß?	26
Thesen des DPWV zu Selbsthilfevereinigungen im Gesundheitswesen	27
Literatur zum Schwerpunktthema	28
Buchbesprechungen	29
Leserbriefe	31
Kurz berichtet, Cartoon	32

Pro Familia Information

Kommentar	13
Empfängniskontrolle aus Feld und Wald	13
Familienplanung in den Niederlanden	14
Familienplanung in Griechenland	15
Es kann nur noch besser werden	16
Vom Elend der Arbeitslosigkeit	17
Aus Zeitschriften	19
Eine Diskussion findet nicht statt	20
Ein Jahr Familienplanungszentrum Hamburg	20

Das Zitat auf dem Titel stammt aus dem Buch „Gemeinsam sind wir stärker“ von Ilona Kickbusch und Alf Trojan (siehe Seite 28).

Wozu dieses Schwerpunktthema?

Diese Ausgabe unserer Zeitschrift handelt nicht von Sexualmedizin. Auch nicht in dem Sinne, daß sie sich mit Sexualmedizin im speziellen, mit Sexualwissenschaft(en) im allgemeinen auseinandersetzt. Das soll im nächsten Jahr ein Schwerpunktthema sein.

Sexualität ist keine Krankheit. Das bewahrt aber nicht davor, daß das Gesundheitswesen an der Sexualität krankt. Oft scheint das eher in latenter, gelegentlich auch bewußt versteckter Weise zu geschehen. Man spricht nicht gern darüber, es ist kein Thema, zumindest ist es kein öffentliches Thema.

Auch Elke Thoß, die für die Redaktion die Hauptlast der Vorbereitung dieser Ausgabe getragen hat, weiß von den Schwierigkeiten zu berichten, öffentliche Äußerungen zu Sexualität und Gesundheit hervorzulocken. Wie Institutionen des Gesundheitssystems die Sexualität von Patienten und von Mitarbeitern, von Frauen und Männern sehen, wie sie mit ihr umgehen, das bleibt noch weitgehend unAufgedeckt. Auch in diesem Heft können wir nur Teilgebiete und einige am Rande des Gesundheitssystems angesiedelte Bereiche ein wenig aufhellen: Ausbildung von Krankenpflegerinnen, Einrichtungen oder Drogentherapie, Frauen, die in Gruppen erfahren, mit ihrem Älterwerden umzugehen, Praxis gynäkologische Ausbildung, Familienplanungsberatung.

Das Thema ist also für uns nicht abgeschlossen. Frühere Ausgaben, besonders diejenigen, die den Schwerpunkt auf Beratungsfragen legen (5/1982 und 3/1983), haben schon Wichtiges zu diesem Themenkomplex beigetragen. Weitere Beiträge sind vorgesehen, wenn es demnächst um das Thema Kinderkriegen geht. Die nächste Ausgabe ist ganz der *Pro Familia*-Praxis gewidmet. Hier kann sich am Beispiel zeigen, wie eine Beratungsorganisation, die es thematisch mit Sexualität und Schwangerschaftsregelung zu tun hat, sich konkret mit sexuellen Inhalten befaßt, die von Frauen und Männern verschiedener Altersgruppen in unterschiedlichen Situationen an sie herangetragen werden.

Es ist ein wichtiger Teil fortschrittlicher Gesundheitsarbeit, das Verhältnis des Gesundheitswesens zur Sexualität weiter aufzuklären, damit die sexuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten besser berücksichtigt werden können. Sexualität ist keine Krankheit, aber zum Gesundsein gehört sie dazu.

Jürgen Heinrichs

Impressum

Sexualpädagogik und Familienplanung
Heft 4/83 11. Jahrgang ISSN 0721-1228

Herausgeber: Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V. Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1.

Redaktion: Jürgen Heinrichs (verantwortlich), Gerd J. Holtzmeyer (Koordination und Layout), Rudolf Müller, Inge Nordhoff.

Verlag: Gerd. J. Holtzmeyer, Verlag, Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig, Telefon (0531) 320281

Satz: Ernst Meinecke, 3341 Denkte

Druck: RGG-Druck, Theodor-Heuß-Str. 3, 3300 Braunschweig

Bezugspreis: Im Abonnement DM 6,- pro Heft (Ausland DM 6,50) einschließlich Versandkosten und MwSt. Ein Einzelheft kostet 6,20 DM zuzüglich Versandkosten.

Bezugsbedingungen: Das Abonnement erstreckt sich über ein Kalenderjahr. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn es nicht bis zum 30. September eines jeden Jahres gekündigt wird.

Für Mitglieder der Pro Familia ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Erscheinungsweise: 6 x jährlich (jeweils Anfang Januar, März, Mai, Juli, September und November).

Bestellungen bitten wir unmittelbar an den Verlag zu richten.

Anzeigen an den Verlag. Gültig ist die Anzeigenpreisliste 1983.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Sexualität und Gesundheitsarbeit

1. Eine persönliche Erfahrung

Dieses Schwerpunkttheft hat sich im Verlauf der Vorbereitungsarbeiten ständig verändert. Mit ein wenig Ironie könnte man dieses Heft ein Krisenheft nennen und wäre dann gleich beim Thema: Die Krise der Medizin.

Das erste Konzept sah eine umfassende Analyse der Formen und Inhalte institutioneller Gesundheitsversorgung sowie eine Analyse institutionenkritischer Gesundheitspraxis der Gesundheitsbewegung vor, wobei die Frage geklärt werden sollte, welchen Stellenwert beide „Gesundheitskulturen“ der Sexualität einräumen.

Ein Literatursuchauftrag ergab 150 Computerauszüge mit Hinweisen auf Projekte, Untersuchungen und ähnlichem, insgesamt kaum brauchbar. Die wenigen Fachfrauen und -männer zu diesem Thema sagten häufig gleich wegen Arbeitsüberlastung ab und andere, die mit viel therapeutischer Überzeugungsarbeit bei der Stange gehalten wurden, „flüchteten“ kurz vor Drucklegung.

Mein Dankeschön gilt all denjenigen, die durchgehalten haben oder spontan eingesprungen sind wie Peter C. Hexel, der mir ermöglichte, daß mir bei dem ganzen Unternehmen nicht das Lachen und die Lust verging.

2. Zum Thema

Zunächst hatten wir uns auf das Schwerpunktthema „Sexualität im Gesundheitssystem“ festgelegt. Aufgrund der Schwierigkeiten mit der inhaltlichen Ausgestaltung des Themas wählten wir die Kompromißformel „Sexualität und Gesundheitsarbeit“. Sie schien uns angemessener für die Einordnung vorliegender Berichte experimenteller Gesundheitsarbeit. Somit stellt dieses Schwerpunkttheft eher eine Collage verschiedenster Praxisversuche der Gesundheitsversorgung dar als schon einen systematisch analytischen und gezielt gesundheitspolitischen Einstieg in die Diskussion um die Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

Daß eine Fachorganisation für Sexualberatung und Familienplanung sich dem Thema „Sexualität und Gesundheitsarbeit“ stellt, erscheint folgerichtig, obwohl sie sich bisher weder bewußt als Teil der etablierten Gesundheitsversorgung begriffen noch sich systematisch mit der medizinkritischen Dis-

kussion der letzten zehn Jahre auseinandersetzt hat. Sollten wir mit diesem Heft auch riskieren, in den modischen Sog der Sexualitätsschwerpunktthefte zu geraten (siehe Emma, Courage, Palaver, Konkret), so scheint doch ein Anfang für uns dringend geboten.

3. Umgehensweisen mit dem Thema

Bei der Beschäftigung mit der Literatur und Diskussion zum Thema fällt auf, daß Kritik noch mehr im Entlarven und in der Suche nach Defiziten verhaftet ist, als daß sie bereit wäre, sich auf andere Formen der Gesundheitsarbeit einzulassen. Eine gelungene Ausnahme ist das Buch von Ilona Kickbusch und Alf Trojahn „Gemeinsam sind wir stärker“. Die Konfrontationskritik „Ärzte versus Nichtärzte“, „Apparatemedizin versus natürliche Medizin“, „Pharmaindustrie versus Kräutergarten“ muß in eine Sackgasse führen, weil sie sich weiterhin auf Bestehendes fixiert, die Antizipation von Neuem verhindert und uns verunfähigt, einzelne Veränderungsversuche noch wahrzunehmen.

4. Sexualität und Medizin

Frappierend ist, wie neuerdings das Verhältnis von Medizin und Sexualität „aufgedeckt“ wird und somit der Eindruck entsteht, als wäre man auf etwas wesentlich Neues und Bedeutsames gestoßen. Dieser Verlust an Geschichtsbewußtsein trübt nicht nur den Blick für tatsächlich stattfindende Veränderungen, sondern schwächt die eigene Position in der politischen Auseinandersetzung mit der etablierten Medizin erheblich.

Bereits 1970 hat Volkmar Sigusch eine Analyse des Verhältnisses von Medizin und Sexualität (1) sowohl in ihrem historischen als auch in ihrem aktuellen sozioökonomischen Kontext vorgelegt und nachgewiesen, daß die Medizingeschichte auch immer zugleich eine Geschichte des Kampfes gegen Sexualität war. Diese provokative Analyse hat mit dazu geführt, daß in den letzten Jahren zahlreiche Fortbildungen zum Themenbereich für Mediziner entstanden sind. Daß dies bei weitem noch nicht ausreicht, hat der Deutsche Ärztinnenbund in einer Stellungnahme vom März 1983 erneut bestätigt.

Daß Mediziner auch heute noch Schwierigkeiten mit der Sexualität ihrer Patienten haben, hat Klaus Pacharzina (2) eindringlich

mit seiner Befragung von praktischen Ärzten nachgewiesen. Nach Sigusch hängt das vordergründig auch „mit den berufsspezifischen und selbstgewählten Orten der Relevanz zusammen: Man findet Sexualität oder das, was man dafür hält, in den Ambulanzen, Krankenhäusern, Nervenkliniken, Anstalten, Heimen und Gefängnissen. Das von außen besehen Gestörte mißt dann unverstehens zum Pathognomischen, das Ungestörte wird mit ihm, bewußt oder unbewußt, zutiefst verknüpft.“

Wer Sexualität ständig als Sprechstunden- oder Anstaltssexualität begegnet, wenn sie sich zur Abtreibung, Impotenz, Geschlechtskrankheit oder Sexualdelinquenz hypostasiert, der muß, wenn er nicht mit Anstrengung reflektiert, ein ver-rücktes, entstelles, verschüttetes Bild von Sexualität haben, dem wird Sexualität krank, gefährlich, ekelhaft oder antisozial.“ (3)

Ließe sich das auch strukturell verursachte verrückte Bild von Sexualität bei Medizinern, nicht auch auf jegliche Art *organisierter* Tätigkeit in dem Bereich Sexualität übertragen? Wie sonst könnte man die zunehmende Entstehung gesundheitsorientierter Selbsthilfegruppen und Frauengesundheitszentren erklären?

5. Pro Familia und die Medizin

Ärztinnen und Ärzte gehörten zu den Mitbegründern der *Pro Familia*. Sie haben maßgeblich am Auf- und Ausbau der *Pro Familia* mitgewirkt und bis vor ein paar Jahren stellten sie ausschließlich die Leitung der Beratungsstellen.

Erst mit der Änderung des § 218 StGB entstand die Notwendigkeit der Integration sozialer Berufe in die *Pro Familia*-Arbeit. Beide Berufsgruppen waren auf diese Zusammenarbeit nicht vorbereitet. Ein innerverbandliches Fortbildungsangebot für die Zusammenarbeit von Medizinern und Nichtmedizinern haben wir bis heute nicht entwickelt. Bei der ersten Auseinandersetzung zwischen Medizinern und Nichtmedizinern ging es mehr unbewußt darum, die Rolle, Funktion und Macht der eigenen Berufsgruppe in der Familienplanungsarbeit zu klären. Damals ging es noch nicht um die „Entmedikalisierung“ der Familienplanungsarbeit, denn beide Berufsgruppen traten einmütig für moderne Kontrazeptiva wie die Pille und Spirale ein. Wer Mitte der siebziger Jahre für Methoden der Abstinenz und Barrieremethoden eintrat, also arztun-

abhängige Methoden propagierte, befand sich in einer Außenseiterposition.

Es ist auch nie geklärt worden, daß die Familienplanungsbewegung in ihren Anfängen niemals eine ausschließlich ärztliche Bewegung war und folglich Institutionen der Familienplanung Medizinerorganisationen sein müssen. Organisationen der Familienplanung zu Beginn des 20. Jahrhunderts, insbesondere in den Vereinigten Staaten, waren von Frauenrechtlerinnen, Sozialistinnen und Anarchistinnen getragen, wie Linda Gordon in „Birth Control: A Historical Study“ aufzeigt. Erst das Scheitern oder besser das mangelnde politische Durchsetzungsvermögen der linken Bewegung, der zahlreiche Familienplanungsaktivistinnen

angehörten und ihre zunehmende Zusammenarbeit (z. B. Margaret Sanger) mit Professionellen (Ärzte und Eugeniker), die zwangsläufig ihre eigenen politischen, sozialen und ethischen Vorstellungen in die Familienplanungsarbeit einbrachten, veränderte das Familienplanungskonzept, das damit mehr und mehr zu einem professionalisierten Konzept „bewußter Elternschaft“ wurde, das die Professionellen allmählich unter ihre Kontrolle brachten.

In der *Pro Familia* arbeiteten Mediziner und Nichtmediziner nach der Änderung des § 218 StGB mehr oder weniger erfolgreich zusammen. Unter dem Begriff Team subsummierten sich die einzelnen Berufsgruppen und fühlten sich solange wohl, wie in den ei-

genen Kompetenzbereich nicht eingegriffen wurde. Es „addierten“ sich die Berufsgruppen zu einem Team, aber sie integrierten sich nur in Ausnahmefällen durch Überschreitung ihrer eigenen Berufsgruppengrenzen. Somit konnte auch weiterhin die Bedeutung von Medizin-, Sexual- und Sozialwissenschaften für die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen für eine integrierte Gesundheitsarbeit nicht geklärt werden. Erst durch die Diskussion um die Krise der Medizin, den neuen Erkenntnissen über die gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen moderner Kontrazeptiva, dem Erstarken der Frauen- und Gesundheitsbewegung steht das Thema Medizin und Familienplanungsarbeit für die *Pro Familia* wieder zur Disposition. Es wäre jedoch kurzsichtig,

Zum Begriff der Gesundheit

Die gesundheitspolitische Diskussion in der Bundesrepublik ist in den letzten Jahren in Bewegung geraten. Einen wichtigen Beitrag hierzu haben zweifelsohne die Frauenbewegung und die Gesundheitstage geleistet. Formeln wie „Krise der Medizin“, „Aparatemedizin“, „Entmedikalisierung“ und die gefällige WHO Formel von Gesundheit als physischem, psychischen und sozialem Wohlbefinden sind mittlerweile integraler Bestandteil jeglicher kritischer und auch konservativer gesundheitspolitischer Diskussion geworden. Die Kehrseite der Medaille ist, daß die den Formeln zugrunde liegenden und auch weiterentwickelten Konzeptionen nahezu unbekannt sind. Da auch in diesem Schwerpunktheft viel die Rede von Gesundheit ist, möchten wir im folgenden nochmals auf die wesentlichen gesundheitlichen Konzepte und ihre aktuelle Diskussion eingehen.

1. Gesundheit als soziales Konzept

Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung sind im Rahmen der WHO-Programme im Bezug zur Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation zu betrachten, die neben dem physischen und psychischen insbesondere auch soziales Wohlbefinden einbezieht. Mit dieser 1946 entwickelten Definition versuchte die WHO, nicht nur dem professionellen, kurativen medizinischen System, sondern auch den präventiven Entwürfen die Komplexität gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen vor Augen zu führen. Der Mensch als soziales Wesen – und damit auch die Gesundheit als konstituierender Bereich eines erfüllten Lebens – muß im Rahmen seiner Lebensbedingungen und -vollzüge, die wesentlich von den ökonomischen, ökologischen, sozialen, kulturellen und politischen Verhältnissen geprägt werden, in den Blick genommen werden. Nicht allein die individuelle Seite von Gesundheit, d.h. ihre körperlich-seelische Variante, die

merkmalspezifisch für jedes Individuum bestimbar ist, sondern vor allem auch die sozialen Bedingungen für die Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen sowie deren Gebrauch im Alltag als Ausdruck für soziales Wohl- bzw. Nicht-Wohlbefinden können genauer Aufschluß darüber geben, welchen Gesundheitsstatus bestimmte Bevölkerungsgruppen erreicht haben.

Diese Konzeption ist in den vergangenen 35 Jahren nicht in ihrem vollen Umfang realisiert worden.

Die *soziale Dimension* von Gesundheit, d.h. ihre sozio-strukturellen Bedingungen und die jeweiligen sozialen Ausformungen gesundheitsrelevanten Verhaltens rückten ange-sichts der z.T. negativ bewerteten Bilanz bisheriger Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitszustandes erstmals in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer und -programmatischer Diskussionen. Mit dem Entwurf einer „Globalen Strategie für Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, den die 32. Weltgesundheitsversammlung 1979 in Genf verabschie-

dete, und mit der 1980 vorgestellten Regional-Strategie für Europa der WHO sind erste Ansätze für ein soziales Konzept von Gesundheit vorgelegt worden, das die bisherige Praxis der Gesundheitserziehung und -förderung ergänzt. In dem 1981 verabschiedeten „Regionalprogramm für Gesundheitserziehung und Lebensweisen“ wird schließlich deutlich hervorgehoben, daß die sozio-ökonomischen und -kulturellen Lebensbedingungen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen als strukturierende Größen für die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen aufzufassen seien. Individuelle Entscheidungen bezüglich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen werden in Abhängigkeit zu den gesellschaftlichen Arbeits- und Lebensbedingungen interpretiert. Gesundheit wird als wesentlich sozial beeinflußter Entwicklungsprozeß aufgefaßt, der prinzipiell „utopischen“ Charakter hat, und mit dem dennoch tagtäglich umgegangen wird.

2. Die Lebensweisen-Konzeption von WHO-EURO

In der Regional-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ wird in dem Abschnitt über Lebensweisen darauf hingewiesen, daß mit diesem Konzept sowohl individuelle als auch Gemeinde-orientierte Aspekte der Gesundheitsförderung erfaßt werden sollen. Unter Lebensweisen werden Vorgänge verstanden, die zwischen individuellem Verhalten und seinen sozialen, politischen und kulturellen Bedingungen als intervenierende Variablen angesiedelt sind; „Lebensweisen“ also als mediatisierendes sozialwissenschaftliches Konzept, das die Kluft zwischen Individuum und den allgemeinen gesellschaftlichen Institutionen und Wertesystemen zu füllen vermag. In diesem Sinne sind Lebensweisen sowohl im Hinblick auf ihre individuellen als auch ihre kollektiven Ausprägungen zu be-

die Klärung um die Notwendigkeit von Medizin oder nicht Medizin in der Familienplanungsarbeit, verstanden als ganzheitliche Gesundheitsarbeit, allein den Ärzten anzulasten. Pädagogen, Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenschwestern, Telefonistinnen und Bürokräfte müssen ebenso die Notwendigkeit ihrer Tätigkeit in diesem Bereich klären. Und jede Berufsgruppe wird ein Stück Berufsidentität auf der Strecke lassen müssen.

6. Gesundheitsarbeit: Frauenarbeit

Seit einigen Jahren sind es mehr und mehr wir Frauen, die zunehmend unzufrieden mit der Gesundheitsversorgung sind. Dies äu-

ßert sich insbesondere in der Kritik an der gynäkologischen Praxis, bei Schwangerschaft und Geburt, dem Schwangerschaftsabbruch sowie in der Sexualtherapie. Diese Kritik hat sich konsequenterweise an denen festgemacht, mit denen wir uns direkt auseinandersetzen müssen, wenn wir eine gynäkologische Untersuchung, einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Therapie haben wollen, nämlich am Arzt, Analytiker oder Therapeuten.

Daß wir hier mit der Kritik anfangen müssen, ist unumstritten, nur wenn wir weiterkommen wollen, müssen wir auch auf das Umfeld eingehen, in dem der Arzt und andere männliche „Gesundheitsversorger“ tätig sind. Eine Praxis oder ein Krankenhaus

sind Institutionen, die nicht nur Ärzte beschäftigen. Alle dort Beschäftigten sind mit an unserer Gesundheitsversorgung beteiligt, sind oftmals viel häufiger mit den zu Versorgenden zusammen als die Ärzte.

Die Mehrheit der im Gesundheitswesen tätigen Personen sind Frauen! Es ist lohnenswert, sich diese Tatsache einmal näher anzuschauen. Im Gesundheitswesen arbeiten zur Zeit ungefähr 370.000 Frauen und 210.000 Männer. Auch hier wie in der Sozialarbeit ist Versorgungsarbeit also Frauenarbeit. Besonders deutlich wird dies beim Krankenpflegepersonal. Hier stehen 232.000 Frauen 39.000 Männer gegenüber (4).

Wir sind also an der schlechten wie guten Gesundheitsversorgung mitbeteiligt, haben

stimmen. Darüberhinaus wird mit dem Lebensweisen-Konzept angestrebt, Gesundheitsverhalten als einen Ausschnitt aus dem gesamten Repertoire an Verhaltensmustern zu begreifen; es steht in wechselseitigen Abhängigkeiten zu anderen Werten, Normen und Verhaltensformen und kann nur zu *analytischen Zwecken* von ihnen isoliert werden.

Lebensweisen in industrialisierten Gesellschaften sind entscheidend durch die Aufspaltung des Alltags in Arbeits- und Freizeitbereich bestimmt; sie werden aber auch von sozial-ökologischen Kernzonen alltäglichen Handelns (Arbeitsplatz, Wohnung, Wohnquartier, öffentliches Verkehrssystem, etc.) sowie eher an der Peripherie liegenden Gebieten sozialer Interaktion (Freizeitparks, kulturelle Institutionen, etc.) wesentlich vorstrukturiert; Zugang zu und Verfügung über diese Gebiete wirken auf die Gestaltung im Freizeitbereich – und damit auf die Möglichkeit, belastende Anforderungen innerhalb der Kernzonen produktiv zu kompensieren – ein.

Mit diesem Lebensweisen-Konzept wird ein enger Bezug zwischen Lebensbedingungen, Lebenstätigkeiten und spezifischen, sozial geformten Bewältigungsstrategien hergestellt. Charakteristisch ist das Verknüpfen von individuellen und kollektiven Lebensweisen unter Bezugnahme auf die jeweiligen soziostrukturrellen Lebensbedingungen. Individuelles Verhalten wird verstehbar als im wesentlichen sozial geformtes – was unter anderem den Schluß nahelegt, daß seine Veränderung immer auch in Bezug zu sozialen Veränderungen zu setzen ist.

Die unter Punkt 3 aufgeführten Gedanken zu sogenanntem riskanten Gesundheitsverhalten stellen den Beginn einer neuen Diskussion in der Auseinandersetzung mit den existierenden Konzepten der Gesundheitsversorgung dar.

Die unter Punkt 3 aufgeführten Gedanken zu sogenanntem riskanten Gesundheitsverhalten stellen den Beginn einer neuen Diskussion in der Auseinandersetzung mit den existierenden Konzepten der Gesundheitsversorgung dar.

3. Risikoverhalten – eine spezielle Bewältigungsform

Gesundheitsriskantes Verhalten ist nach dem Lebensweisen-Konzept eingebettet in das gesamte Verhaltensspektrum einer Person. Risikoverhalten stellt einen Ausschnitt aus der Lebenweise einer Person dar. Es erhält seine Bedeutung und Funktion im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen und Lebensvollzügen, d.h. es ist sozial und kulturell und in Relation zur jeweiligen Referentengruppe oder „peer group“ geprägt.

Risikoverhalten ist als Verhalten zu definieren, mit dem konfligierende Erwartungen/Interessen zwischen Erscheinungsmerkmalen der sozialen Struktur und dem Individuum bzw. Konflikte innerhalb des Individuums *komplementär ausgespielt* werden. Das Risiko wird dabei *subjektiv* definiert nach dem ungefähr kalkulierbaren persönlichen Nutzen, nicht unbedingt nach dem Maß an sozialer Anerkennung bzw. Sanktion, das es nach sich ziehen könnte. Ziel des Risikoverhaltens ist nicht allein die Bewältigung der als konfliktthaft interpretierten Erwartungen/Interessen bzw. sozialen Situationen, sondern auch die subjektiv so definierte Wiederherstellung psychischer und körperlicher Dispositionen, um diesen Konfliktsituationen erneut (erfolgreich?) gegenüberzutreten zu können.

Gefühle subjektiver Ohnmacht hinsichtlich der sozialen Lebensverhältnisse und ihrer Veränderbarkeit entwickeln sich in zunehmendem Maße. In solchen Situationen subjektiv interpretierter Einflußlosigkeit stellt der zeitweilige Rückzug aus der Realität ein individuell funktionales Verhalten dar; eine spezifische Bewältigungsform also, mit der das Individuum die auf es einströmenden sozialen Konflikte kompensatorisch ausgespielt, indem es z.B. zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen greift. Da in der mitteleuropäischen Kultur Rauchen, Alkoholkonsum, Medikamentengebrauch in solchen Situationen durchaus sozial akzeptiert sind, seitens der Werbung sogar als hilfreich angepriesen werden, stellt Risikoverhalten auch auf der sozialen Ebene eine gebilligte „Konfliktlösungsstrategie“ dar. Was an gesundheitsschädigenden Langzeitwirkungen damit verbunden ist, braucht kurzfristig (nämlich in der jeweiligen Konflikt-Situation) nicht bedacht zu werden. Das *situative Moment* riskanten Verhaltens ist wesentlich für sein Verständnis. Im subjektiv kalkulierten Nutzen spielt es die Hauptrolle. Der Hinweis darauf, durch Risikoverhalten langfristige Gesundheitsschädigungen in Kauf nehmen zu müssen, bleibt für das Individuum in der konkreten Situation solange ohne Bedeutung, bis es andere Formen der Konfliktbewältigung verhaltensmäßig nicht erkennen und realisieren kann. Es auf der Ebene gesundheitsriskanten Verhaltens anzusprechen, d.h. präventiv gegen Rauchen, Alkoholkonsum, etc. vorzugehen, ohne die soziale Eingebundenheit dieser Bewältigungsformen in Rechnung zu stellen, überfrachtet das Individuum mit der alleinigen Verantwortung für seine jeweiligen Handlungsweisen – eine liberale Strategie, die den soziostrukturrellen Kontext aus dem Blick verliert.

* Mit freundlicher Genehmigung des Europäischen Zentrums, Wien, sind die hier aufgeführten gesundheitlichen Konzepte dem eurosocial report no. 22 über Jugend, Alltag und Gesundheit (siehe auch Literatur zum Schwerpunktthema) entnommen und von uns noch einmal gekürzt worden.

auch unsere eigenen Behinderungen in diesem Feld mitgeschaffen wie zum Beispiel Entstehung und Entwicklung des Krankenschwesternberufs zeigt. Bereits um die Jahrhundertwende haben Frauen in diesem Beruf eine Professionalisierung und Hierarchisierung forciert und damit Grundlagen für ihre bis heute noch gültige Spaltung in dieser Arbeit gelegt (5).

Unsere zahlenmäßige Überlegenheit bedeutet natürlich noch nicht automatisch Entscheidungskompetenz in einem Bereich, den wir für uns mitverändern wollen. Dennoch scheint es mir hilfreich und ermutigend zugleich, zu sehen, wie viele wir im Gesundheitssektor sind und was wir *gemeinsam* tun und an Stärke haben könnten.

Deprimierender sieht es in den Gesundheitsberufen aus, die in der Hierarchie dieser Berufe „ganz oben“ stehen: die Ärzte. Es gibt ungefähr 112.000 Ärzte und nur 32.000 Ärztinnen in der Bundesrepublik. In der Gynäkologie sind es um die 6.500 Ärzte und nur 1.200 Ärztinnen. Zahlenmäßig fast gleich stark mit den Männern sind wir nur in der Kinderheilkunde.

Wir sind also in den Pflegehilfsberufen stark vertreten und in der ärztlichen Tätigkeit dort, wo die Arbeit „angenehmer“ erscheint. Warum gibt es so wenig Ärztinnen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen?

Dennoch: Die Beiträge zum Schwerpunktthema in diesem Heft sind von Frauen geschrieben. Die von ihnen beschriebene eigene Gesundheitsarbeit bewegt sich im Tentativ-gedanklichen, im Einzelkämpferischen, als Gruppenarbeit oder in Form organisierter Auseinandersetzung mit den etablierten Institutionen der Gesundheitsversorgung. Es ist gerade diese Breite von suchenden Ideen und Handeln und nicht die Erfüllung einer fixierten Zielvorstellung Gesundheit, die neue Perspektiven der Gesundheitsarbeit auftun wird.

Elke Thoß

(1) Volkmar Sigusch: Medizin und Sexualität. Sieben Thesen zur kritischen Reflexion ihres Verhältnisses. Die Medizinische Welt 21 (N.F.), 2159-2170, 1970.

(2) Klaus Pacharzina: Moralwächter im weißen Kittel. Achenbach Verlag, Lollar 1978.

(3) Siehe (1)

(4) Vgl.: Berufe des Gesundheitswesens. 1981, Hrsg.: Statistisches Bundesamt. Lt. „Erläuterung zur Statistik“ sind die angegebenen Daten nicht vollständig.

(5) Vgl. Women and the health System. HEALTH/PAC. No. 40 April 1972. New York: Health Policy Advisory Center, 1972.

Drogenabhängigkeit, Drogentherapie und Sexualität

Dieser Beitrag ist ein Auszug aus einer Diplomarbeit zum Thema „Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und Sexualität: Thematisierung von Sexualität in Therapieeinrichtungen für Heroinabhängige“.

Zu Beginn haben wir rein hypothetisch einen solchen Zusammenhang angenommen und gingen ferner davon aus, das Sexualität in Therapieeinrichtungen nicht ausreichend thematisiert wird. Aus Mangel an verfügbarer Fachliteratur beziehen wir uns in unserer Arbeit auf unsere eigenen Interviews mit ehemaligen Abhängigen und mit therapeutischen Einrichtungen. Die Zahl der Interviews ist jedoch zu gering, um Repräsentativität beanspruchen zu können.

Barbara Simon
Petra Spoden

Zunächst stellt sich die Frage, ob und inwieviel sich Heroinsucht verändernd auf sexuelles Erleben und Verhalten auswirkt. Hierzu einige Auszüge aus Interviews mit ehemaligen Abhängigen:

„Ich konnte zwar auch schmusen, wenn ich zu war, aber es fehlte an echtem Gefühl. Wenn ich mir einen Druck gesetzt hatte, fühlte ich mich wie bei einem Acht-Stunden-Dauerorgasmus und hatte keine große Lust auf eine Frau, weil ich durch die Droge schon so ein gutes Gefühl hatte, es konnte gar nicht besser werden.“ – „Ich konnte unter Alkohol und Shit meine sexuelle Hemmschwelle überwinden und meine sexuellen Phantasien ausleben. Bei anderen Drogen war ich so zu, daß sowieso nichts mehr ging. Außerdem war es auch meistens so, daß man abends vom Stoffbesorgen nach Hause kam und so zu war, daß man höchstens noch auf eine Streicheleinheit Lust hatte. Geschlechtsverkehr war völlig gefühllos, es war eine Funktion, die ausgeübt wurde. Ich war völlig abgestumpft.“ – „Wenn ich zuviele Drogen nahm, ging nichts mehr, aber bei wenig war ich geil und erlebte alles intensiver. Am Anfang mit Heroin war ich ein richtiger Sexprotz, doch im Laufe der Abhängigkeit war der körperliche Abbau zu

stark.“ – „Neue Beziehungen bin ich nur unter Drogeneinfluß eingegangen, ich brauchte sie, um die Angstschwelle abzubauen, Kontakt Schwierigkeiten zu überwinden, die Drogen ermöglichen mir sexuelle Kontakte zu haben. Ich wollte meine Ängste betäuben, um so zu sein, wie sie es wollten.“

Von den Gesprächspartnern wurde besonders hervorgehoben:

- Je nach Art und Dosis der Droge steigert sich das sexuelle Verlangen, wobei die stimulierende Wirkung von Opiaten mit der Zeit abnimmt und sich die sexuelle Lust verringert.
- Sexuelle Probleme als eine Motivation zum Drogenkonsum können eine Rolle spielen.
- Durch die angstlösende Wirkung kann Sexualität freier erlebt und gelebt werden.
- Durch den oft bestehenden Zwang zur Prostitution wird Sexualität oft funktionalisiert, schönes Erleben nicht mehr möglich.
- Drogenrausch kann sexuellen Rausch ersetzen.

Werden nach dem Absetzen der Droge erneut Veränderungen der Sexualität erfahren?

„Direkt nach dem Entzug wollte ich niemanden an mich heranlassen, reagierte allergisch auf Umarmungen, verkrampfte mich. Erst im Laufe der Therapie kam mir das Bedürfnis, wieder einen Körper zu spüren, mit einer Frau zu schlafen. Meine Beziehung heute ist zärtlich und gefühlvoll.“ – „Nach dem Entzug war die Wiederentdeckung der Sexualität positiv. Erst habe ich zwar immer noch hauptsächlich auf meine eigene Befriedigung geachtet, aber ich kann heute wirklich körperlich lieben und auf die Bedürfnisse der Frau Rücksicht nehmen.“ – „Ich wollte nichts mehr an meine Haut lassen. Nach den ersten Wochen kam ein Gefühl wie in der Pubertät auf, mit den gleichen Phantasien, den gleichen körperlichen und emotionalen Regungen, ein Nachholbedarf war da.“ – „Das ganze Verhalten, was ich mit der Drogen gelernt hatte, mußte ich vergessen. Nach dem Absetzen der Drogen habe ich acht Monate keine Männerbeziehungen mehr aufgenommen. Ich wollte den zeitlichen Abstand und habe dann Sexualität bewußt durchlebt. Jetzt habe ich ein gutes Gefühl zu mir, daß ich mir wichtig bin, meine Bedürfnisse sehe, lerne sie zu formulieren.“

Sexualität in Therapieeinrichtungen

Einige Aussagen von Ehemaligen, wie sie den Umgang mit Sexualität während ihrer Therapiezeit erlebt haben:

„Nach der dreimonatigen sexuellen Kontaktsperrre war es theoretisch erlaubt, sexuelle Beziehungen aufzunehmen, aber in der Praxis wurde dies unterbunden. Miteinander schlafen lief geheim und versteckt ab, weil wir auch keine Einzelzimmer hatten. Das Thema Sexualität wurde nur dann angesprochen, wenn sich Beziehungen fanden, dann wurde es aufgebauscht und überproblematisiert, ansonsten ausgeklammert.“ – „Nach drei Monaten Kontaktsperrre konnte man eine Beziehung aufnehmen, aber erst nach sechs Monaten schlafen, um zu sehen, ob es nur um's Bumsen gehe. Sexualität war bei uns ziemlich funktionalisiert und nicht auf das Erleben ausgerichtet. Angesprochen wurde das Thema meistens nur aus der Gruppe, weniger vom Team.“

„Am Anfang besteht eine dreimonatige sexuelle Kontaktsperrre. Es ist auf verschiedene Art und Weise versucht worden, Sexualität mit in die Therapie einzubeziehen, Schwierigkeiten aufzudecken und darüber hinaus zu Schlüsselergebnissen zu kommen. Die Partnerschaft muß beim Therapeuten thematisiert werden und wird überprüft.“

Vertreter der Therapieeinrichtungen sagten uns dazu beispielsweise folgendes:

„Die ersten drei Monate unterstehen einer sexuellen Kontaktsperrre. Wenn sich Beziehungen bilden, legen wir Wert darauf, daß Beziehungsverhalten und Sexualität offengelegt werden, um alte Muster, die Ausnutzung von Frau oder Bums-Beziehungen aufzuknacken, um so die Möglichkeit zu einer Veränderung zu schaffen. Es gibt bei uns eine Männer- und eine Frauengruppe, die spezifische Themen aufgreifen. Sexualität ist zwar nicht verboten, aber sie wird auch nicht gefördert, etwa in Form von Bereitstellung von Zimmern.“

„Beziehungen unter Klienten werden nicht verboten, aber auch nicht gefördert. Eine Aufnahme von Pärchen ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen.“

„Beziehungen sind offiziell verboten, werden aber von Anfang an geduldet. Es besteht die Einschränkung, daß sich Pärchen tagsüber ab acht Uhr nicht gemeinsam in den Zimmern aufhalten dürfen. Beziehungen werden von Anfang an problematisiert, und in Einzelfällen wird geraten, sich nicht auf Beziehungen einzulassen, wenn diese gestört sind, oder eine Frau von vielen Männern umschwärmt und als Frau zum Bumsen angesehen wird. Beziehungen sollen nach eigenen Vorstellungen aufgebaut werden, für das Ausleben der Sexualität sind sie selbst verantwortlich. Um Schwangerschaften vorzubeugen, wird den Frauen gesagt, daß sie sich beim Hausarzt die Pille besorgen sollen. Tritt trotzdem eine Schwangerschaft ein, muß entweder eine Abtreibung vorgenommen werden, oder die Frau muß gehen.“

„Während des ganzen Jahres des Therapieaufenthaltes dürfen die Klienten nicht miteinander schlafen. Sie können onanieren und eben eine andere Form von Sexualität mit Erotik und Zärtlichkeit leben. Wir sagen den Klienten, daß sie ihre Beziehungen geschwisterlich organisieren sollen, denn wir glauben nicht, daß wir all die Defizite im sexuellen Bereich mit auffangen können, obwohl wir eine positive Einstellung zur Sexualität haben. Es ist schwieriger, Sensualität zu entwickeln als Sexualität. Durch Gespräche mit Klienten und Ehemaligen habe ich nicht den Eindruck, daß das Verbot der Genital-Sexualität sexuelles Erleben reduziert, sondern sich Ängste abbauen und sich Sexualität positiv entwickeln kann, auch mehr an Attraktivität gewinnt als verliert. Für uns ist es wichtig, daß jeder Klient erst einmal eine eigene Identität findet, bevor er sich auf eine Partnerschaft einläßt. Wir wissen, daß eine Therapie, die das Thema Sexualität ausblendet, nur sehr kurzfristige Erfolge haben könnte.“

„Im Hause befürworte ich eine dreimonatige sexuelle Kontaktsperrre, insbesondere für Frauen, die aus dem Knast oder vom Strich kommen und Sexualität und Beziehungen als ein Mittel ansehen könnten, der Therapie zu entgleiten. Im Haus sollte auf jeden Fall Wert gelegt werden auf getrennte Sanitärbereiche, um Respekt voreinander im Intimbereich für Klienten und Klientinnen zu schaffen, den sie oft während der Drogenkarriere verloren haben. Wenn zwei eine Beziehung auf-

*Opium, du schöne Gabe,
nimmst mir Gut,
nimmst mir Habe,
nimmst mir meinen Bauernhof,
stiehst mir's Bett, in dem ich poof,
machst mich mager an den Rippen,
nimmst mir Geschmack an Frauertitten,
läßt verfaulen mein Gebiß,
gibst mir nur den gelben Schiß,
frißt mir weg den letzten Schmalz,
schenkst mir nur Eiter an Kopf und Hals,
oh Opium, oh Opium,
seh nicht weg, dreh dich nicht um!*

*Du bist so herrlich anzusehn,
so dunkel, klebrig weich, zu schön,
wenn ich dich koch, schwarz und stark,
wenn du mich keckst im Knochenmark,
beschaffst mir Schweiß und Schmerz
im Magen,
nimmst mir den Trieb und alle Fragen,
bist mir mal Trost, oh schöne Qual,
machst meinen Stuhlgang hart wie Stahl,
schaffst mich labil und kriminell,
häßlich, dreckig, schnell so schnell,
zerstörst den Vorsatz aller Plane,
ich werd zum Wolf, werd zur Hyäne,
oh Opium, ich hoff du nimmst es mir nicht
krumm,
was ich geschrieben habe,
Opium, du schöne Gabe.*

(Ein Drogenabhängiger)

bauen, wird der Wohnbereich nicht unbedingt rigide gehandhabt.“

„Das Thema Sexualität ist wichtig und deren Aufbereitung ist mitentscheidend für den Therapieerfolg. Fast alle Klienten kommen mit Beziehungsproblemen und -störungen in die Therapie. Man muß also damit arbeiten und zumindest eine bessere Grundlage für künftige Beziehungen vorbereiten. Wir betonen die Gruppenarbeit und fördern nicht die Paarbildung. Wo sie sich dennoch ergibt, muß das betroffene Paar bereit sein, sich in der Gruppe mit ihrer Beziehung auseinander zu setzen. Es geht dabei nicht darum, diese kaputtzumachen, sondern ein Verstecken in der Paarbeziehung zu vermeiden und irrationale Beziehungsansprüche möglichst zu verhindern. Zu Beginn der Therapie lehnen wir das Flüchten in sexuelle Beziehungen ab, da sonst kein therapeutischer Prozeß beim Individuum reifen kann. Erst einmal zu sich selber finden, Rollenvorstellungen überprüfen, in die Gemeinschaft hineinwachsen, mit sich selber klarkommen. Das ideologische Konzept der Familie wird in manchen Häusern auch auf die Sexualität ausgedehnt: In seiner Familie hat man schließlich mit Bruder und Schwester im Prinzip auch keinen Sex. Aber die vorgenannten Gründe sind wesentlicher.“

Ergebnisse und Fragen

In den befragten Therapieeinrichtungen wird also überwiegend eine dreimonatige sexuelle Kontaktsperrre befürwortet. Für uns sind dazu viele Fragen offengeblieben. Wir möchten sie stellen in der Hoffnung,

auch in betroffenen Einrichtungen vielleicht eine erneute Diskussion zu diesem Thema anregen zu können. In keiner der Einrichtungen sind uns Ansätze für ein sexualpädagogisches Konzept begegnet.

Weshalb ist das so? Ist dafür kein Interesse vorhanden? Sind die Unsicherheiten der Mitarbeiter gegenüber dem Bereich Sexualität zu groß? Könnte eine spezielle Thematisierung eine Überforderung bedeuten?

Vielleicht neigen auch die Einrichtungen dazu, eigenverantwortliches Handeln im Bereich Sexualität den Klienten abzusprechen, da sie in den ersten drei Monaten für den Klienten entscheiden, was richtig ist. Ist diese dreimonatige Kontaktsperrre nur ein Schutz und ein Schonraum für die Klienten und Klientinnen oder sollen nicht auch die Mitarbeiter vor den vielfältigen Problemen der Klientinnen und Klienten in der Anfangsphase geschützt werden?

Die Drogenabhängigen sollen nach Möglichkeit auch andere Formen der Sexualität zu entwickeln lernen und damit einen erweiterten Sexualitätsbegriff gewinnen. Sexualität ist nicht nur mehr Genitalverkehr, sondern auch Zärtlichkeit, Sensibilität für einander. Wird aber eine solche Entwicklung durch ein Verbot gefördert?

Bei den zweifellos bestehenden Zusammenhängen zwischen Drogenkonsum und Sexualität stellt sich die Frage nach prägenden Erfahrungen. Ist es das Erleben durch die Drogen selbst, oder eher der Umgang auf der Drogenszene, wodurch die Sexualität positiv oder negativ beeinflusst wird? Auch diese Fragestellung ist uns in keiner der Einrichtungen begegnet.

Es ist uns klar geworden, daß Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und Sexualität bestehen, und es hat sich gezeigt, daß Sexualität in Therapieeinrichtungen immer noch teilweise tabuisiert wird und es keineswegs leicht fällt, über Sexualität zu sprechen. Wir glauben nicht, daß es ein Patentrezept für die Entwicklung einer positiven Sexualität gibt. Es wäre wünschenswert, das Thema Sexualität offener zu behandeln, dabei auch gesellschaftliche Zusammenhänge nicht außer acht zu lassen, nicht zuletzt auch deswegen, um einem Rückfall, der durch sexuelle Probleme bedingt sein könnte, vorzubeugen.

Barbara Simon, 23 Jahre, Studium der Sozialarbeit an der Fachhochschule Köln, zur Zeit im Anerkennungsjahr.

Petra Spoden, 27 Jahre, Religionspädagogin, Zusatzstudium zur Sozialarbeit an der Fachhochschule Köln, zur Zeit leider arbeitslos, auf der Suche nach einer Anerkennungsstelle.

Was hat das Waschen der Patienten mit Sexualität zu tun?

Melitta Walter

Seit mehr als drei Jahren unterrichte ich Krankenpflegeschülerinnen über Fragen der Familienplanung und Sexualität im Rahmen des Fachs Gesundheitserziehung. Oftmals wollte ich diese Arbeit aufgeben, weil ich sie als so schwierig und wenig ergebnisreich empfand.

„Familienplanung? §218? Was haben die denn mit unserem Berufs zu tun? Das ist doch Privatsache, gehört nicht in den Unterricht!“ Diese Schüler-Aussagen sind mir immer wieder im Unterricht begegnet.

In der Tat gehören diese Themen offiziell nicht in den Gesundheitsunterricht. Da sind sowieso nur 24 Stunden im Fach Gynäkologie angesetzt. Und diese sind ausgefüllt mit Anatomie, Physiologie, Erkrankungen, Geburtshilfe. Vier Stunden stehen der sachlichen Wissensvermittlung von Geschlechtskrankheiten zur Verfügung.

Der § 218 StGB ist keine Pflicht, ob die Auszubildenden darüber informiert werden, hängt vom unterrichtenden Arzt oder den Schulschwestern ab. Selbst das gewillte Lehrpersonal fühlt sich häufig überfordert, nicht informiert genug, im Bereich Gesundheitserziehung über Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch zu reden.

Diesen Gegebenheiten habe ich es zu verdanken, daß einige Berliner Krankenhäuser mich im Bereich Gesundheitserziehung 4 Std. pro Kurs im 3. Semester seit 3 Jahren mit Erleichterung in Anspruch nehmen. Anfänglich war für mich dieser Unterricht

gleichbedeutend wie bei anderen Gruppen Auszubildender. Mir ging es darum, Verhütungsmöglichkeiten und die gesetzlichen Grundlagen vom § 218 vorzustellen und über die Arbeit der *Pro Familia* zu berichten.

Im Laufe der Zeit verwandelten sich die Schwerpunkte, denn bei den Schwesternschülerinnen stieß ich auf ein Ausmaß an Desinteresse und Verschlossenheit, daß ich überlegte, diese Tätigkeit aufzugeben. Waren meine Erwartungen zu hoch? Warum sind Erzieherinnen in der Ausbildung offener, interessierter?

Ich kam glücklicherweise mit den Schulschwestern gut klar und konnte nach dem Unterricht mit ihnen reden. Da stellte sich heraus, daß sie die gleichen Probleme im Unterricht haben. Sachliche Wissensvermittlung wird ernstgenommen, sprechen die Schulschwestern aber Emotionalität an, werden sie nicht mehr als Autoritätsperson akzeptiert.

Was sind das für Jugendliche, die den Pflegeberuf erlernen? Zum überwiegenden Teil nicht, wie ich vermutet hatte, Personen, die aus der Motivation „„helfen, pflegen zu wollen“, den Beruf erlernen. Die meisten haben sich in verschiedenen Berufen beworben und diese Ausbildung begonnen, weil sie einen Job und sicheres Einkommen wollen. Dagegen ist nichts einzuwenden, jeder will Geld verdienen.

Aber nun sind sie in dieser Ausbildung, einer Tätigkeit in der Gesundheitsversorgung. Ich veränderte den Unterricht, legte

die Schwerpunkte auf ihre Arbeit am Krankenbett.

Als mich die Anfrage erreichte, etwas über diese Arbeit mit zukünftigen Krankenpflegerinnen zu schreiben, löste der Hinweis, daß im Gesundheitsbereich vorwiegend Frauen arbeiten und daß nicht nur professionelle Männer, sondern auch professionelle Frauen eine erhebliche Mitverantwortung an der unbefriedigenden Gesundheitsversorgung haben, Erstaunen und eine Flut von Überlegungen aus, die ich als niederschmetternd empfinde und die zu wenig Hoffnung Anlaß geben.

Bevor ich weiter über meine konkrete Arbeit schreiben werde, will ich auf diese Überlegungen eingehen, denn sie begründen auch, warum ich diesen Unterricht weitermachen will.

Krankenhäuser sind Orte, an denen viele Personen Gesundheitsversorgung ausüben. Die Mehrheit dieser Personen sind Frauen! Grundsätzlich ist hier ein Machtpotential vorhanden, das die Gesundheitspolitik mitbestimmen und die praktische Gesundheitsarbeit verändern könnte.

Warum machen sich die Krankenschwestern nicht stark für eine Humanisierung ihrer Arbeit, für eine Humanisierung des Umgangs mit den Patienten? Wie sehen Schwestern selbst ihre Macht?

Ich will das Problem an Hand eines Bereiches, den ich durch diese Arbeit erlebe, aufzeigen.

Während meiner *Pro Familia*-Tätigkeit und auch privat berichteten Frauen, die zum Schwangerschaftsabbruch im Krankenhaus lagen, häufig: „Das Bedrückendste an meiner Situation war der moralische, mißbilligende Umgangston der Krankenschwestern.“ Sie fühlten sich durch Arroganz und Demütigung bestraft.

Warum herrscht gerade auf Gynäkologischen Stationen, wo Frauen Frauen pflegen, dieser Ton? Müßten nicht die Krankenschwestern diese Krankheiten und Leiden am besten nachvollziehen können?

Warum sind Krankenschwestern nicht an die Öffentlichkeit getreten, als in Krankenhäusern Prostagladine in Versuchsreihen gespritzt wurden, ohne daß die betroffenen Frauen darüber informiert worden sind? Das Pflegepersonal hat die unnötigen Schmerzen der Patientinnen erlebt, aber, statt wenigstens darauf vorzubereiten, die Spritze als „Beruhigungsspritze“ dargestellt.

Woher kommt die absolute Trennung zwischen Privatperson und Berufsperson? Die

meisten Schwestern, die auf gynäkologischen Stationen gearbeitet haben, würden zum Schwangerschaftsabbruch nicht ins Krankenhaus gehen. Als Patientinnen würden viele von ihnen Aufklärung über die ihnen verordneten Medikamente erwarten.

Schwestern, auch ältere, die ich daraufhin anspreche, reagieren mit Erstaunen auf diese Fragen.

Sie erleben sich als machtlose Individuen, erzählen vom Konkurrenzkampf unter Kolleginnen. Besonders Schwestern, die Anweisungen hinterfragen, sind unbeliebt, die anderen haben Angst vor deren Kritik. Viele Schwestern fühlen sich nicht informiert genug, nicht klug genug: „Ich kann bei der Sprache der Ärzte sowieso nicht mitreden. Der Arzt wird schon wissen, was er tut, er hat ja schließlich studiert.“

Die Macht von oben (Ärzte, Oberin, Stationsschwester) wird zum Teil als bedrückend, aber gegeben hingenommen, die eigene Macht den Patienten gegenüber verniedlicht oder organisatorisch begründet.

Ein Kreislauf, aus dem es kein Ausbrechen zu geben scheint: Anpassung, Konkurrenz, Übernahme von Vorurteilen, um nicht Außenseiter zu sein, Autoritätshörigkeit und Minderwertigkeitsgefühle.

Zitat einer Schulschwester: „Da versuche ich 3 Jahre lang, den Schülerinnen die humanen Anteile der Arbeit darzustellen. Einige sind während der Ausbildung auch kritisch und viele leiden unter der Macht der älteren Schwestern, aber spätestens nach einem Jahr auf Station sind sie eingemeindet oder gehen weg. Die Fluktuation auf den Stationen ist extrem hoch.“

Meine Frage, ob auf gynäkologische Stationen über Schwangerschaftsabbrüche diskutiert wird, ob ein Austausch über Gefühle stattfindet, wird belächelt. Darüber wird nicht geredet, heißt es. Aber natürlich wird darüber geredet, nur ist der Inhalt alles andere als mitfühlend, verständnisvoll.

Ich meine, wenn es eine Chance gibt, dies zu verändern, sind Supervisionen, in der Dienstzeit liegend, notwendig.

Immer wieder staune ich über die Tabuisierung von Sexualität als Thema im Krankenhaus.

Für mich ist der Kampf für das Recht der Frau abzutreiben immer mehr auch der Kampf gegen Vorurteile des Pflegepersonals. Das Recht auf Abbruch muß auch das Recht auf humane Betreuung einschließen. Bei einem stationär durchgeführten Abbruch bestimmen Krankenschwestern die

Atmosphäre. Wütend macht mich, daß das Pflegepersonal so wenig darüber nachdenkt.

Gibt es Sexualität im Krankenhaus?

Nein, lautet die häufigste Antwort der Schwestern.

Sehr wohl gibt es täglichen Körperkontakt zu Patienten. Morgendliches, abendliches Waschen hilfloser Personen; Männer und Frauen, junge, alte, als schön oder häßlich empfundene Körper. „Ja, aber,“ wird dann erwidert, „das ist doch rein mechanisch, hat nichts mit Emotionen zu tun.“

Die Devise lautet: So unpersönlich als möglich, damit der Patient keine Wünsche entwickelt. Wünsche, welcher Art?

Seit einiger Zeit thematisiere ich diese Fragen im Schwesternunterricht.

„Wie gehen Sie um mit Ihnen attraktiv erscheinenden Patienten, wenn Sie diese waschen müssen?“

Immer wieder staune ich, wieviele Bilder, Phantasien, Spannung, peinliches Lachen und Erinnerungen im Raum sich breit machen. Nach einer erregten Diskussion meinte eine Schülerin: „Wenn ich einen Patienten mit Freundlichkeit einöle, fühlt er sich berührt. Davor habe ich Angst. Dabei merke ich grade, daß es für Patienten wichtig sein kann, berührt zu werden.“

Wo ist hier die Grenze zu ziehen? Schon vom ersten Tag auf Station sehen die Schülerinnen, wie Bettdecken zurückgeschlagen werden und kaum bekleidet oder nackte Menschen hilflos liegen. In einer Zeit der persönlichen Suche nach Zärtlichkeit und Sexualität, müssen sie fremde Körper berühren, wo ihnen der eigene Körper oft noch fremd ist.

Einige erzählen, wie peinlich berührt, wie hilflos sie auf Männerstationen sind: „Am Anfang habe ich immer einen roten Kopf gekriegt und wär am liebsten rausgerannt. Aber dann hätten die fertigen Schwestern gelacht!“ Die älteren Schwestern haben das Problem für sich gelöst: „Heute sehe ich gar nicht mehr richtig hin.“

Natürlich wird so das Waschen mechanisch. Sexualität, Körperkontakt hat es nicht zu geben, schafft nur Emotionen, und das bringt den reibungslosen Ablauf durcheinander.

Interessant finde ich, daß im Gegensatz zur Einschätzung der Krankenschwestern be-

Die Sexualität des Menschen

Handbuch und Atlas

21,5 cm x 27,8 cm. XII, 559 Seiten.
294 Abbildungen. 7 Tabellen. 1983.
Broschiert DM 48,- ISBN 3 11 008753 7

Die Sexologie – nach wie vor ein Stieff-kind der Medizin – wird in diesem reichbebilderten Handbuch unter folgenden Aspekten behandelt:

Physiologische und psychologische Grundlagen

Formen und Varianten menschlicher Sexualität

Sexuelle Funktionsstörungen

Sexualität und Partnerschaft – Ehe, Familie, Emanzipation

Sexualität und Gesellschaft – Konformität und Abweichung in Geschichte, Kunst und Recht.

Professor Haeberle, Sexualtherapeut in San Francisco, ist Organisator des 6. Weltkongresses für Sexologie in Washington im Frühjahr 1983 und arbeitet am Kinsey Institute, Indiana University. Sein Werk erlebte bisher eine Auflage von über 500 000 Exemplaren in den USA.

„J. Haeberle ... versteht es vorbildlich zu informieren, zu interpretieren, zu lehren. Äußerst gelungen ist auch die reiche Bildauswahl, die ebenso lehrreich wie frei alle Variationen menschlichen Sexualverhaltens ästhetisch widerspiegelt ... Hoffen wir, daß bald die Übersetzung auf unserem Büchermarkt erscheint. Kein Zweifel, dieser Sex Atlas wird auch bei uns hochwillkommen und nützlich sein.“

U. Wolff in *Sexualmedizin*, Januar 1981

stimmte Illustrierte regelmäßig gezeichnete sexistische Krankenschwester/Patient-Witze – wohl mit Erfolg – abdrucken. Auch dagegen wehren sich die Schwestern nicht.

Die Schülerinnen selbst stellen sich überwiegend als keusch und züchtig dar, kritisieren an mehrfach abbrechenden Frauen die fehlende Moral und die „Freiheiten des § 218“.

Seitdem in Berlin die Möglichkeit des ambulanten Abbruchs besteht, liegen überwiegend sehr junge und sozial unterprivilegierte Frauen wegen Schwangerschaftsabbruchs in städtischen Krankenhäusern.

Aussagen wie:

- denen sollte man den Abbruch verbieten, die legen es ja nur drauf an;
- unsere Ärzte geben sich so viel Mühe mit denen, aber die sind ja zu dumm zum Verhüten;
- die haben nur keine Lust, die Pille zu nehmen;
- es ist ganz richtig, daß sie Schmerzen haben, damit sie daraus lernen;

zeigen die überwiegende Meinung auf gynäkologischen Stationen, die die Schülerinnen unüberlegt übernehmen. Die wenigen, die anderer Meinung sind, halten meist den Mund.

Wenn ich nachfrage, ob sich diese Ablehnung auch auf die notwendigerweise beteiligt gewesenen Männer erstreckt, herrscht erst einmal Stille. Daß als Reaktion kommt: „Darüber habe ich noch nicht nachgedacht“, ist selten. Vorherrschende Meinung ist, daß Verhütung Sache der Frau ist, und von Männern da nichts erwartet werden kann. In der Diskussion zeigt sich dann immer wieder, daß sich hinter dieser Argumentation die totale Ablehnung von Kondomen verbirgt. Wenn es die Pille für den Mann gäbe, wären viele dafür, daß der Mann mal dran ist.

Ein weiteres Ergebnis: Die Schülerinnen stellen fest, wie wenig Ahnung sie selbst von ihrer momentanen Verhütungsmethode haben. Die Pille ist der Renner, weil sie so praktisch und hygienisch ist. Die Wirkungsweise und mögliche Begleiterscheinungen sind nur vereinzelt vom behandelnden, pilenverschreibenden Arzt verständlich erklärt worden.

Plötzlich sind die Schülerinnen persönlich interessiert, tauschen in der Pause Anschriften von Ärzten aus, die sich Zeit nehmen, und sind nun auch offener für die Darstellung der anderen Verhütungsmöglichkeiten. Diaphragma und Kondom schneiden

gleich schlecht ab. Die Vorstellung, an sich „rummachen zu müssen“, sich selbst so intim zu berühren, wird erst nicht angesprochen, sondern das Unhygienische an diesen Gummis hervorgehoben.

Wenn dann Fragen kommen, warum der behandelnde Arzt ihnen das nicht erklärt hat, oder daß der Arzt sagt: Sie verstehen das nicht, und ich antworte, daß im Krankenhaus auch wenig erklärt wird, und kritische Patienten/innen im allgemeinen nicht beliebt sind, haben wir den Kreis von Beruf/Privat geschlossen.

Ist die Unlust der Pille gegenüber so unverständlich? Sind sie, die Schülerinnen, wirklich so viel klüger, als die zum Verhüten zu dummen Patientinnen? Haben sie selbst jemals aus Schmerzen gelernt?

Würden sie selbst davon ausgehen, im Falle einer unerwünschten Schwangerschaft die Entscheidungsgewalt zu beanspruchen?

Das Mißverhältnis zwischen beruflicher Aussage und eigenem Erleben aufzuzeigen, schafft immer wieder Betroffenheit. Aus dieser Betroffenheit heraus die gesetzlichen Grundlagen und notwendigen Schritte zum Schwangerschaftsabbruch zu vermitteln, bis hin zum Ausgeliefertsein, bewirkt bei einzelnen einen neu zu überdenkenden Ansatz der Problematik.

Inwieweit diese Gespräche praktischen Erfolg auf Station haben, ist nicht meßbar. Von den Schulschwestern höre ich immer wieder, daß die Gruppen noch tagelang nach dem Unterricht darüber reden. Auf die Station tragen die Schülerinnen diese Gespräche nicht. Trotzdem sehe ich in dieser sexualpädagogischen Arbeit einen notwendigen Ausbildungsabschnitt im Ausbildungsplan. Nicht als Kann-, sondern als Pflichtveranstaltung. Aber dazu müßte das Lehrpersonal geschult werden. Sicher wäre die Atmosphäre auf gynäkologischen Stationen, besonders auf „Abbruch-Stationen“, verbesserbar, wenn dem Pflegepersonal Fortbildungen mit diesen Schwerpunkten zur Verfügung stünden, denn diese Moral und Ablehnung kann nur durch Aufklärung bekämpft werden.



Melitta Walter, Sexualpädagogin, unterrichtet Familienplanung u. a. an Krankenpflegeschulen, freie Mitarbeit beim Rundfunk, Präsidiumsmitglied der Pro Familia.

Medizin und Familienplanung

Ärztin bei Pro Familia

Bei den Gründungsmitgliedern der *Pro Familia* handelte es sich vornehmlich um eine kleine Gruppe von Aktivisten aus dem ärztlichen, sozialhygienischen und juristischen Bereich sowie aus der Laienbewegung der Familienplanung. Die Vertreterinnen der Laienbewegung verloren sehr schnell an Einfluß. Rückblickend läßt sich sagen, daß die Arbeit der *Pro Familia* bis in die Anfänge der 70-ger Jahre maßgeblich von Medizinern getragen wurde. Erst mit der Änderung des § 218 StGB entstand die Notwendigkeit, soziale Berufe in die Arbeit zu integrieren. Die Zusammenarbeit von Medizinern und Nichtmedizinern ist bis heute charakteristisch für die Arbeit der *Pro Familia*. Sie ist niemals problemlos gewesen, noch ist sie jemals systematisch inhaltlich geklärt und Teil gesundheitspolitischer Zielvorstellungen geworden.

Der Beitrag von Jutta Walter ist ein Versuch, ihre langjährige Tätigkeit als Ärztin bei der *Pro Familia* darzustellen und für sich die Bedeutung von Medizin in der Familienplanung zu klären.

Jutta Walter

Ungeplanter Einstieg in die *Pro Familia* Arbeit

Die *Pro Familia* Darmstadt suchte Mitte der siebziger Jahre eine Ärztin und fragte bei mir an, ob ich Interesse hätte. Ich kannte die *Pro Familia* bis dahin noch nicht und wollte erst einmal wissen, wer oder was *Pro Familia* ist, was *Pro Familia* macht und welche Ziele *Pro Familia* hat. Ein Informationsgespräch, eine Einladung zur nächsten Teamsitzung und die Zusendung von ausführlichem Informationsmaterial ermöglichten mir einen ersten Einblick. Die Thematik der *Pro Familia* interessierte mich. Aus eigener Erfahrung kannte ich die Schwierigkeiten, an geeignetes Informationsmaterial über Familienplanung zu gelangen. Selbst noch in der Zeit meines Medizinstudiums wurde das Kapitel Empfängnisverhütung kaum behandelt, wohl aber begegneten dem Arzt in der Praxis die Folgen fehlender oder ungenügender Aufklärung. Auch hatte ich erlebt, wie schwer es vielen Menschen fiel, selbst beim Arzt Fragen über das Thema Familienplanung zu stellen. Ähnlich war es Kolleginnen ergangen, die bereits bei der *Pro Familia* arbeiteten.

Ärztliche Tätigkeit in der *Pro Familia* im Wandel

Ein kurzer historischer Rückblick zeigt, daß sich in den ersten Jahren nach Gründung der *Pro Familia* die Beratung vor allem um

medizinische Fragen der Familienplanung und damit zusammenhängende Probleme drehte. Es waren Ärztinnen, die in der Beratung zusammen mit Ratsuchenden, meistens Frauen, die jeweils geeignete kontrazeptive Methode besprachen. Bald zeigte sich eine Erweiterung der Thematik, weil deutlich wurde, daß neben medizinischen Fragen psychologische, soziale, soziologische Aspekte eine Rolle in der Praxis der Empfängnisregelung spielen. Für eine Ärztin mit rein medizinischer Ausbildung bedeutete dies einerseits Zusatzausbildung oder Fortbildung auf bestimmten Gebieten und andererseits Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Team. Damit trat bei *Pro Familia* ein Wandel in der Arbeit ein, der sich besonders nach der Reform des § 218 StGB und der Anerkennung der *Pro Familia*-Beratungsstellen für die soziale Beratung verdeutlichte.

Heute sind bei *Pro Familia* Mitarbeiter verschiedenster Berufsgruppen wie Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und andere tätig, die jeweils ihre eigenen Arbeitsgebiete haben, deren Tätigkeiten sich jedoch auch überschneiden. Inwieweit diese gemeinsamen Tätigkeiten konstruktiv aufgenommen und weiterentwickelt werden, liegt in der Hand der Mitarbeiter eines Teams und ist wesentlich geprägt von deren Verständnis einer Teamarbeit. Voraussetzung für eine sinnvolle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Team ist die Erkenntnis, daß ein Ratsuchender nicht allein voneinander unabhängige körperliche, seelische und soziale Komponenten besitzt, für welche der Reihe nach Arzt, Psychologe und Sozialarbeiter zuständig sind, sondern daß vielmehr enge Verflechtungen

zwischen somatischen, psychischen, sozialen und anderen Faktoren bestehen, deren Berücksichtigung bei der Familienplanung wichtig ist. Insbesondere erfordert dies den Übergang zu einem Arbeitsstil im Team, welche integratives Arbeiten in den Vordergrund rückt, wobei dennoch die Anerkennung der jeweiligen Grenzen der beteiligten Disziplinen gewahrt werden kann.

Die ärztliche Praxis in der *Pro Familia* heute

Ein Blick auf die Anliegen der Ratsuchenden an einem beliebigen Nachmittag umfaßt bereits einen großen Teil der ärztlichen Aktivitäten einer Beratungsstelle:

Information über das Diaphragma (zwei Frauen); Diaphragma-Anpassung; Sterilisationsberatung für den Mann (es kommt das Paar); medizinische Fragen zur Spirale; Beratung nach § 218 StGB mit Indikationsstellung. Dazwischen schob sich noch unangemeldet eine Beratung über die Anwendung der „Pille danach“. Verhütungsberatung herrschte an diesem Nachmittag vor. Auch wird der aktuelle Trend zur nichthormonalen Verhütung ganz deutlich. Barrieremethoden wie zum Beispiel das Diaphragma sind immer mehr gefragt.

Gewöhnlich weitet sich das informative Gespräch aus, indem Erfahrungen mit Verhütung ausgesprochen und Zusammenhänge mit der Einstellung zur Sexualität erkannt werden. Während zwar Information und Einübung des Einführens eines Diaphragmas von fachkundigen Nichtmedizinerinnen durchgeführt werden können, bedarf es immer einer ärztlichen Untersuchung, um mögliche Kontraindikationen des Diaphragmas auszuschließen. Dementsprechend ergibt sich ein unterschiedlicher Ablauf der Diaphragmaberatung in den einzelnen Beratungsstellen, der von der Zusammensetzung der Mitarbeiter und ihrer Arbeitsschwerpunkte abhängt. In der Beratungsstelle Darmstadt beispielsweise obliegen der Ärztin Untersuchung, Anpassung und Anweisung, sowie Kontrolle der Lage des Diaphragmas nach einer Einübungzeit. In anderen Beratungsstellen werden in Anlehnung an die Praxis des Margaret-Sanger-Instituts in New York lediglich Untersu-

chung, Anpassung und Kontrolle von einer Ärztin vorgenommen, während eine Krankenschwester mit der Klientin das Einführen des Diaphragmas übt. Auch wird zuweilen die Einübung des Umgangs mit dem Diaphragma – meistens in der Gruppe – von nichtärztlichen Mitarbeiterinnen übernommen, die auf diesem Gebiet geschult sind und die mit Fragen der Verhütung, Sexualität und Sexualpädagogik vertraut sind. Frauen, die an solchen Gruppen teilnehmen, ist aus den oben genannten Gründen eine vorausgehende ärztliche Untersuchung zu empfehlen.

Die vor etwa vier Jahren einsetzende große Nachfrage nach dem Diaphragma hat uns veranlaßt, Diaphragmegruppen anzubieten, was von Anbeginn sehr begrüßt wurde und auch heute noch von vielen Frauen wahrgenommen wird. Ungefähr zehn Frauen bilden eine Gruppe. Unter Leitung eines Beraterpaars bestehend aus einer Ärztin und einer Sozialpädagogin machen sich die Frauen mit dem Diaphragma vertraut und besprechen Fragen zu dieser Verhütungsmethode. An insgesamt drei Abenden bietet sich außer Vermittlung von Information die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches und der Selbsterfahrung. Eine weitere Zusammenkunft findet nach halbjähriger Anwendungszeit statt.

Die hormonelle Kontrazeptionsberatung gehört in den Aufgabenbereich der Ärztin. Aufgrund der gesundheitlichen Vorgeschichte und der Untersuchung wird sie bestimmen können, ob die Pille und, wenn ja, welche Pille geeignet ist. Bei Unverträglichkeitserscheinungen wird die Ärztin das Absetzen der Pille oder die Umstellung auf eine andere Pille empfehlen. Einen besonderen Raum nehmen die „Methoden danach“ ein, worunter Methoden verstanden werden, die nach einem ungeschützten Verkehr oder nach einem unmittelbar festgestellten Verhütungsversagen vor Einnistung des möglicherweise befruchteten Eis in die Gebärmutter angewandt werden. Die sogenannte „Pille danach“ kann eine Schwangerschaft noch Stunden bis Tage nach einem die Eibefruchtung bewirkenden Verkehr mit großer Wahrscheinlichkeit verhindern. Da es sich dabei um hohe Hormondosen handelt, die im Laufe der ersten 12 Stunden (Gestagemethode) bzw. 48 Stunden (Kombinationsmethode) nach der Verhütungsparade gegeben werden, sollte vor der Einnahme eine ärztliche Untersuchung stattfinden. In Verbindung mit einem Beratungsgespräch läßt sich klären, ob aufgrund der Zyklustage eine Befruchtung wahrscheinlich ist und ob somit die „Pille danach“ unter der Voraussetzung, daß keine medizinischen Gründe gegen die Hormoneinahme sprechen, sinnvoll ist.

Mitarbeiter der <i>Pro Familia</i> (1981): 861 davon	
Ärzte	26 %
Sozialarbeiter/-pädagogen	20 %
Psychologen	11 %
Krankenschwestern, MTA u. ä.	8 %
Pädagogen, Lehrer u. ä.	5 %
andere Berufe	29 %

Das Paar mit Fragen zur Sterilisation wollte ausdrücklich von einem ärztlichen Mitarbeiter beraten werden. Ein solches Verlangen ist nicht selten. Um eine derartige Beratung wird gewöhnlich vor der Entscheidung zum Eingriff ersucht und wird sozusagen dem Besuch bei dem Eingriff vornehmenden Chirurgen oder Urologen vorgeschaltet. Die Fragen beziehen sich hauptsächlich auf den chirurgischen Eingriff, die Nebenwirkungen und Risiken. Oftmals raten auch die den Eingriff vornehmenden Ärzte den Klienten zu einem Beratungsgespräch bei *Pro Familia*.

Ein ganz neues Aufgabengebiet übernahm *Pro Familia* mit der § 218-Beratung im Gefolge der Reform des — 218 StGB im Juni 1976. In seiner jetzigen Fassung schreibt das Gesetz eine Beratung vor, die sowohl von einem anerkannten Berater als auch von einem Arzt übernommen werden kann. Die Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch erfolgt nach ärztlicher Erkenntnis und fällt gemeinsam mit der Aufklärung über medizinisch relevante Gesichtspunkte in den Bereich des Arztes. Großer Andrang von Ratsuchenden in den ersten Monaten nach der Reform auf der einen Seite und neue Kooperationsmöglichkeiten verschiedener Berufsgruppen bei der Beratung auf der anderen führten zu Diskussionen in Beratungsstellen und den Gremien der *Pro Familia*. Unter Berücksichtigung des Gesetzes ergaben sich daraus vor Ort unterschiedliche Lösungswege zur Herbeiführung eines möglichst befriedigenden Beratungsablaufs sowohl für die Ratsuchenden als auch für die Berater.

Das Klientel der *Pro Familia*

Bei dieser Frage erinnere ich mich eines Paares, das wegen ungewollter Kinderlosigkeit zur Beratung kam. Es hatte sich bereits mit Informationsmaterial versorgt und hatte sich einer ärztlichen Untersuchung unterzogen. Fragen zu den Ergebnissen und über das weitere Vorgehen waren noch offen geblieben, zu deren Beantwortung sollte ein Beratungsgespräch mit der *Pro Familia* Ärztin beitragen. Bemerkenswert war die folgende Äußerung des Paares: „In der

Arztpraxis geht alles immer so schnell, und die Fragen fallen uns dann erst zu Hause ein.“ Die bisweilen verspürte Hektik der Arztpraxis hatte das Paar den Weg zur Beratungsstelle finden lassen, um einmal „in Ruhe mit einem Sachkundigen sprechen zu können“. In vielen derartig gelagerten Fällen ist *Pro Familia* eine erste Anlaufstelle, von der klärende Hinweise für weitere Schritte ausgehen. Ähnlich oft geht es jungen Frauen, die erstmalig Verhütungsmethoden anwenden wollen, aber Ängste vor einem Arztbesuch und einer ersten gynäkologischen Untersuchung haben.

Besonders schwer ist die Arbeit mit sozial Randständigen. Ein langwieriger Prozeß der Vertrauensbildung ist nötig, ehe sich Frauen Fragen der Familienplanung aufschließen. Aus eigenem Antrieb hätten sie kaum einen Arzt aufgesucht, um sich über Verhütung zu informieren. Wenn allerdings der Kontakt mit der „Pille-Frau“, wie einmal die *Pro Familia*-Ärztin von ihnen benannt wurde, hergestellt ist, kann die Klientin leichter über notwendig gewordene Arztbesuche sprechen und mit der Beraterin akzeptable Vorgehensweisen überlegen. Dies ist ein Tätigkeitsbereich, auf dem Ärztinnen der *Pro Familia* seit deren Gründung Pionierarbeit geleistet haben.

Öffentlichkeitsarbeit und Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen

Im Rahmen der fachgebundenen Öffentlichkeitsarbeit werden üblicherweise von den ärztlichen Mitarbeitern Kontakte zu Kliniken, ärztliche Gesellschaften, Berufsverbänden und Interessengruppen aufgenommen.

Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen sind mannigfaltig. Ich selbst erlebe sie sehr positiv im Beraterteam, bestehend aus Arzt und Psychologe bei der Sexualberatung von Paaren und nicht minder wichtig und unterstützend mit Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen bei Verhütungsberatungen in Gruppen. Ein weiteres Beispiel der gelungenen Zusammenarbeit bilden Gruppen zum Thema „Menopause“, in denen eine Sozialarbeiterin und eine Ärztin aus verschiedener Sichtweise die Thematik angehen und dadurch die Erlebnis- und Erfahrungsbreite vorteilhaft vergrößern. Zu erwähnen sind auch Teams aus Hebamme, Krankenschwester, Psychologin und Ärztin, die bei manchen Beratungsstellen der *Pro Familia* zur Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung angeboten werden.

Der Stellenwert der Medizin in der Pro Familia Arbeit

Seit Gründung der *Pro Familia* haben sich ihre Arbeitsfelder erweitert, was Veränderungen in der Zusammensetzung der Mitarbeiter zur Folge hatte. In der letzten Zeit ist erneut im Verband die Frage erörtert worden, ob Ärzte auch heute noch eine Funktion in einer Organisation haben sollen, deren Schwerpunkt nach wie vor auf dem Gebiet der Familienplanung liegt. Meine Antwort darauf ist ein eindeutiges Ja, weil unverkennbar ist, daß bestimmte Bereiche der Familienplanung in erster Linie den Arzt angehen. Dazu gehören: Ärztliche Untersuchung und Betreuung bei Anwendung von Verhütungsmitteln wie Diaphragma und Pille, Beratung über medizinische Gesichtspunkte und Indikationsstellung in Zusammenhang mit der § 218-Beratung, Behandlung medizinischer Fragen der Familienplanung in der Beratungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Aber es trifft auch zu, daß Familienplanung heutzutage nicht mehr nur eine Domäne des Arztes ist, da die offenkundig gewordene Komplexität der Familienplanung unumgänglich dazu führte, die Familienplanungsberatung umfassend durch Einbeziehung von Mitarbeitern aus sich ergänzenden Disziplinen zu gestalten.



Dr. med. Jutta Walter, Ärztin und Beraterin in den *Pro Familia* Beratungsstellen Darmstadt und Heidelberg. Mitglied des Medizinischen Komitees der *Pro Familia* Leiterin von Ärztekursen und Seminaren.

— Anzeige —

Wir brauchen viel mehr Menschlichkeit



Wie Sie helfen können, erfahren Sie bei: Lebenshilfe, Postfach 80, 3550 Marburg

25 Jahre
Lebenshilfe
für geistig Behinderte

Politische Gynäkologie

Die Macht der Gynäkologen und die Politik der Selbsthilfe

Im Rahmen der Forderung nach Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses, und dies insbesondere in der gynäkologischen Versorgung, wird man sich zwangsläufig mit der Ausbildung von Medizinern beschäftigen müssen. Die zusammenfassende Übersetzung eines Beitrages von Susan Bell beschreibt den Versuch radikaler Kritikerinnen des Gesundheitssystems der USA, die Ausbildung von Medizinstudenten durch aktive Mitgestaltung zu verändern.

Sicherlich gibt es Unterschiede in der Ausbildung von Medizinern in den USA und in der Bundesrepublik. So kennen wir hier zum Beispiel nicht den Einbezug von „simulierenden Patientinnen“, um die gynäkologische Untersuchung zu erlernen. Wesentlich an diesem Beitrag ist, daß sich radikale Kritik an der Gesundheitsversorgung nicht im Gestus des Entlarvens erschöpft, sondern konkrete Perspektiven der Veränderung in einem wichtigen Teilbereich der medizinischen Ausbildung aufzeigt.

*Der Beitrag erschien zuerst in der Zeitschrift *Science for the People*, September–Oktober 1979. Der Originaltext ist gegen einen Unkostenbeitrag von der Bundesgeschäftsstelle, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1, zu erhalten. Die Übersetzung der Auszüge besorgte Verena McRae.*

E. T.

Einleitung

Wie können engagierte Laien einen Wandel im System der ärztlichen Ausbildung bewirken? Hierbei geht es immer wieder um die Frage, ob sie sich um die Verbesserung des bestehenden sexistischen und unterdrückerrischen Systems medizinischer Versorgung bemühen, oder eigene Strukturen aufbauen sollen. Ist es sinnvoller, kurzfristige Reformen zu erreichen, oder für langfristige radikale Änderungen zu kämpfen? Bei dem Bemühen, das bestehende System zu verbessern, ist es vielleicht möglich, eine humanere Krankenversorgung zu bewirken; gleichzeitig würde dies jedoch bedeuten, ein grundsätzlich abzulehnendes System zu stärken.

Veränderungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge können auf verschiedenste Weise bewirkt werden: Auf der politischen Ebene, auf dem Weg über die Finanzierung, im Bereich von Forschung und Dienstleistungen und über die Ausbildung.

Gegenstand des Artikels ist die Diskussion dieser Fragen im Licht der Erfahrungen einer Gruppe von Feministinnen, die 1975–1976 an einem Unterrichtsprogramm

für Medizinstudenten in Boston – es ging um die Durchführung gynäkologischer Untersuchungen – teilnahmen. Zentrales Thema sind die dadurch bewirkten Veränderungen in der ärztlichen Ausbildung.

Es gibt inzwischen zahlreiche Untersuchungen zur Funktion der Medizin als einer Institution sozialer Kontrolle und die damit verbundene Unterdrückung der Frau: Frauen nehmen (für sich und ihre Kinder) weit häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch als Männer, ihr Medikamentenkonsum ist höher, auch werden sie häufiger in Krankenhäuser eingeliefert. Ob sie nun einen Gynäkologen in dessen Privatpraxis oder aber ein Krankenhaus aufsuchen – in der Regel haben sie es mit in den traditionellen medizinischen Strukturen ausgebildeten Ärzten zu tun.

Die Ausbildungsinhalte, die Medizinstudenten in Vorlesungen und Lehrbüchern vermittelt werden, sind, Frauen betreffend, falsch und verzerrt. So wird ihnen beigebracht, sich bei einer gynäkologischen Untersuchung genauso zu verhalten wie bei jeder anderen Routineuntersuchung; dabei lernen sie die Anwendung oft überflüssiger und unangenehmer Untersuchungsmethoden. Als Übungsobjekte für die Untersuchungen dienen entsprechende Plastikmo-

delle, aber auch Prostituierte, Patientinnen in den Kliniken sowie Frauen unter Narkose. Diese Frauen werden oft nicht einmal um ihre Zustimmung zur Durchführung der Untersuchung gefragt.

Inzwischen wird von seiten kritischer Ausbilder und unzufriedener Studenten zugegeben, daß diese Form der Ausbildung unbefriedigend ist. Aus diesem Grund haben einige Dozenten ihre Unterrichtsmethode bezüglich der Vermittlung praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten sowie die Unterrichtsinhalte geändert. Eine solche Verbesserung, die in den 60er Jahren eingeführt wurde, war der Unterricht mit „simulierenden Patientinnen“. Bei diesen handelt es sich um Frauen, die es gelernt haben, bei der Untersuchung durch die Studenten die verschiedensten Krankheitssymptome vorzutäuschen. Simulierende Patienten werden als Übungsmodelle in den verschiedensten Bereichen eingesetzt. Prostituierte, Freundinnen von Medizinstudenten und Frauen aus dem betreffenden Ort stellen sich als „Patientinnen“ zur Verfügung. An ihnen sollen die Studenten nicht nur die Untersuchungstechniken, sondern auch den Umgang mit den Patientinnen lernen.

Studenten, Dozenten und Patientinnen profitieren von dieser Lehrmethode. Die Studenten haben hierdurch die Möglichkeit, praktische Erfahrungen zu sammeln und gleichzeitig ihre Scheu vor der Durchführung solcher Untersuchungen zu überwinden; sie lernen, mit den „Patientinnen“ offen über die Untersuchung zu sprechen; sie lernen, Untersuchungen in einer realistischen Form durchzuführen, und die Dozenten haben dadurch die Möglichkeit, die Leistung ihrer Studenten besser zu beurteilen. Den „echten“ Patientinnen wiederum werden unnötige Untersuchungen erspart und sie profitieren letztlich von der besseren Ausbildung der Ärzte.

Das gynäkologische Unterrichtsprogramm

Mitte 1975 wandten sich Medizinstudentinnen aus Harvard, die mit den üblichen Unterrichtsmethoden unzufrieden waren, an das *Boston Women's Health Book Collective*. Es ging um die Möglichkeit, Frauen als bezahlte „Modelle“ für gynäkologische Untersuchungen zu finden. Sie suchten speziell Feministinnen, weil sie der Ansicht waren, daß diese nicht nur den Lernprozeß wesentlich verbessern, sondern auch ein Gegengewicht gegen die institutionalisierten Einstellungen gegenüber Frauen als „passiven Objekten medizinischer Versorgung“ darstellen würden. Das Buchkollektiv nahm Ver-

bindung zu Frauen im *Women's Community Health Center* (WCHC) in Cambridge auf, die dazu bereit waren, sich für eine begrenzte Zeit als Untersuchungsmodelle für Medizinstudenten im zweiten Ausbildungsjahr zur Verfügung zu stellen.

Die Mitglieder des WCHC, einem Frauen gesundheitszentrum auf Selbsthilfebasis, betrachten sich als Teil einer Bewegung für einen radikalen sozialen Wandel mit dem Ziel der Überwindung von Sexismus, Rassismus, Kapitalismus und Imperialismus. In der Praxis bedeutet dies grundlegende Änderungen im System der ärztlichen Versorgung als Teil einer Veränderung der herrschenden gesellschaftlichen Strukturen: Die Überwindung des Machtgefälles zwischen Arzt und Patient – begründet durch das Monopol an Fähigkeiten und Information; die Forderung nach ärztlicher Betreuung von Frauen durch Frauen sowie nach Aufhebung nur auf Profit ausgerichteter ärztlicher Leistungen.

Die Einrichtung eines Lehrprogramms für Medizinstudenten war im WCHC von Anfang an kontrovers diskutiert. Manche Frauen sahen die Unterstützung der professionellen medizinischen Ausbildung als nicht so vordringlich an und meinten, dies werde von anderen Programmen des Gesundheitszentrums ablenken, die langfristigen Veränderungen zum Ziel hätten. Einige Frauen äußerten Bedenken, insofern, als das Programm dazu dienen könnte, das herrschende System indirekt zu festigen, indem man den Ärzten beibrachte, wie sie durch Veränderung ihres Verhaltens – nicht aber der bestehenden Machtverhältnisse – ihre Patientinnen besser „handhaben“ könnten. Andere Frauen im Kollektiv waren wiederum der Meinung, daß die ärztliche Versorgung der Frauen auf diese Weise verbessert würde und ein solches Training deshalb eine gute Übergangslösung sein könnte. Auch wäre dies eine Möglichkeit, der Frauenbewegung finanzielle Mittel von den Universitäten zukommen zu lassen und Zugang zum offiziellen Ausbildungssystem zu bekommen. Diese Kontroverse, die nie ganz gelöst wurde, verzögerte die Einrichtung des *Pelvic Teaching Program* (PTP). Die Entwicklung des PTP, als einem halbautonomen Programm innerhalb des WCHC, verlief in drei Phasen:

Das erste Protokoll

In den ersten Sitzungen waren die Änderungen bei den Lehrmethoden relativ gering. In jeder Unterrichtseinheit führten vier oder fünf Studenten unter Leitung eines Dozenten eine Untersuchung an einer entspre-

chend instruierten Versuchsperson durch. Hier ging es vor allem um die Einstellung der Studenten und um Fragen der Lehrmethoden. Im Gegensatz zu Studenten und Lehrpersonal waren die Feministinnen mit dem bisherigen Programm nicht einverstanden, weil sie zuwenig Einfluß auf den Unterricht hatten. Auch hatte sich in den Machtbeziehungen nichts geändert, nur die Untersuchung war für die Frauen humaner geworden. Aus diesen Erfahrungen entstand das zweite Protokoll.

Das zweite Protokoll

Dieses bezog sich auf Veränderungen, sowohl was die Gruppe der Lehrenden als auch den Unterricht selbst betraf. Die Feministinnen gründeten eine Gruppe, die sie das *Pelvic Teaching Program* nannten und dessen Mitglieder vor Ort rekrutiert wurden. Sie mußten folgende Kriterien erfüllen: Frühere Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe (Vertrautheit mit den Konzepten und der Arbeitsweise des WCHC), eine kritische Einstellung gegenüber dem herrschenden medizinischen System und die Bereitschaft, auf dieser Basis mit den Studenten zusammenzuarbeiten. Dazu kam die Verpflichtung, auf sexistisches, professionalistisches oder sonstiges negatives Verhalten im Unterricht aufmerksam zu machen und sich dagegen zu wehren.

Der Unterricht ging folgendermaßen vor sich: Zwei Ausbilderinnen des PTP trafen sich mit vier oder fünf Studenten, darunter mindestens einer Frau. Die Studenten wurden von den Feministinnen unterrichtet, während Ärzte, wenn sie überhaupt anwesend waren, die Rolle stiller Beobachter hatten. Die Feministinnen erhielten einen schriftlichen Vertrag und fünfzig Dollar pro Sitzung. Sie demonstrierten die Methoden der Selbstuntersuchung von Frauen mit Hilfe eines Spekulums, einer Taschenlampe und eines Spiegels. Jede Ausbildungseinrichtung erklärte sich zudem bereit, die vom WCHC verfaßte Broschüre „Anleitung zur Selbstuntersuchung“ zu vervielfältigen und an die Studenten zu verteilen. Insofern hatte das PTP eine teilweise Ähnlichkeit mit den Programmen der Patientensimulation. Deshalb waren auch die Reaktionen von Studenten und Ärzten auf das Programm ähnlich, sie waren überwiegend positiv.

Die grundlegenden Widersprüche im zweiten Protokoll blieben jedoch ungelöst: Medizinische Laien lehrten Techniken, die nur Ärzte legal anwenden durften; Männer

Empfängniskontrolle aus Feld und Wald

Eine ganze Reihe von Pflanzen besitzen Wirkstoffe, die Empfängnis oder Schwangerschaft behindern können. Viele davon sind in traditionellen Kulturen durchaus bekannt und in Gebrauch. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich inzwischen dieses Bereiches angenommen und leistet damit wichtige Voraarbeiten für die Entwicklung möglicherweise akzeptabler Mittel der Empfängnisregelung. Wir übernehmen hierzu einen Artikel von Joyana Sharma aus South: The Third World Magazine, November 1982; er wurde übersetzt von Gisela Zehm.

Die intensive Erforschung traditioneller kontrazeptiver Methoden verspricht akzeptable Alternativen zu den modernen Methoden der Empfängnisregelung, die in der Dritten Welt wenig Erfolg haben.

Etwa 15 Prozent der verheirateten Frauen im gebärfähigen Alter in Entwicklungsländern – China ausgenommen – wenden Methoden der Empfängnisregelung an, die meisten geben sie jedoch aus Angst vor Ne-

benwirkungen wieder auf. Nur 30 Prozent von ihnen nehmen die Pille länger als zwei Jahre. Experten, die an neuen Naturprodukten arbeiten, glauben, daß Frauen Kontrazeptiva eher akzeptieren würden, wenn sie aus natürlichen Produkten ihres Landes gewonnen werden.

China arbeitet aktiv an einem eindrucksvollen Programm zur Entwicklung neuer kontrazeptiver Methoden: Orale Kontrazeptiva

zur einmaligen Anwendung im Monat, eine Pille für den Mann und Präparate zum Abbruch einer Schwangerschaft. Im kleineren Maßstab erforschen Wissenschaftler in einigen Ländern der Dritten Welt die Wirksamkeit von einheimischen Pflanzen zur Regulierung der Fruchtbarkeit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) arbeitet auf gleichem Gebiet, jedoch in weit größerem Maßstab.

Aus Forschungsarbeiten und Herstellungs-vorschriften für einheimische pflanzliche Arzneimittel und allgemeiner Literatur wurden Informationen über mehr als vier-tausend Pflanzen gesammelt; religiöse Schriften etwa, die schwangere Frauen vor bestimmten Pflanzen warnen, geben einen Hinweis auf deren abtreibende Wirkung

Unser Kommentar

Verlockende Geburtsprämien

Wie war es da so wohltönend zu hören: „Das Fundament für eine Gesellschaft der Mitmenschlichkeit ist die Familie.“

Und weiter hieß es in der Regierungserklärung: „Wir müssen die Zusagen ernst nehmen, die wir bei der Neuformulierung des § 218 gegeben haben: Wir müssen uns um die alleinstehende Mutter kümmern, ihre Diskriminierung in der Gesellschaft abbauen und ihre soziale Sicherung festigen. Wir müssen mehr tun für den Schutz des ungeborenen Lebens. Unser Beitrag soll sein: der Familienlastenausgleich, eine Erleichterung des Adoptionsrechts und, gemeinsam mit den Ländern, eine erweiterte Beratung und Hilfe für schwangere Frauen.“

Und wie schaut die entsprechende Politik aus? Vielfältige Kürzungen im sozialen Bereich treffen die Familie mit Kindern und ohne hohes Einkommen besonders hart. Das Mutterschaftsgeld soll gekürzt und nur noch drei Monate gezahlt werden. Ein Versuch aus Hamburg, wahlweise auch erwerbstätigen Vätern und Adoptiveltern eine entsprechende Zahlung zugute kommen zu lassen, ist an der Mehrheit im Bundesrat gescheitert.

Kann sich der Staat nicht mehr leisten, „das Fundament für eine Gesellschaft der Mitmenschlichkeit“ zu fördern? Die Kürzung des Mutterschaftsgelds spart etwa 200 Millionen DM im Jahr. Zugleich mit dieser Kürzung wurde der Wirtschaft und den Zählern von Vermögenssteuern ein Steuergeschenk von 3,5 Milliarden DM im Jahr angekündigt. Es geht also, wie immer in der Politik, um Entscheidungen und um das Setzen von Prioritäten.

Aber halt, die Zukunft soll das wieder ausgleichen. Das Kabinett hat beschlossen, daß ab 1987 auch nicht abhängig beschäftigte Mütter Mutterschaftsgeld erhalten sollen. Was aber soll das? Abgesehen davon, daß bis 1987 noch vieles geschehen kann, muß man doch nach der Absicht fragen. Wenn eine Mutter ihrem Kind zuliebe einige Monate auf Lohn oder Gehalt verzichtet und dafür einen bescheidenen – jetzt noch gekürzten – Betrag vom Staat erhält, so macht das familienpolitisch einen gewissen Sinn. Wenn aber eine Hausfrau, die vorher und hinterher kein eigenes Einkommen hat, für ein paar Monate nach der Geburt eines Kindes dieses Geld vom Staat er-

hält, so läßt sich das doch nur als staatliche Geburtsprämie verstehen.

Das ist dann aber nicht mehr weit entfernt von Überlegungen, die der CDU-Abgeordnete Hermann Kroll-Schlüter zum § 218 StGB im Mai 1983 anstellt. Unter „Lösungsvorschläge“ kann man bei ihm nachlesen: „Erfahrungen zeigen, daß vielen Frauen bereits mit einem Betrag zwischen 500,- DM und 2.000,- DM geholfen ist – und dies ist ein geringer Preis für die Rettung eines ungeborenen Kindes.“

Wahrlich, das ist ein geringer Preis. Aber auch sonst ist die Höhe von Geburtsprämien eher bescheiden, wie unsere Zusammenstellung der familienpolitischen Maßnahmen der Bundesländer ausweist – siehe Ausgabe 1/1983, S. 11–15.

Sollten solche Verlockungen mit Geburtsprämien gemeint sein, wenn in der Regierungserklärung von „erweiterter Beratung und Hilfe für schwangere Frauen“ die Rede ist? Das mag für einige Politiker verlockend sein, für *Pro Familia* besteht aber keine Verlockung, an so etwas mitzuwirken, sollte es auch politisch derzeit nicht opportun sein, dieses offen auszusprechen.

Jürgen Heinrichs

und liefern so einen Ausgangspunkt für weitere Studien.

Eine solche Pflanze ist der Hibiskus. Ein Teeaufguß aus den Blüten von *Hibiskus rosa-sinensis* wurde in vielen Kulturen wie etwa Fidschi, Papua, Samoa, Indonesien, Kuwait, Trinidad, Tobago und Vietnam benutzt, um die Menstruation auszulösen oder zu regulieren. Nach den Handschriften der Ayuverdischen Medizin – dem traditionellen indischen Heilverfahren – wurde Hibiskusblütentee als ein Kontrazeptivum benutzt. Jetzt haben Forscher herausgefunden, daß diese Blüten einen antiöstrogenen Effekt haben. Er konnte an Ratten gezeigt werden, die Östrogen benötigen, damit das befruchtete Ei sich in der Gebärmutter einnistet kann. Für Menschen ist dieser Effekt nicht ausnutzbar. Er könnte allerdings den Menstruationszyklus durcheinander bringen und so die kontrazeptive Wirkung hervorrufen, die in den Ayuverdischen Lehren unterstellt wird.

Bevor 1976 die WHO-Arbeitsgruppe zur Erforschung von einheimischen Pflanzen zur Fertilitätsregulierung eingerichtet wurde, war m-Xyldroquinon das einzige Mittel zur Geburtenkontrolle, das aus Pflanzen isoliert und am Menschen ausgiebig untersucht worden ist. Es wurde 1958 erstmals aus Erbsen gewonnen.

Für die Tibeter sind Erbsen der hauptsächliche Proteinlieferant, und so erklärt man sich, daß die tibetanische Bevölkerung innerhalb von zweihundert Jahren nicht wesentlich gewachsen ist. Studien ergaben, daß der Stoff bei Frauen nur etwa zu 60 Prozent wirksam ist. Die WHO nimmt jedoch an, daß das auf ein fehlerhaftes Experiment zurückzuführen ist und will auf jeden Fall m-Xyldroquinon noch einmal evaluieren, bevor es endgültig fallengelassen wird.

Gossipol – aus dem Samen der Baumwolle gewonnen – ist in China ausgiebig untersucht worden. Gossipol scheint die Anzahl der Spermien zu reduzieren und könnte die Grundlage für eine Männerpille sein. In China wurde es an einigen Zehntausenden von Männern bis zu sieben Jahre lang erprobt. Die chinesische Studie ergibt, daß sein einziger wesentlicher toxischer Effekt eine Hypokaliämie – eine Abnahme von Kalium im Blut – ist, ein Effekt, der in Untersuchungen in Brasilien nicht festgestellt werden konnte. Einige Wissenschaftler lassen diese Nebenwirkungen hauptsächlich Ernährungsfaktoren an.

Die WHO arbeitet mit einem mexikanischen Zentrum zur Entwicklung der Zoapalte-Erdnuß zusammen. Diese Erdnußart wächst in verschiedenen Teilen von Zentralmexiko und wurde von den Azteken als

Tee aufgegossen, um Wehen hervorzurufen oder einen Abort einzuleiten. Die herzförmigen Blätter der Zoapalte-Pflanze können auf den Straßenmärkten von Mexiko noch heute gekauft werden.

Das mexikanische Zentrum hat aus der Pflanze zwei neue chemische Verbindungen isoliert – Zoapatanol und Momtanol –, die einen Abort herbeiführen können.

Um einen aktiveren Stoff synthetisieren zu können, arbeitet die WHO auch mit einer pharmazeutischen Firma zusammen, die ein Patent auf die reine Verbindung aus dieser Pflanze besitzt.

Eine Anzahl von Pflanzen, die erforscht wurden, haben einen milden Östrogen-Effekt, der den Eisprung in derselben Weise unterdrückt wie die Pille.

Die Forscher der WHO haben ein anderes Ziel: Pflanzen, die noch nach einer Befruchtung wirksam sind. Von besonderem Interesse sind Mittel, die von Frauen einmal im Monat oder postkoital angewendet werden können. Etwa vierhundert infrage kommende Pflanzen wurden identifiziert und sollen bis 1984 durchgeprüft sein. Ein Viertel davon wurde bereits gesammelt und 146 Extrakte wurden bisher hergestellt. Die Extraktionsmethode folgt im allgemeinen den Erkenntnissen der einheimischen Kulturen.

Die Wissenschaftler versuchen auch, eine wirtschaftliche Methode zur Produktion einer Gewebekultur zu entwickeln, um so eine unbegrenzte Anzahl von Pflanzenzellen gewinnen zu können, die zur Herstellung der Substanz gebraucht werden.

Ein Hindernis, das dieser Forschungsrichtung der WHO entgegensteht, ist die Haltung gegenüber der Abtreibung, die nur in einigen Dritte-Welt-Ländern legal ist. Zoapalte wird schon seit mehr als 400 Jahren benutzt und es ist unwahrscheinlich, daß Mexiko diese Pflanze verbieten wird. Es könnten aber sehr wohl Maßnahmen gegen eine abtreibend wirkende Substanz ergriffen werden, die daraus gewonnen wird.

Die Forschungen von Entwicklungsländern in Richtung auf Arzneistoffe, die aus Pflanzen gewonnen werden, gehen weiter. Neue angemessene Kontrazeptiva sind dringend nötig, aber multinationale Firmen sind an einer Entwicklung nicht interessiert. Die Tests für Kontrazeptiva sind teuer und der Dritte-Welt-Markt ist nicht lukrativ genug, um die Ausgaben zu rechtfertigen. Bei der Verwendung von Pflanzen wären die multinationale Konzerne nicht in der Lage, das Rohmaterial zu kontrollieren, und der Patentschutz wäre nicht gewährleistet.

Familienplanung in den Niederlanden

Evert Ketting

In den letzten zwei Jahrzehnten haben die Niederlande einen tiefgreifenden Prozeß sozialer und kultureller Änderungen erlebt, der starke Auswirkungen auf Ehe und Familienleben, auf Sexualität und Geburtenkontrolle hatte. Was die Geburtenkontrolle betrifft, so sind insbesondere zwei Aspekte hervorzuheben. Erstens hat sich die Änderung nicht nur an der Oberfläche abgespielt, sondern sie hat die Einstellungen und Verhaltensweisen fast der gesamten Bevölkerung beeinflußt, und das geschah in der extrem kurzen Zeit von nur einem Jahrzehnt, nämlich von 1965 bis 1975. Zweitens hat diese Änderung nicht zu einem Anstieg der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche oder zu einem andauernd hohen Niveau von Schwangerschaftsabbrüchen geführt und auch nicht zu vielen Schwangerschaften bei Jugendlichen, was befürchtet worden war.

Das ökonomische Wachstum in den Niederlanden hat sozialstaatliche Einrichtungen begünstigt und zu einem ausgedehnten System sozialer Sicherheit geführt, welches gemeinsam mit einem wachsenden Einfluß der Massenmedien die Lebens- und Denkweise der Masse der Bevölkerung beeinflußt hat. Trotz dieser Änderungen bleiben die Niederlande eine einigermaßen integrierte Gesellschaft, die ihre eigentümlichen kulturellen Traditionen hat, wozu eine Kombination von Toleranz und ein gut ausgebildetes Gefühl für die Verantwortung für andere gehören. Diese beiden Kennzeichnungen sind wesentlich, um richtig zu verstehen, wie Sexualität und Familienplanung behandelt werden, und zwar sowohl in der Öffentlichkeit als auch von den einzelnen Personen, nachdem die alten Tabus gebrochen sind. Die Toleranz hat zu der Überzeugung geführt, daß die Leute selbst wählen sollen, ob und wann sie Kinder haben und ob sie sexuelle Beziehungen aufnehmen wollen. So sind zum Beispiel Versuche, Jugendliche davon abzuhalten, sexuelle Beziehungen aufzunehmen, um unerwünschte Schwangerschaften zu vermeiden, nach den 60er Jahren fast unbekannt geblieben. Denn es wurde allgemein eingesehen, daß ein solches Vorgehen zu nichts führt und nur

die Kinder ihren Eltern entfremdet. Das Gefühl der Verantwortlichkeit für andere erklärt es zugleich, warum das Bedürfnis, Familienplanungseinrichtungen für jedenmann verfügbar zu machen, so sehr in den Vordergrund trat. Die Verfügbarkeit solcher Dienste wurde als eine nationale Aufgabe angesehen, und Familienplanung wurde zu einem Aufgabengebiet für Eltern, Lehrer, die Massenmedien, Ärzte und andere.

Das System, Familienplanung durch den Hausarzt durchführen zu lassen, und zwar kostenlos, erleichterte nicht nur den Zugang zu solchen Diensten, sondern hat – und das ist wichtiger – Familienplanung zu einem akzeptierten Teil des täglichen Lebens in den Niederlanden gemacht.

(Dies ist der Auszug eines Beitrags des Autors in der Zeitschrift *International Family Planning Perspectives*, Volume 8, Number 4, December 1982 mit dem Titel „Contraception and Fertility in the Netherlands“, der sehr aufschlußreiche quantitative Angaben enthält und in Kopie von der Bundesgeschäftsstelle zur Verfügung gestellt werden kann.)

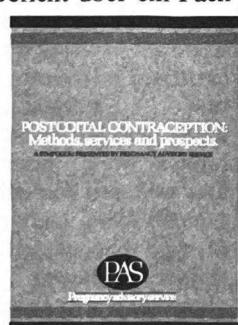
Postkoitale Schwangerschaftsverhütung

Einen umfassenden Überblick über das, was man heute über die Methoden der postkoitalen Kontrazeption und ihre Anwendung wissen kann, liefert der nunmehr gedruckt vorliegende Bericht über ein Fachsymposium:

Postcoital Contraception:

Methods, services and prospects.

London: Pregnancy Advisory Service (11–13 Charlotte Street, London W1P 1 HD) 1983. 88 S., 2,00 £.



Neben der Behandlung der Methoden liegt der Schwerpunkt auf Erfahrungsberichten über die Organisation von entsprechenden Angeboten, die Kooperation mit den verschiedenen Institutionen und die Erwartungen und Bedürfnisse der Benutzer. Neben zahlreichen Beiträgen aus Großbritannien finden sich auch Beiträge aus den Niederlanden und Irland; Dr. Knut Hoffmann, Federführender des Medizinischen Komitees der *Pro Familia*, hat über die Erfahrungen in der Bundesrepublik Deutschland referiert.

Schwangerschaftsverhütung fast unbekannt

Familienplanung in Griechenland

Jürgen Heinrichs

In seiner Eigenschaft als Präsident der Region Europa der International Planned Parenthood Federation hat Jürgen Heinrichs zusammen mit dem Geschäftsführer der Region Julian Heddy im März 1983 Griechenland einen Informationsbesuch abgestattet. Sie haben sich über die bisherige Entwicklung sowie die Pläne und Perspektiven der Familienplanungsarbeit sowohl der Regierung als auch der privaten Organisationen berichten lassen. Fragen des internationalen Erfahrungsaustausches und der Unterstützung für Informationsarbeit und Fortbildungsprogramme waren ebenso Gegenstand von Gesprächen wie eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen privaten und öffentlichen Institutionen auf dem Gebiet der Familienplanung.

Natürlich gibt es Geburtenregelung in Griechenland. Schon die Geburtenrate beweist es. Und die seit Jahren relativ niedrigen Geburtenzahlen waren für die früheren Regierungen ein ausreichender Grund, für Familienplanung, also für präventive Schwangerschaftsregelung, wenig zu tun. Auch im privaten Sektor gibt es trotz langjähriger Anstrengungen noch keine nationale Familienplanungsorganisation, und es haben sich nur einige kleinere Gruppen in Athen und zwei oder drei anderen Städten gebildet, die punktuell einige Beratungs- und Informationsarbeit leisten können. Erstaunlich unbekannt ist institutionelle, organisierte Familienplanung und zwar sowohl durch öffentliche als auch durch private Stellen.

Wie aber machen die Griechen das? Hormonelle Kontrazeptiva und Intrauterin-Pessare, sonst in Europa die wichtigsten Methoden, werden von der breiteren Bevölkerung so gut wie nicht benutzt. Der Coitus interruptus ist die wichtigste Methode, und es wird geschätzt, daß etwa sechzig Prozent der Paare ihn einigermaßen regelmäßig anwenden. Durchweg bekannt und auch leicht erhältlich sind ferner Kondome.

Die wirkungsvollste Methode der Geburtenregelung ist aber zweifelsohne der Schwangerschaftsabbruch. Er ist gesetzeswidrig, wird aber in allen Teilen des Landes freimüfig von Ärzten durchgeführt. Diese haben inzwischen eine große Routine erworben, daher halten sich die Nebenwirkungen inzwischen in engen Grenzen. Allerdings wird die relativ hohe Zahl von Fällen sekundärer Infertilität bei Frauen auf vorhergehende Abbrüche zurückgeführt.

Nach ernsthaften, von mehreren Seiten bestätigten Schätzungen liegt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei jährlich 200.000 – zu vergleichen mit einer Gesamtbevölkerung von 9,6 Millionen und einer Zahl von 150.000 (1980) Lebendgeburten. Es sind für die Abbrüche Schätzahlen im Umlauf, die noch erheblich höher liegen, ebenso wie erzählt wird, daß einzelne Frauen bis zu mehreren Dutzend Abbrüche hatten.

Kosten von 400 bis 500 DM pro Abbruch werden genannt, stellenweise mögen die Preise etwas niedriger liegen. Da die Abbrüche gesetzeswidrig sind, zahlt natürlich keine Krankenkasse. Auch wird in der Regel die Steuerbehörde nichts davon erfahren. Die Kosten stellen für die ärmere Bevölkerung eine Belastung dar, bei den durchführenden Ärzten summieren sie sich zu erheblichen Einnahmen. Daher wird dieser Gruppe von Ärzten großer Widerstand gegen die Maßnahmen präventiver Empfängnisregelung zugeschrieben. Die Ärztdichte allgemein und besonders bei den Gynäkologen ist in den Städten Griechenlands sehr hoch, die Konkurrenz also groß und Abbrüche eine willkommene Einnahmequelle.

Ansätze organisierter Familienplanung

Obwohl der Schwangerschaftsabbruch faktisch akzeptiert oder zumindest geduldet

wird, gibt es doch seit mehr als einem Jahrzehnt Versuche, präventive Empfängnisregelung zur Geltung zu bringen. Einerseits haben Frauen- und Kinderärzte, vornehmlich aus dem universitären Bereich, gegenüber den Belastungen und Gefährdungen des Abbruchs schonendere Methoden einführen wollen. Andererseits haben Frauengruppen mit deutlich politischen Zielen Frauen der Unterjochung unter die praktisch ausschließlich männlichen Abbruchärzte entziehen wollen.

Auf diese Weise sind in Athen zwei Organisationen entstanden, mit unterschiedlicher ideologischer Ausrichtung und verschiedenem Verständnis von Familienplanungspraxis. Es sind einige kleinere Beratungseinrichtungen vorhanden, und es wird Vortragstätigkeit und Informationsarbeit durchgeführt. Obwohl sich inzwischen Annäherungen im Verständnis von Familienplanungsarbeit bei beiden Gruppen feststellen lassen, ist die eine doch nach wie vor ärztlich bestimmt, während in der anderen die Vorbehalte gegenüber Ärzten weiterhin erheblich sind.

In letzter Zeit haben sich auch Ansätze von Familienplanungsarbeit in anderen Städten entwickelt. In Thessaloniki hat die Universitätsfrauenklinik eine Beratungsstelle eingerichtet, die vornehmlich Frauen und Männern in Fällen gestörter Fertilität ihre Dienste anbietet. Ebenfalls in dieser nordgriechischen Industriestadt sind Mitglieder des Vorstands einer Vereinigung von Gemeindeschwestern (die Aufgaben der Gesundheitserziehung wahrnehmen) darum bemüht, Familienplanungsberatung anzubieten, und zwar in allen Teilen des Landes.

Neuere Entwicklungen und Perspektiven

Nachdem seit 1981 die Panhellenische Sozialistische Bewegung die Regierung stellt, gibt es jetzt ernsthafte Pläne, im Rahmen von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes präventive Geburtenregelung im ganzen Land zugänglich zu machen. Diese Pläne wurden uns von der persönlich stark in dieser Sache engagierten Staatsministerin im Gesundheitsministerium erläutert. Demnach sollen insgesamt etwa vierhundert Gesundheitsstationen eingerichtet werden, die Schwangere, Mütter und Kleinkinder versorgen, Impfaktionen durchführen, der Krebsvorsorge dienen sowie genetische und Familienplanungsberatung anbieten. Feste Sprechstunden sollen durch Hausbesuche und Informationskampagnen ergänzt werden. Eine entsprechende personelle Ausstattung ist vorgesehen.

Es handelt sich also um ein sehr ambitioniertes Programm; folglich wird seine Durchführbarkeit bezweifelt, da das entsprechende Gesetz schon an Finanzierungsschwierigkeiten scheitern könnte. Für private Organisationen ist in diesem Programm zunächst kein Platz. Allerdings zeigten sich im Gespräch doch Ansätze für eine sinnvolle Arbeitsteilung.

Die vorhandenen privaten Organisationen wollen sich jetzt zu einem Verband zusam-

menschließen, ihre Arbeit koordinieren und ihre Forderungen gegenüber der Regierung gemeinsam anmelden. Ob sich in Griechenland jedoch schnell auf dem Gebiet der Familienplanung wesentliches ändern lässt, bleibt abzuwarten.

Die von *Pro Familia* für Griechen in der Bundesrepublik Deutschland entwickelte Familienplanungsbroschüre trifft auch in Griechenland auf Anerkennung.

Es kann nur noch besser werden

Wenn ich im Nachhinein die bundesweite Demonstration am 26. 2. 1983 in Karlsruhe betrachte, dann bekomme ich Zweifel am Verband *Pro Familia*.

Die *Pro Familia* setzt sich aus 10 Landesverbänden und 145 Beratungsstellen zusammen, die alle mehr oder weniger täglich mit dem § 218 StGB konfrontiert werden; sei dies in der Beratungs-, Verbands- oder in einer Öffentlichkeitsarbeit. Wir sind uns sicher alle darüber einig, daß der § 218 und *Pro Familia* für uns eine ständige Herausforderung bedeutet.

— Seit letztem Jahr treten wieder verstärkt konservative Kräfte in der Öffentlichkeit auf und versuchen den bestehenden Paragraphen zu verschärfen. Ich denke dabei nur an die Bedrohung der Finanzierung des Abbruchs durch Krankenkassen oder an die diesjährige Frühjahrsvollversammlung der katholischen Bischöfe in Trier, wo in einer Stellungnahme „verkündet“ wird: „Wir können und werden uns nicht mit der jetzigen Gesetzeslage und Abtreibungspraxis abfinden.“

Ich habe den Eindruck, daß die Mehrzahl der *Pro Familia*-Mitarbeiter/innen, Mitglieder und „Funktionäre“ dies verdrängt, ignoriert oder gar vielleicht noch nicht bemerkt hat, daß die konservativen Kräfte erheblich Stimmung gegen den bestehenden § 218 machen können. — Mit ist dies deutlich geworden, wenn ich die Vorbereitungen und das Engagement der *Pro Familia* zu der bundesweiten Demonstration vor Augen halte.

Am 17. 1. 1983 hat Präsident Heinrichs ein Schreiben an die Landesverbände geschickt, mit der Bitte zu überlegen, welche Möglichkeiten sie haben, auf diese Veranstaltung hinzuweisen. — Die Initiative des Präsidenten war erfreulich und notwendig zugleich, auch wenn sie etwas

spät kam. Denn der Termin für die Demonstration stand schon im Dezember des letzten Jahres fest.

Einem Verband, „der gesellschaftlich auf der Höhe ist“, hätte es gut angestanden, wenn er Ende des Jahres 1982 auf jeder Ebene überlegt und diskutiert hätte, wie man sich zu der Demonstration stellt; mit welchen Forderungen und um den Konservativen zumindest mal ein Zeichen zu setzen!

Das Dilemma des Verbandes hat sich dann auch auf der Demonstration gezeigt. — Die wenigen *Pro Familia*-Menschen, die in Karlsruhe dabei waren, trafen sich eher zufällig; z. B. hätte die *Pro Familia* einen eigenen Block in der Demonstration bilden können mit eigenen Forderungen. Die wenigen *Pro Familia*-Forderungen, die auf Plakaten zu sehen waren, haben mich eher erschreckt, wenn ich mich nur an das eine *Pro Familia*-Plakat erinnere: „Pille auf Kassenleitung“. — So etwas kann nur entstehen, wenn man sich nicht ausführlich und in breiter Form auseinandersetzt hat. Des weiteren war bei nicht wenigen *Pro Familia*-Menschen eine Enttäuschung über die mangelnde Beteiligung von Kolleginnen/Kollegen, Mitgliedern und „Funktionären“ zu spüren.

Es ist wohl zweifelsfrei, daß der § 218 ein gesellschafts-politisches Problem ist und die bestehende Rechtsordnung des Paragraphen in Gefahr ist, nach rechts verändert zu werden. Dies sollte an keinem Landesverband, Mitarbeiter/in, Mitglied und „Funktionär“ der *Pro Familia* spurlos vorbeigehen. —

Es kann nur noch besser werden!

Roland Riedl

Vom Elend der Arbeitslosigkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie hat eine gemeinsame Stellungnahme von Verbänden der psychosozialen Versorgung zu den individuellen und sozialen Kosten der Arbeitslosigkeit vorbereitet. Das Präsidium hat beschlossen, daß sich die Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung dieser Erklärung anschließt und sie mitunterzeichnet. Wir drucken sie in Auszügen ab und empfehlen ihre weitere Verwendung.

Die öffentliche Meinung in der Bundesrepublik Deutschland hat sich – so erweckt es zumindest gegenwärtig den Anschein – an ständig wachsende Arbeitslosenzahlen als einer natürlichen Entwicklung gewöhnt. Dabei wird jedoch häufig übersehen, daß die Massenarbeitslosigkeit für betroffene Einzelne, Familien, Gemeinden und die Gesamtgesellschaft schwerwiegende psychosoziale Langzeitwirkungen hat, die bei politischen und wirtschaftlichen Entscheidungen ernsthafter berücksichtigt werden müssen.

Arbeitslosigkeit wird weitgehend übereinstimmend als wichtigstes ökonomisches und gesellschaftspolitisches Problem der Gegenwart in den westlichen Ländern angesehen. Der gesundheitspolitische Aspekt von Arbeitslosigkeit wird hingegen bislang kaum zur Kenntnis genommen. Gesundheitspolitik, die nicht länger nur vorrangig

– Anzeige –

Sexualpädagogik und Familienplanung

Zeitschrift der Pro Familia

Pro Familia Praxis

...lautet das Schwerpunktthema der nächsten Ausgabe (Heft 5/83). Es erscheint Anfang September und enthält eine Vielzahl von Beiträgen aus dem Bereich der Pro Familia. Das Heft wird eine bisher einzigartige Dokumentation über die Vielfalt der praktischen Pro Familia-Arbeit sein.

Sexualpädagogik Familienplanung

Zeitschrift der Pro Familia

ineffektive und teure ‚Krankheitspolitik‘ sein will, hat die Aufgabe, sich stärker mit jenen gesellschaftlichen Bedingungen zu beschäftigen, die gesundheitliche und psychische Schäden in der Bevölkerung verursachen. Dazu gehört unseres Erachtens in zentraler Weise eine Beachtung der Schäden, die durch Arbeitslosigkeit verursacht oder verstärkt werden.

Bereits vor fünf Jahren haben mehrere psychotherapeutische Fachverbände auf die Zunahme psychosozialer Belastungen und Schäden hingewiesen, die den Anstieg der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland begleiteten.

Damals wies die offizielle Statistik ungefähr eine Million Arbeitslose aus.

Inzwischen ist die Arbeitslosigkeit alarmierend angestiegen, die 2-Millionen-Grenze wurde bereits im Januar 1982, die 2,5-Millionen-Grenze wurde im März 1983 erstmalig überschritten (dazu kommen 1,2 Millionen Kurzarbeiter), für Ende 1983 wird schon mit bis zu 3 Millionen Arbeitslosen gerechnet. Wirtschaftswissenschaftler sagen für Mitte der 80er Jahre ein weiteres Ansteigen der Arbeitslosigkeit auf 4 Millionen voraus.

Auch ein leichter, saisonalbedingter Rückgang der Zahlen, wie er jetzt aus den neuen Daten der Bundesanstalt für Arbeit zu erkennen ist, ändert an dieser grundsätzlichen Tendenz nichts.

Aus diesem Grunde wenden sich die unterzeichnenden Fachverbände an die Öffentlichkeit, um eindringlich auf die sich weiter verschärfenden psychosozialen Folgeschäden von Massenarbeitslosigkeit hinzuweisen.

Welches reale Ausmaß hat die Arbeitslosigkeit in der BRD?

Die Zahl von gegenwärtig 2,5 Millionen Arbeitslosen, die höchste Zahl seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland, ist an sich schon erschreckend genug.

Sie beschreibt jedoch nicht annähernd das wirkliche Ausmaß, in dem die Bevölkerung der Bundesrepublik dem Problem der Massenarbeitslosigkeit konfrontiert ist.

Über die offiziell arbeitslos Gemeldeten hinaus sind betroffen

- Jugendliche, die nach erfolgloser Suche nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz ent-

Die Erklärung zum Elend der Arbeitslosigkeit wurde von folgenden Fachverbänden unterzeichnet:

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)
Postfach 1343, 7400 Tübingen

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)
Postfach 1253, 3050 Wunstorf

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Richard-Wagner-Str. 12, 5000 Köln 1

Berufsverband Deutscher Psychologen e. V. (BDP)
Heilsbachstr. 24, 5300 Bonn 1

Berufsverband der Sozialarbeiter und Heilpädagogen (BSH)
Hedwig-Dransfeld-Platz 2, 4300 Essen

Berufsverband der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen e. V. (DBS)
Schützenbahn 17, 4300 Essen 1

Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung e. V. (DGGK)
Brehmstr. 9, 4000 Düsseldorf 1

Deutsche Gesellschaft für Humanistische Psychologie (DGHP)
Goerdtstr. 7, 5180 Eschweiler

Humanistische Union e. V.
Bräuhausstr. 2, 8000 München 2

Liste demokratischer Ärzte
Dr. Winfried Beck, Wolframstr. 20,
6050 Offenbach

Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V.
Cronstettenstr. 30, 6000 Frankfurt/M. 1

Verband für Berufs- und Arbeitspsychoologie e. V. (vbap)
Ulrich Nann, Bahnhofstr. 38, 7570 Baden-Baden 19

mutigt eine Meldung beim Arbeitsamt unterlassen (deren Zahl allein zweieinhalbmal so hoch eingeschätzt wird wie in der Statistik angegeben);

- Ehefrauen, die sich nach Verlust ihres Arbeitsplatzes resignierend in die ‚stille Reservearmee‘ des Arbeitsmarktes zurückgezogen haben;
- Arbeitslose, die aufgrund des Verdienstes ihres Ehepartners keine Arbeitslosenhilfe mehr erhalten;

- Ehemalige Bezieher von Arbeitslosenhilfe, die für nicht arbeitsfähig erklärt und zur Sozialhilfe überführt wurden;
- Arbeitslose, die nur in kurzfristige Stellen vermittelt wurden, an Arbeitsbeschaffungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen, wodurch ihre Arbeitslosigkeit nur vorübergehend unterbrochen wurde;
- Bewohner von Heimen, Anstalten und Nichtseßhaften.

Es muß angenommen werden, daß unter Einbeziehung dieser Gruppen, die nur aufgrund des offiziellen Erfassungssystems der Bundesanstalt für Arbeit nicht als arbeitslos gelten, die reale Zahl der Arbeitslosen in der BRD zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwischen 3.5 und 4 Millionen beträgt.

Daneben werden jedoch auch häufig die Millionen von Familienangehörigen, Partner und Kinder von Arbeitslosen, die durch ihre indirekte Betroffenheit von Arbeitslosigkeit ebenfalls psychisch belastet sind, unberücksichtigt gelassen.

Zudem macht im Verlauf eines Jahres ein sehr viel größerer Teil der Bevölkerung die Erfahrung von Arbeitslosigkeit. Allein im Januar 1983 wurden eine halbe Million Menschen neu arbeitslos.

Man kann folglich davon ausgehen, daß gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland die soziale und psychische Situation von annähernd 10 Millionen Menschen durch die Erfahrung von Arbeitslosigkeit bestimmt ist.

Welche individuellen und sozialen 'Kosten' entstehen durch Arbeitslosigkeit?

In Ländern wie Großbritannien und den USA führt Arbeitslosigkeit aufgrund einer sehr unzureichenden sozialen Absicherung gegenwärtig meistens zu Armut.

Aber auch in der BRD, in der die soziale Absicherung Arbeitsloser mit Ausnahme Jugendlicher zwar noch besser erscheint, ist Arbeitslosigkeit mit erheblichen finanziellen Einbußen verbunden. Nur 60 % der arbeitslos Gemeldeten erhalten gegenwärtig staatliche Unterstützung durch Arbeitslosengeld oder -hilfe.

Neben der wirtschaftlichen Verarmung und dem sozialen Abstieg sind jedoch die durch die psychologische und medizinische Forschung nachgewiesenen vielfältigen Schädigungen infolge von Arbeitslosigkeit als nicht weniger schwerwiegend zu betrachten.

In Abhängigkeit vom Anstieg und der Verfestigung von Massenarbeitslosigkeit sind gesamtgesellschaftlich folgende Auswirkungen festgestellt worden und auch für die BRD zu erwarten:

- Kriminalitätsgefährdung insbesondere Jugendlicher,
- Zunahme von Drogenabhängigkeit, depressiven Symptomen, Selbsttötungen und Selbsttötungsversuchen

- Verstärkung und Alkoholismus und alkoholabhängigen Erkrankungen
- Zunahme von Einlieferungen in psychiatrische Kliniken
- Zunahme psychosomatischer Erkrankungen (wie z. B. Herzerkrankungen, Magengeschwüre, Rheumatismus, Bluthochdruck)
- Zunahme der Kindersterblichkeit
- Verschlimmerung bereits vorhandener psychischer Störungen.

Beim *einzelnen Arbeitslosen* führt Arbeitslosigkeit häufig zu:

- einem Gefühl des Kontrollverlustes über die eigenen Lebensbedingungen und daraus resultierender Hilflosigkeit,
- einer Entstrukturierung von Tagesabläufen und dem Verlust an Zukunftsplanung,
- einer Abnahme des Selbstvertrauens, Verringerung des Selbstwertgefühls und des Vertrauens gegenüber Mitmenschen,
- emotionaler Labilität,
- Schlafstörungen,
- Depressionen, Fatalismus und Apathie insbesondere bei langfristig Arbeitslosen, verbunden mit dem Gefühl der Wert- und Hoffnungslosigkeit,
- einer Zunahme der sozialen Isolation und damit zu einem Verlust an Anregungen durch die soziale Umwelt,
- Vermehrung von Schuldvorwürfen gegenüber der eigenen Familie.

Bei *arbeitslosen Jugendlichen* führt Arbeitslosigkeit darüber hinaus

- zu einer Verlängerung der Abhängigkeit vom Elternhaus
- zu Störungen der Identitätsentwicklung
- zu sozialer Desintegration.

Bei den *Angehörigen Arbeitsloser* lassen sich folgende Auswirkungen feststellen:

- Zunahme familiärer Konflikte verbunden mit einem Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben,
- bei Kindern Arbeitsloser die Zunahme von Entwicklungsstörungen, Schulleistungsschwäche und einer langfristigen Abnahme des Selbstwertgefühls,
- bei Ehefrauen Arbeitsloser die Zunahme psychosomatischer Störungen
- Zunahme von Ehescheidungen
- Zunahme von Kindesmißhandlungen

Bei *Beschäftigten* führt die Erfahrung von Massenarbeitslosigkeit und die damit verbundene Angst vor drohender Entlassung zur

- Verschärfung des Leistungsdrucks, was einen früheren Verschleiß der Arbeitskraft und damit die Erhöhung des zukünftigen Arbeitslosigkeitsrisikos bewirkt,
- Verschärfung des Konkurrenzdrucks verbunden mit der Gefahr der Entsolidarisierung der Belegschaften,
- Senkung des Anspruchsniveaus an die Qualität von Arbeitsplätzen und dem weitgehenden Verzicht auf Humanisierungsforderungen,

- deutlich erhöhte Anfälligkeit für psychische und körperliche Störungen bei drohender Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit,
- Unterlassung berechtigter Krankmeldungen und notwendiger Kuranträge.

Bei denjenigen, die noch in der *Ausbildung* sind, führt die Furcht vor einer späteren Arbeitslosigkeit zu

- Motivationsverlusten und Aggressivität bei Schülern,
- Gefühlen von Sinnlosigkeit, Perspektivlosigkeit und Ohnmacht, die sich in 'no-future-Haltungen' niederschlagen.

Folgerungen:

1. Der Zusammenschluß von Arbeitslosen in Initiativ- und Selbsthilfegruppen kann einige der Folgewirkungen von Arbeitslosigkeit abmildern und verdient daher breite öffentliche Unterstützung.
2. Um eine Spaltung zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen zu vermeiden, benötigen Arbeitslose eine starke kollektive Interessenvertretung im Rahmen von Arbeitnehmerorganisationen oder anderen gesellschaftlich breitverankerten Institutionen. Die Isolation einzelner Arbeitsloseninitiativen kann auf diese Weise vermieden werden.
3. In der öffentlichen Diskussion muß darauf hingewirkt werden, daß individuelle Schuldzuweisungen für Arbeitslosigkeit unterbleiben, die aus den 'Opfern' des Arbeitsmarktes 'Täter' ihres eigenen Schicksals machen. Maßnahmen der Arbeitsverwaltung, Gesetze wie das Arbeitsförderungskonsolidierungsgesetz und Zumutbarkeitsregelungen als auch öffentliche Erklärungen von Politikern und Publizisten sollten stattdessen aktiv darauf gerichtet sein, Vorurteile bei der Erklärung von Arbeitslosigkeit abzubauen.
4. Institutionen der Arbeits- und Sozialverwaltung als auch des Gesundheitswesens müssen stärker die psychosozialen Schäden durch Arbeitslosigkeit berücksichtigen. Dazu ist eine Information und Schulung der Mitarbeiter über die Ergebnisse der psychologischen und medizinischen Arbeitslosigkeitsforschung dringend geboten, um den Umgang mit ihren Klienten zu verbessern.
5. Die einzige auf Dauer erfolgversprechende Maßnahme gegen Arbeitslosigkeit und ihre Folgen ist ihre Beseitigung. Dabei wird man an der Umverteilung des gesellschaftlichen Arbeitsvolumens keinesfalls vorbeikommen.
6. Solange Massenarbeitslosigkeit jedoch existiert, sollte die Sozialpolitik so strukturiert werden, daß durch geeignete Maßnahmen die psychosozialen Schäden bei Arbeitslosen verringert werden.
7. Gleichzeitig warnen die unterzeichnenden Fachverbände davor, daß die Massenarbeitslosigkeit dazu benutzt werden könnte, die Belastung der Beschäftigten zu erhöhen und gesetzliche Schutzbestimmungen für Arbeitsgruppen so zu lockern, daß daraus eine Verstärkung der psychosozialen Schäden durch belastendere Arbeitsbedingungen resultiert.

Aus Zeitschriften

Kinder – oder auch nicht

Als einen Nachtrag quasi zum Schwerpunktthema der Ausgabe 1/83 soll auf zwei Beiträge in Periodika hingewiesen werden, die sich mit Fragen des Kinderhabens beschäftigen.

Mit der dritten Ausgabe schließt soeben eine neue Zeitschrift zur Bevölkerungsfor- schung und Bevölkerungspolitik ihren ersten Jahrgang ab. Sie erscheint zwar in einem niederländischen Verlag, und an der Redaktion sind auch Europäer beteiligt; die Beiträge stammen aber weit überwie- gend von US-amerikanischen Universitä- ten. So auch ein Artikel über absichtliche Kinderlosigkeit:

David E. Bloom and Anne R. Pebley, Voluntary Childlessness: A Review of the Evidence and Implications. In: *Popula- tion Research and Policy Review*, Volume 1, Number 3, Oktober 1982, Seite 203-224.

Für die USA läßt sich feststellen, daß – mit steigender Tendenz – inzwischen etwa dreißig Prozent der Frauen kinderlos blei- ben. Dieser Anteil liegt erheblich über dem Anteil an jungen Frauen, die in Befragun- gen angeben, sicherlich oder wahrschein- lich kein Kind haben zu wollen (etwa elf Prozent). Auch in einigen europäischen Ländern, darunter Österreich und die Bundesrepublik Deutschland, liegt der Anteil der Frauen, die kein Kind haben und ver- mutlich niemals eins haben werden, bei jüngeren Jahrgängen bei dreißig Prozent. Der Beitrag diskutiert im einzelnen, welche Faktoren für Kinderlosigkeit charak- teristisch sind. Schließlich wird erörtert, mit welchen Maßnahmen potentiellen Eltern geholfen werden könnte, die keine Kinder haben, aber vielleicht doch gerne Kinder haben möchten.

„Kinder machen ihren Eltern nicht nur Freude oder Sorgen, sie kosten auch Geld. Aufschluß darüber, welche Kosten Kinder unmittelbar verursachen, gibt die alle zehn Jahre durchgeführte Konsumerhebung des Österreichischen Statistischen Zentralam- tes.“ Mit diesen Sätzen beginnt der Beitrag von

Rainer Münz, Kinderkosten 1982. In: *De- mographische Informationen 1982*, Seite 51-55. (Institut für Demographie, Öster- reichische Akademie der Wissenschaf- ten, Wien)

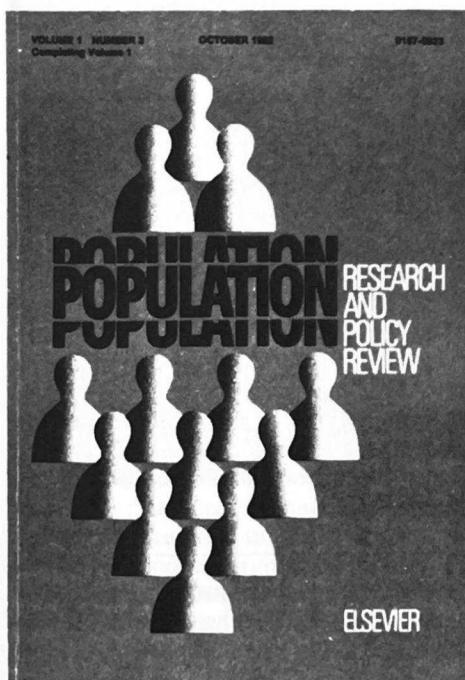
Die Höhe der Kinderkosten ist in erster Linie vom Einkommen der Eltern abhängig. Daneben entscheidet die Kinderzahl, denn absolut und relativ ist jeweils das erste Kind am teuersten. Das Alter des Kindes beein- flußt die Kinderkosten demgegenüber nur wenig. Ältere Kinder kosten nur etwas mehr als jüngere.

In Österreich wird unabhängig vom Ein- kommen der Eltern für jedes Kind eine Familieneihilfe bezahlt, die im Jahre 1982 für Kinder unter zehn Jahren monatlich 1.000 öS und für Kinder und Jugendliche von zehn bis neunzehn Jahren 1.200 öS be- trägt. Diese Regelung ist umstritten, weil Familien mit geringerem Einkommen da- durch eine stärkere Entlastung erfahren als Familien mit höherem Einkommen. Die entsprechende politische Frage lautet:

„Soll sich staatliche Familienförderung am Aufwand orientieren, den die Eltern für ih- re Kinder tatsächlich leisten, oder eher dar- an, was sich Eltern nicht leisten können? Ersteres spräche für eine Förderung, die es den Eltern ermöglicht, ihren gewohnten Lebensstandard auch mit Kindern unver- ändert aufrechtzuerhalten. Letzteres sprä- che für eine wirksame Umverteilung zu- gunsten einkommensschwacher Haushalte. Die Analyse der Verteilungswirkungen von Familienbeihilfen zeigt, daß die gegen- wärtig in Österreich betriebene Familien- politik keine soziale Gruppe eindeutig be- vorzugt oder benachteiligt: Alle Haushalte beziehen etwa die gleiche Förderung pro Kind. Familien mit niedrigerer Steuerleis- tung und mit geringeren Ausgaben für Kinder profitieren von dieser einheitlichen Förderung subjektiv, wie auch im Rahmen der sekundären Einkommensverteilung, mehr; wohlhabendere Familien profitieren von der Förderung dagegen im Durch- schnitt länger, weil Kinder aus höheren So- zialschichten meist später ins Berufsleben eintreten. Die Kinderkosten-Rechnung macht jedoch deutlich, daß die Familieneihilfe praktisch für niemanden ein ‚Ges- chäft‘ ist. Kinder kosten trotz großzügiger Familienförderung mehr, als der Staat zu ihren Gunsten umverteilt.“

Diese Beobachtungen können sicherlich nicht nur in unserem Nachbarland Gültig- keit beanspruchen.

(Die „Demographischen Informationen 1982“, die weitere wichtige Beiträge enthal- ten, können kostenlos bezogen werden von der Österreichischen Akademie der Wis- senschaften, Hintere Zollamtstr. 4, A - 1033 Wien.) -jh-



Mit dem Hinweis auf einzelne wichtige Beiträge in meist fremdsprachigen Fachzeitschriften will die Redaktion ein zusätzliches Angebot verbinden: Gegen Erstattung der Kosten für Kopie und Versand können die Artikel von der Bundesgeschäftsstelle der Pro Fa- milia, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1, bezogen werden.

Eine Diskussion findet nicht statt

In der Ausgabe 1/1983 haben wir einen Beitrag von Gerhard Amendt nachgedruckt: „Vom Beicht- zum Gynäkologenstuhl“. Diese Veröffentlichung war mit der Einladung der Redaktion verknüpft, die Einschätzungen und Thesen des Autors in unserer Zeitschrift zu diskutieren. Es war geplant, Diskussionsbeiträge in dieser Ausgabe 4/1983 zu veröffentlichen.

Zum Erstaunen der Redaktion ist dieses Angebot nicht aufgenommen worden. Wir können lediglich eine Stellungnahme von *Dr. med. Gerd Krebs*, dem langjährigen Vorsitzenden des Landesverbandes Baden-Württemberg und jetzigen Ehrenvorsitzenden dieses Landesverbandes, die er auf die Originalveröffentlichung in der Zeitschrift *Konkret* hin geschrieben hatte, wiedergeben:

Was will A. mit seinem Rundumschlag eigentlich erreichen?

Sollte ein „Medizinsoziologe“ nicht etwas mehr von der Medizin verstehen? Sollen die Frauen noch mehr Angst vor dem Gynäkologen bekommen, der offenbar an allem schuld ist, was Frauen entrichtet und unterdrückt? Hierbei dient der Gynäkologenstuhl anstelle des Beichtstuhls zum Instrument der Unterdrückung. Weiß A. noch nicht, daß es ein Kunstfehler wäre, eine Verordnung, sei es Pille, Spirale, Diaphragma oder sonstige ohne vorherige gynäkologische Untersuchung zu geben? Was weiß der Verf. über Kindergynäkologie, wenn er sie in seiner Fantasie nur mit „frühen sexuellen Aktivitäten der Mädchen“ in Verbindung bringt? Mehr Sachkenntnis wäre hier ebenso wünschenswert wie mehr Sorgfalt in der Begründung von Behauptungen. Natürlich gibt es mancherlei Anlaß zur Kritik an der Lehre, der Ausbildung und der Ausübung der Gynäkologie. Bliebe die Kritik sachlich und präzisiert, sie könnte konstruktive Ansätze bieten, die auch innerhalb der Gynäkologie schon längst im Gang sind. Solche Sammelurteile taugen allenfalls für demagogische Zwecke. Aus der Arbeit der *Pro Familia* lassen sich viele Beispiele für fortschrittliche, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Beratungsstellen und Frauenärzten belegen. Ist dieser Entwicklung gedient, wenn der Gynäkologe schlechthin als skrupelloser Ausbeuter mit „sadistischer Motivation“ dargestellt wird?

Ein Jahr Familienplanungszentrum

Seit über einem Jahr arbeitet in Hamburg das Familienplanungszentrum, das von dem Landesverband der *Pro Familia* und der Arbeiterwohlfahrt Hamburg gemeinsam getragen wird. Das Zentrum legt für das Jahr 1982 einen sehr informativen und lebenswerten Erfahrungsbericht vor. Daraus geht hervor, daß 830 Personen das Zentrum aufgesucht haben, darunter waren etwa 10 % Männer. Das öffentliche Interesse richtet sich überwiegend auf die Tatsache, daß in diesem Zentrum auch Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Von den Beratungen und Behandlungen, die stattgefunden haben, entfallen 22 % auf Schwangerschaftsabbrüche. Es ist gelun-



gen, eine breite Palette von Dienstleistungen anzubieten, die auch von den Ratssuchenden akzeptiert wird. Der Bericht gibt darüber Auskunft, warum es das Familienplanungszentrum gibt, welche Frauen und Männer dorthin kommen und was sie erwarten. In dem Abschnitt „Wer arbeitet im Familienplanungszentrum und warum?“ stellen sich die Mitarbeiter selbst vor und geben ihre Gründe an, gerade hier zu arbeiten. Der Bericht enthält weiter eine Jahresstatistik sowie Angaben über die Finanzierung des Zentrums. Ausführlich wird auch die politische Auseinandersetzung um die Arbeit dieses Familienplanungszentrums dokumentiert.

Öffentlichkeitsarbeit lernen

Ende April 1983 hat erneut unter Leitung von Gisela Zehm ein zweitägiges Seminar über beratungsstellennahe Öffentlichkeitsarbeit in Hangelar stattgefunden. Unter Mithilfe von Journalisten von der Zeitung, der Presseagentur, dem Hörfunk und dem Fernsehen wurde in praktischen Übungen die mögliche Öffentlichkeitsarbeit einer Beratungsstelle an Beispielen erprobt. Von den fünfundzwanzig Teilnehmern kamen acht von Beratungsstellen der Arbeiterwohlfahrt, die übrigen kamen aus Beratungsstellen der *Pro Familia*. Eine von ihnen schreibt im Anschluß der Seminars, „daß mir dieses Wochenende für meine Arbeit sehr viel gebracht hat, ich die anwesenden Journalisten als angenehm offen und hilfsbereit empfunden habe, und dadurch meine Scheu vor der Unnahbarkeit der Medien sicher ein Stück abgebaut werden konnte. Die Zeit war eigentlich sehr kurz, um all die Informationen ver- und aufzuarbeiten zu können, und ich fände es deshalb sehr gut, wenn dieses Seminar bald fortgesetzt werden könnte.“ -jh-

Anschriften der Pro Familia-Landesverbände

Baden-Württemberg:
7000 Stuttgart 1, Schloßstraße 60
Telefon (0711) 62 26 18

Bayern: 8000 München 40
Türkenstraße 103/I
Telefon (0 89) 39 90 79

Berlin: 1000 Berlin 30
Schöneberger Ufer 55
Telefon (0 30) 2 61 50 77

Bremen: 2800 Bremen
Stader Straße 35
Telefon (0 41) 49 10 90

Hamburg: 2000 Hamburg 11
Seewartenstraße 7
Tel. (0 40) 31 10 24 98 / 31 10 23 05

Hessen: 6000 Frankfurt/Main 50
Hügelstraße 70
Telefon (0 611) 53 32 57

Niedersachsen:
3000 Hannover 1, Bödekerstr. 60
Telefon (0 511) 31 84 80

Nordrhein-Westfalen:
5600 Wuppertal 1
Robert-Daum-Platz 1-3
Telefon (0 202) 38 41 10

Rheinland-Pfalz / Saarland:
6500 Mainz, Rheinallee 40
Telefon (0 6131) 67 21 51

Schleswig-Holstein:
2390 Flensburg, Marienkirchhof 6
Telefon (0 461) 1 79 11

Fortsetzung von Seite 12

lernten, wie sie weibliche Patienten behandeln sollten; die Information blieb bruchstückhaft, weil sich die Feministinnen nur einmal mit den Studenten trafen; die bestehenden Machtverhältnisse wurde nicht in Frage gestellt. Um ihre Politik der Selbsthilfe zu betonen, wurde von den Frauen des PTP ein drittes Programm entworfen, das die Unterschiede gegenüber dem Programm der Patientensimulation deutlich machen sollte.

Das dritte Protokoll

Dieses enthielt, statt einer Kritik, die folgenden Änderungen:

1. Der Unterricht sollte auf Studentinnen beschränkt werden, die – gemäß dem Prinzip des gegenseitigen Lernens – nicht nur andere Frauen untersuchen, sondern sich auch selbst untersuchen lassen sollten. Dahinter stand die Frage, und darüber nachzudenken wollten sie die Studenten anregen, ob Männer Gynekologen werden sollten.
2. In jeder Ausbildungsguppe waren nicht nur Medizinstudenten, sondern auch andere Personenkreise wie Krankenhauspersonal, die von Frauen des PTP unterwiesen worden waren. Dies war ein Versuch, bestehende Hierarchien, sowohl innerhalb des medizinischen Personals als auch zwischen Arzt und Patient, aufzubrechen.

Im dritten Protokoll ging es vornehmlich um Fragen der Machtstrukturen, des Sexismus und der Lehrmethoden; um Fragen des Profits sowie um die Beziehung zwischen „Anbietern“ und „Abnehmern“ ärztlicher Leistungen.

Inzwischen hatten sich auch andere medizinische Fakultäten, so die von Tufts und die Bostoner Universität, an das PTP gewandt. Jedoch war, wie von dem PTP vorausgesagt, keine dazu bereit, das Programm in ihren Unterricht aufzunehmen. Als Gründe wurden die hohen Kosten, aber auch die Diskriminierung der Männer genannt. Solange das PTP nicht aus dem akzeptablen Rahmen fiel, (etwa mit dem Programm der Patientinnensimulation), wurde es anerkannt. Als dieses jedoch traditionelle Herrschaftsstrukturen und die Ziele der medizinischen Ausbildung grundsätzlich in Frage zu stellen begann, wurde es abgelehnt. Dies führte dazu, daß das PTP im Sommer 1976 eingestellt werden mußte. Zwar wurde das dritte Protokoll weiterhin verschickt und

Anfragen beantwortet, aber die Feministinnen führten keine Kurse mehr durch.

Ergebnisse

Was können wir aus den Erfahrungen lernen?

Das Programm kann beurteilt werden unter dem Gesichtspunkt, inwieweit es den Feministinnen gelang, die Ausbildung der Ärzte zu reformieren. Das PTP hat bewiesen, daß auch Nichtprofessionelle ein solches Programm entwerfen und durchführen können. So wurde von den Mitarbeiterinnen im PTP demonstriert, wie sich Laien selbst informieren und im bisher den Ärzten vorbehaltenen medizinischen Bereich aktiv mitwirken können. Indem sich die Frauen vom PTP offen als Feministinnen bekannten und sich gegen sexistische Einstellungen und Praktiken im Unterricht wehrten, politisierten sie die Ausbildung. Außerdem machten sie deutlich, daß mehr Wissen und Information über medizinische Aspekte einer Untersuchung zu Veränderungen in den Machtverhältnissen zwischen Arzt und Patientin führen können. Sie sorgten dafür, daß die Frauengesundheitsbewegung Geld für diese Arbeit bekam, und sie erhielten selbst einen guten Einblick in die medizinische Ausbildung. Schließlich schufen sie, was das Medizinstudium betraf, einen Markt für ihr Angebot. Sie erreichten diese Ziele aufgrund ihrer Erfolge in den ersten beiden Phasen des Programms. Durch ihre Veröffentlichungen wurde das PTP im ganzen Land bekannt. Medizinstudenten und andere Interessierte lasen über den Erfolg ihrer Lehrmethoden und sahen an diesem Beispiel, daß so etwas möglich ist.

Die Feministinnen verfaßten und vertrieben ein Handbuch mit Anleitungen für die Durchführung gynäkologischer Untersuchungen, das nach wie vor gefragt ist. Sie erhalten weiterhin viele Nachfragen nach den Protokollen und dem Handbuch, aber auch allgemeine Anfragen darüber, wie man solche Programme einrichten kann.

In ihrer eigenen Analyse kamen die Frauen im PTP hingegen zu dem Schluß, daß ihre Erfolge den Aufwand an Zeit und Kraft, den die Durchführung des Programms erforderte, letztlich nicht rechtfertigten.

Unzureichend informiert über den Verlauf anderer einschlägiger Programme, hat sich das PTP im Zuge der von den Beteiligten gemachten eigenen Erfahrungen, nicht aber im Hinblick auf bestimmte Zielvorstellungen entwickelt. Dabei entsprachen die er-

sten beiden Protokolle in etwa den Programmen der „Patientensimulation“. Was den Feministinnen damals in Harvard als riskant erschien war, war anderen medizinischen Fakultäten schon Teil des Unterrichtsprogramms.

Im dritten, deutlich verbesserten Programm wurde zum ersten Mal die bisher üblichen Formen medizinischer Versorgung in Frage gestellt und politische Ziele formuliert: Die Abschaffung überkommener Hierarchien und des Professionalismus; die Übernahme der medizinischen Betreuung von Frauen durch Frauen; die Veränderung der Machtstrukturen zugunsten der „Klienten“ sowie der Infragestellung des Monopols der Universitätskliniken über finanzielle und sonstige Mittel.

Das PTP gab zwar den Anstoß für die Entwicklung zukünftiger Programme, es war aber durch das WCHC niemals voll unterstützt worden. Hier erwiesen sich der halb-automatische Status des PTP und die damit zusammenhängenden Fragen der Entscheidungsbefugnis als problematisch. Zur ständigen Überprüfung von Zielen und Strategien des PTP kamen noch die Kontroversen innerhalb der Mitglieder des WCHC, die erheblich zum Gefühl der Frustration beitrugen.

Die Einführung von Reformen in der Ärzteausbildung führt notwendigerweise zur ständigen Konfrontation mit den bestehenden Ausbildungsstrukturen sowie mit denjenigen, die diese Strukturen zur Unterdrückung der Frauen benützen. So zeigen die Schwierigkeiten, die die Feministinnen hatten, um selbst das erste Programm in Harvard durchzuführen, welche Bedrohung sie als Außenseiter für die Ärzte darstellten.

Andererseits ist die Fähigkeit von Ausbildungsinstitutionen, Neuerungen aufzunehmen und für ihre Zwecke zu nützen, erstaunlich: So wurden verbesserte gynäkologische Untersuchungsmethoden von ihnen vor allem als Technik betrachtet, die es den Studenten erleichterte, mit den „Patientinnen“ zurechtzukommen. Die daraus gewonnene Erkenntnis, daß das, was in der Theorie als positive Reform erscheinen mag, in der Praxis keineswegs immer positiv sein muß, wurde von den Feministinnen sehr ernst genommen und sollte bei der Konzeption ähnlicher Programme beachtet werden.

Rückblickend kann man sagen, daß das PTP in wichtigen Bereichen erfolgreich war. Es ist ein gutes Beispiel dafür, wie Laien Veränderungen in der ärztlichen Praxis bewirken können.

Fortbildung der Ärzte erforderlich

Die Rolle und Funktion von Ärzten in der praktischen Familienplanungsarbeit wird natürlich nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland diskutiert. Frau Professor Dr. sc. med. Lykke Aresin aus Leipzig ist stellvertretende Vorsitzende der Sektion Ehe und Familie der Deutschen Demokratischen Republik und Mitglied des Zentralrats der International Planned Parenthood Federation. Mit ihr sprach Jürgen Heinrichs.

Es war für lange Zeit umbezweifelt, daß der Arzt in dem Bereich der Familienplanung eine zentrale Rolle spielt, wenn nicht überhaupt Familienplanung nur als eine ärztliche Aufgabe angesehen wurde. In jüngerer Zeit zumindest gibt es Tendenzen, die Rolle des Arztes in diesem Bereich zu relativieren. Wie sehen Sie die Anfänge der Familienplanung und die Funktion von Ärzten in der ersten Zeit organisierter Familienplanungsarbeit?

Zweifelsohne haben die Ärzte von Anfang an eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Familienplanung gespielt, aber sie waren sicher nicht die einzigen, die sich mit Familienplanung beschäftigt haben. Wir kennen ja eine ganze Reihe von Pionieren der Familienplanung, die nicht aus dem medizinischen Bereich kommen. Ich glaube, daß Familienplanung von Anfang an nicht allein eine ärztliche Aufgabe war.

Sicherlich kann man aber doch sagen, daß früher Ärzte, wenn sie sich dieser Aufgabe gewidmet haben, meinten sie allein bewältigen zu können, während heute eher die Tendenz besteht, daß Ärzte mit Angehörigen anderer Berufsgruppen Familienplanungsberatung durchführen und Fragen der Sexualität behandeln.

Das kann man vielleicht sagen, aber dann muß man dabei berücksichtigen, daß Familienplanung im Anfang im wesentlichen auf Kontrazeption ausgerichtet war und vor allem auch damit auf die Bekämpfung des illegalen Schwangerschaftsabbruchs. Mit diesen Problemen war der Arzt sehr häufig konfrontiert. Wenn man die Entwicklung verfolgt, dann ist dieses Schwerpunktgebiet zwar geblieben, aber es sind viele andere Bereiche hinzugekommen. Aus diesem Grunde reicht es nicht mehr aus, daß wir nur Ärzte haben, die sich mit Familienplanung beschäftigen, sondern die vielen anderen Aspekte, besonders die psychosozialen Aspekte, erfordern eben auch Mitarbeiter aus anderen Bereichen.

Nun sind gerade in letzter Zeit mehr und mehr Bedenken hinsichtlich moderner

Methoden (hormonelle Kontrazeptiva und Intrauterinpessar) laut geworden. Könnte dieses vielleicht dazu führen, daß die Rolle des Arztes im Bereich der Familienplanung relativiert wird, weil es heute andere Methoden gibt, zum Teil neue, zum Teil eben auch alte, welche wiederentdeckt wurden, bei denen die Rolle des Arztes weniger wichtig ist?

Auf die Situation in der DDR treffen diese Überlegungen nicht zu. Bei uns ist bis jetzt kaum etwas von der sogenannten „Pillenmüdigkeit“ zu verspüren, es sind immer noch 40 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter, welche die Pille Nehmen. Neben der Pille ist das Intrauterinpessar die zweitpopulärste Methode. Wir können also nicht sagen, daß in diesem Bereich die Aufgaben des Arztes geringer geworden sind. Bei sexuellen Problemen, die wir in der Beratung immer wieder sehen, ist es so, daß viele Ärzte dieser Aufgabe nicht gewachsen sind. Aus diesem Grunde brauchen wir Mitarbeiter aus anderen Bereichen, ich denke hier zum Beispiel an Psychologen oder speziell psychotherapeutisch geschulte Ärzte. Wenn ich die Entwicklung in unserem Lande sehe, so haben wir von vornherein auch den Bereich der Sexualerziehung mit einbezogen. Zum Beispiel waren neben Ärzten auch immer schon Pädagogen Mitglieder in unserer Familienplanungsgesellschaft – die Sektion Ehe und Familie ist ja eine Sektion der Gesellschaft für Sozialhygiene der DDR –, die eine Reihe nicht-ärztlicher Mitglieder hat.

Und diese Mitglieder haben gleiche Rechte und Pflichten?

Ja, selbstverständlich; sie sind auch im Vorstand vertreten.

Sie sagten eben, daß viele Ärzte nicht darauf vorbereitet sind, mit sexuellen Fragen angemessen umzugehen. Wie sieht die Ausbildung von Ärzten aus im Bereich der Fragen der Sexualität und hat sich da etwas geändert im Laufe der letzten Jahre?

Professor Dr. sc. med. Lykke Aresin, Leipzig, ist Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und ordentlicher Professor an der Karl-Marx-Universität. Sie leitet die Ehe- und Sexualberatungsstelle an der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig und ist stellvertretende Vorsitzende der Sektion „Ehe und Familie“



Diese Thematik ist eigentlich in dem Lehrplan für Mediziner enthalten. Es hängt aber sehr von der jeweiligen Universität oder der Medizinischen Akademie ab, wie das gehandhabt wird. Es gibt an bestimmten Universitäten, zum Beispiel in Rostock oder in Leipzig, eine gewisse Tradition in diesem Bereich. Hier wurde schon sehr lange für die Ausbildung der Medizinstudenten viel getan. Insgesamt ist es aber auf jeden Fall zu wenig. Und was die spätere Fortbildung anbelangt, so ist es so, daß hierfür Kurse organisiert werden. Daran sind verschiedene Gesellschaften beteiligt, erst einmal und hauptsächlich die Sektion Ehe und Familie, die seit über zehn Jahren Fortbildungsveranstaltungen durchführt. Daneben hat die Gesellschaft für Psychotherapie, der auch viele Psychologen angehören, ihre eigenen Kurse. Ferner besteht eine Weiterbildung der Fürsorgerinnen in diesem Bereich.

Heißt das, daß die Mediziner zwar, wenn sie Glück haben, eine ganze Menge über Sexualität erfahren können, über Beratung und Beratungstechniken aber in der Regel doch wenig hören?

Ja, genauso ist es.

Wie soll denn dann ein Mediziner lernen zu beraten?

Es gibt Fortbildungskurse, in denen bestimmte Techniken und Therapieformen gelehrt werden. Aber die Teilnahme ist bisher freiwillig.

Was setzen Sie an Fortbildungen bei Ärzten voraus, die in Beratungstellen tätig werden wollen?

Wir haben bisher nicht einen offiziellen Standard, so daß man also nicht sagen kann, dies und jenes sind die Voraussetzungen, um in einer solchen Beratungsstelle tätig zu sein. Wenn wir jemanden finden, von dem wir glauben, daß er einigermaßen qualifiziert ist, in seinem Bereich eine gute fachliche Ausbildung hat und sich dazu selber fortge-

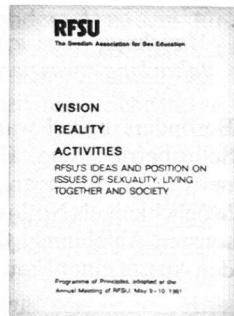
bildet hat, so versuchen wir es mit ihm. Wir haben zum Beispiel in der Sektion Ehe und Familie jetzt mehrfach hintereinander Fortbildungskurse organisiert, die speziell Beratungstechniken und Beratungsformen bei sexuellen Problemen behandeln. Aber es gibt bisher keine vorgeschriebene Fortbildung. Daher kann sich eigentlich jeder, der will, Sexualberater nennen und Sexualberatungen durchführen.

Würden Sie sich wünschen, daß das strenger geregelt wird?

Ja, auf jeden Fall. Vor allen Dingen wäre es viel günstiger, wenn es ein Zusatzstudium oder eine geregelte und stufenweise Fortbildung gäbe.

Ein Programm für die Zukunft in Schweden

RFSU, die Schwedische Vereinigung für Sexualerziehung, ist eine Schwestervereinigung der *Pro Familia* und ebenfalls ein Gründungsmitglied der International Planned Parenthood Federation. In diesem Jahr ist sie fünfzig Jahre alt geworden und hat zu diesem Zweck eine systematische Anstrengung unternommen, ihre Rolle und Funktion zu definieren und ihre zukünftigen Aufgaben zu bestimmen. Unter dem Titel „Vision, Reality, Activities. RFSU's Ideas and Position on Issues of Sexuality, Living Together and Society. Programme of Principles“ liegt dieses Dokument jetzt auch in englischer Übersetzung vor. Auf 45 Seiten wird zunächst einmal ein geschichtlicher Abriß vorgeführt. Dabei ist es ganz spannend zu sehen, daß trotz unterschiedlicher gesellschaftlicher Randbedingungen die Programmatik, die vor fünfzig Jahren gewählt wurde, heute noch fast unverändert Gültigkeit hat. Im Hauptteil werden die verschiedenen Arbeitsgebiete verhandelt; das reicht von schulischer Sexualerziehung über Kontrazeptionsberatung und Schwangerschaftsberatung bis hin zu Homosexualität, Geschäfte mit der Sexualität und Beratung nach Vergewaltigung. Der ganze Bericht zeugt davon, daß auch nach fünfzig Jahren die Schwedische Vereinigung für Sexualerziehung eine lebendige Institution ist, die sich ein großes Programm vorgenommen hat und kämpferisch ihre Ziele verfolgen will.



Altwerden und die gemeinsame Entdeckung verborgener Sehnsüchte

Ute Täubner
Birgit Esser-Leonhardt

Wechseljahre, ein Schritt ins Alter, Menopause, Klimakterium:

Begriffe, die Angst auslösen vor Krankheit, Nutzlosigkeit, Verlassensein. Begriffe, die Abwehr auslösen: „Darüber spricht man nicht“ – ebenso wenig wie über Sexualität. Dennoch gelang es vor einem Jahr in der Frauengruppe der *Pro Familia* in Bensheim, daß darüber gesprochen wurde. Bereits seit zwei Jahren trafen sich die Teilnehmerinnen alle vierzehn Tage. Der Kontakt zu diesen Frauen war durch Einzelberatungen entstanden und hatte den Versuch möglich gemacht, über einen längeren Zeitraum mit Hausfrauen zusammenzuarbeiten.

Mit uns *Pro Familia*-Begleiterinnen, 45 und 55 Jahre alt, waren es noch acht Frauen im Alter von 32 bis 51 Jahren, die den Entschluß faßten, sich mit dem Thema „Wechseljahre“ zu beschäftigen.

Die positiven Erfahrungen mit dieser ersten Gruppe machten uns hellhöriger für die Signale der Frauen ab vierzig, die vor allem wegen ungewollter Schwangerschaften die *Pro Familia* aufsuchten. Einige zeigten Interesse an einer Gruppe zum Thema „Bewußt älter werden“, und so entstand im September 1982 die zweite Gruppe mit sechs Frauen im Alter zwischen 40 und 45 Jahren. Das dritte Angebot, dieses Mal über das Programm der Volkshochschule Bensheim, wurde ergänzt durch den Untertitel „Ein Seminar für Frauen ab 40 Jahren“. Über verschiedene Kleinstadtkanäle erfuhren wir Reaktionen aus der Öffentlichkeit, besonders von Frauen um die Vierzig: „Älterwerden? . . . ich doch noch nicht!“ – und in der Tat meldeten sich ausschließlich Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren an.

An dieser Gruppenentwicklung war für uns vor allem der Versuch verlockend, eine thematisch begrenzte Frauengruppe anzubieten, die auf eine bestimmte Anzahl von Treffen beschränkt sein sollte. Diese Überlegung hatte nicht nur mit der finanziellen Situation der *Pro Familia* zu tun, in der längerfristige Beratungen- und Gruppenangebote mehr und mehr zum Luxusartikel wurden; für uns war wichtiger, dadurch mit einer Gruppenform zu experimentieren, die vielen Frauen ermöglicht, andere in ähnlicher Lebenssituation kennenzulernen. Das Ziel ist, daß die Teilnehmerinnen nach Abschluß der Gruppentreffen in einer Selbst-

hilfegruppe weiterhin aktiv bleiben. Ob der Anstoß dafür allerdings ausreicht, muß sich noch zeigen.

Der größte Teil der 22 Frauen, die an den bisherigen Gruppen teilnahmen, waren verheiratet, hatte (fast) erwachsene Kinder und lebte als Hausfrauen; fünf von ihnen hatten sich in den letzten Jahren eine Teilzeitbeschäftigung gesucht; drei Teilnehmerinnen waren geschieden und gehörten zu den sechs voll berufstätigen Frauen.

Die Gruppen trafen sich über acht Abende einmal wöchentlich für jeweils 2 1/2 Stunden. Inzwischen halten wir jedoch wegen der Fülle von Themen zehn Abende für sinnvoll. Außerdem halten wir es für besser, Teilnehmerinnen für einen neuen Kurs im Herbst 1983 durch den Kontakt in den täglichen Einzelberatungen zu gewinnen oder dadurch, daß die „Ehemaligen“ in ihrem Bekanntenkreis werben. Auf diesem Weg erreichen wir eher die Frauen, die sich scheuen, einen Volkshochschulkurs zu belegen. Umstritten ist in diesem Zusammenhang auch die Kursgebühr von 48,- DM, wodurch wieder Frauen aus unterprivilegierten sozialen Schichten ausgeschlossen werden.

Ablauf der Gruppenarbeit

Das erste Treffen diente dem gegenseitigen Kennenlernen, den Mitteilungen, was zu dem Entschluß geführt hat, an einer Frauengruppe mit gerade diesem Thema teilzunehmen und welche Hindernisse aus dem Weg geräumt werden mußten.

Alle Frauen sprachen das Gefühl von einer heranschleichenden Gefahr aus, sich zu isolieren.

Die Kinder gehen aus dem Haus! – Was ist in den vielen Ehejahren aus der Beziehung zu dem Partner geworden? – Welche Kontakte habe ich zu anderen Menschen? – Ist eine erneute Berufstätigkeit jetzt noch möglich? – Die Körperkräfte lassen nach – Selbstzweifel beginnen zu wuchern: „Was bin ich überhaupt noch wert?“

Für die meisten Frauen bedeutete die Gruppenteilnahme ein Überwinden von altbekannten Schuldgefühlen: „Vernachlässige ich nicht die Kinder, den Mann, wenn ich alleine weggehe?“ Oftmals bedeutete es

auch eine Auseinandersetzung mit dem Partner: „Was redet Ihr denn da? . . . Emanzentreff?“ Daß alle Frauen dennoch zwei Monate lang regelmäßig kamen, war für jede Frau ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer neuen Selbständigkeit.

Der nächste Schritt bestand darin, mit einer für sie ungewohnten Form vertraut zu werden. Für alle Frauen war dies die erste Gruppenerfahrung. Sie hatten mit einer Vortragsreihe gerechnet, stattdessen sammelten wir sofort am ersten Abend alle Stichworte, die uns zum Thema Älterwerden/Wechseljahre einfießen. Die Frauen begannen zu verstehen, daß die Grundlage der gemeinsamen Gruppenabende aus ihren eigenen Erfahrungen und ihrer Aktivität bestand und daß wir *Pro Familia*-Frauen sie bei ihrem Neubeginn lediglich teilnehmend begleiten würden. Denn unser Ziel bestand ja darin, daß die Teilnehmerinnen im Verlauf der gemeinsamen Abende soviel Zutrauen und soviel Neugier entwickeln, um als Selbsthilfegruppe, also ohne uns, weiterzumachen.

Die Stichwortsammlungen aller drei Gruppen zeigten jedes Mal, daß diese sich acht Themenbereichen zuordnen ließen, so daß die zehn Abende schließlich unter folgenden thematischen Schwerpunkten standen:

1. Abend: Vorstellen, schriftliches Stichwortsammeln: Was fällt mir ein zum Thema Älterwerden/Wechseljahre?
2. Abend: Wie verteile ich meine Zeit? – meine Energie?
3. Abend: Mein Körper.
4. Abend: Meine Ängste – Meine Wünsche.
5. Abend: Meine Beziehung zu anderen Menschen.
6. Abend: Meine Sexualität.
7. Abend: Fragen an eine *Pro Familia*-Ärztin.
8. Abend: Die gesellschaftliche Rolle der alternden Frau.
9. Abend: Alleineleben – Altersheim – Alternativen – Abschied – Angst vor dem Sterben.
10. Abend: Gibt es Ansätze zu einer neuen Zeit- und Energieverteilung? – Rückblick auf die vergangenen 2 1/2 Monate.

In jeder Gruppe war es erstaunlich, wie schnell Frauen, die sich vorher nicht kannten, den Schutz der Gruppe spürten, bereit waren, über sich zu sprechen, anderen Frauen zuzuhören und es auch vorsichtig wagten, sich gegenseitig ihre Meinung zu sagen. Die neue Erfahrung, in Ruhe mit Menschen über sich zu sprechen, verlockte oftmals zu einem uferlosen Ausströmen und

lenkte leicht vom Thema ab; das passierte vor allem bei dem Gefühl von der Peinlichkeit etwa im Gespräch über Sexualität. Darauf hatten wir aus den jeweiligen Stichworten, die zum Thema des Gruppenabends gesammelt wurden, und aus zusätzlichen Fragen eine Orientierungshilfe in Form einer Wandzeitung hergestellt, so daß der rote Faden nicht so leicht verloren gehen konnte. Neben dem Thema des Abends blieb bei 2 1/2 Stunden immer genügend Raum für den Austausch von Wichtigkeiten der jeweils vergangenen Woche. Außerdem hat sich das Verteilen einer Adressen- und Telefonliste für das Zusammenwachsen der Gruppe über die wöchentlichen Treffen hinaus als positiv erwiesen.

Was in der Gruppen besprochen wurde

Anhand einer Zeitverteilungstorte, die jede Frau am zweiten Gruppenabend für sich zeichnete, gingen wir den tiefen Seufzern auf die Spur:

Die Zeit rast! – Das Glas der Zeit ist nur noch halb voll! – Die Zeit verläuft zwischen den Fingern!

Erstaunen wurde sichtbar – Erschrecken über vergeudete Zeit. Gedanken wurden ausgesprochen, die persönliche Zeit neu einzuteilen. Fast Panik klang aus dem Ausruf:

Ich habe soviel verpaßt! – Jetzt will ich noch nicht alt werden!

Dennoch spürten alle Frauen Anzeichen von Kräfteabbau, klagten über Schlafstörungen. Graue Haare und Falten waren nicht mehr zu übersehen.

Zum dritten Gruppenabend hatte jede Frau eine Foto-Biografie hergestellt. Dadurch halfen wir uns beim Rückerinnern:

Wir erinnerten, wie wir als Kinder unseren Körper entdeckten und daß Sexualität völlig tabu war! – Wann kam die erste Periode? – Wie begannen die Wechseljahre? Gelächter und Freude lösten die Fotos aus: ein gegenseitiges Wiedererkennen im kindlichen Gesicht und Ähnlichkeiten zu den Müttern, als sie so alt waren, wie wir es heute sind.

Gleichzeitig aber wurde bei einzelnen Frauen Abgrenzung deutlich, Entschlossenheit, das eigene Altwerden anders zu leben, aufkommender Unzufriedenheit nachzugehen und Veränderungen zu probieren:

Jedes andere Familienmitglied hat eine persönliche Ecke in der Wohnung oder gar ein eigenes Zimmer, nur ich nicht! Wo ist mein Platz?

Ich habe einfach das Gefühl, ich muß ab und zu von der Familie weg!

... und die Mode! Die versucht uns ja in die Rolle der reifen, alternden Frau zu pressen“

Es machte Spaß, gemeinsam Bekleidungswünsche zu phantasieren, die wir (noch) nicht zu tragen wagen. Dabei waren es zum Teil so einfache Wünsche wie „Jeans und Ringelpullover“. Zum darauffolgenden Gruppenabend zogen alle Frauen ihre augenblickliche Lieblingskleidung an, einige wagten sich auch ein Stück näher an ihre Wunschkleidung heran.

Die so gewachsene Vertrautheit machte schließlich auch das vorsichtige Sprechen über Sexualität möglich – ein ungewohntes Thema mit fremden Menschen! Wieder nahmen wir die biografischen Erinnerungen zur Hilfe und näherten uns sehr behutsam unserer heutigen Sexualität. Wünsche und Ängste wurden jedoch nicht ausgesprochen, höchstens angedeutet durch einen solchen Satz:

Manchmal habe ich das Gefühl, dreißig Jahre lang etwas verpaßt zu haben.

Besonders heikel war das Gespräch über Selbstbefriedigung. Einzig den geschiedenen, alleinstehenden Frauen wurde diese Möglichkeit als Notlösung zugestanden, ansonsten Ablehnung! Gerade deswegen war der Ausruf einer Frau so überwältigend:

... und ich hab' immer gedacht, ich bin unnormal!

In allen Gruppen trafen wir auf Unsicherheit über die Vorgänge im Körper während des Wechsels; wir hörten leidvolle Krankheitserlebnisse und die unterschiedlichsten Erfahrungen mit Ärzten. Stets wiederholte sich die Klage, keiner habe richtig Zeit, etwas zu erklären. So genossen die Frauen jedesmal den Gruppenabend, an dem mehrere Stunden lang eine Ärztin, selber 56 Jahre alt, Zeit zum Beantworten von Fragen hatte:

... das Wider und Für von Östrogenen, Krebs, 3-Monatsspritze, Kefir, Senfkörner und wieder die Frage nach den Östrogenen.

Die letzten drei Gruppenabende waren geprägt durch Themen des Rückblicks und Ausblicks.

Abschiednehmen von der älteren Generation – Abwehr, an das eigene Sterben zu denken –

Angst vor Partnerverlust – Alleinsein – Horror bei dem Gedanken an das Leben in einem Altersheim.

Wir phantasierten andere Lebensformen für unser Alter, und es wurde klar, daß es Luftschlösser bleiben, wenn wir uns weiterhin oder wieder isolieren.

Alle Frauen hatten sehr deutlich das Altern der Eltern vor Augen, mit Depressionen, Krankheit, Einsamkeit. Sie spürten die Gefahr, selber in dieses „dunkle Loch“ zu stolpern, wenn sie es nicht riskieren, in kleinen Schritten neue Lebensinhalte zu lernen. Umso wichtiger war es, die Berge an positiven und negativen Erfahrungen gemeinsam zusammenzutragen und dabei zu erleben, wie befriedigend es ist, Traurigkeit, die zaghafte Anzeichen von Wut und auch Lebenslust zu spüren wie etwa bei einem gemeinsamen Wochenendausflug.

Das alles bedeutet jedoch Wühlarbeit!

Sich Zeit für sich selber zu nehmen, das ist unter Schichten von Pflicht- und Schuldgefühlen verschüttet, denn alle Frauen haben vor allem gelernt, für andere da zu sein, für den Mann, für die Kinder. Es sind oft schmerzhafte Schritte, sich gegenseitig loszulassen und dann auch neue Schritte zu probieren:

Eine der Frauen las in der Zeitung, daß es in Bensheim eine Frauenkneipe gibt. Sie guckt mal rein, alles junge Frauen im Alter ihrer Töchter! Fremd war ihr das lässige „Du“, mit dem sie angeredet wurde. Abwehr spürte sie gegen die lockere Sprache – Abwehr erst recht, als es auch noch um Politik ging, um eine Friedens„demo“ in Bonn.

Vorerst noch ist die Gleichaltrige-Frauengruppe der sicherere Ort für Kontakte und auch Übungsfeld, um sich mehr und mehr alles Verpaßte, allen Verzicht und die vielen Wünsche zuzugestehen und sich der Qualitäten bewußt zu werden, die das Älterwerden bringt.



Ute Täubner (links), 45 Jahre, Sozialpädagogin und Birgit Eßer-Leonhardt, 56 Jahre, Erstkontakt, beide langjährige Mitarbeiterinnen der *Pro Familia* Bensheim.

Keine Sexualität in der Arbeitsmedizin?

Im Rahmen der redaktionellen Vorbereitung dieser Ausgabe haben wir uns auch die Frage gestellt, wie weit die Arbeitsmedizin mit dem Bereich menschlicher Sexualität – von Frauen und von Männern – befaßt ist. Ohne einen vollständigen Überblick beanspruchen zu können, müssen wir doch bekennen, daß wir nichts dergleichen gefunden haben. Im Zusammenhang mit der Vorbereitung einer Schwerpunkttausgabe dieser Zeitschrift zum Thema Sexualität und Arbeitswelt werden wir diesem Thema noch weiter nachgehen. Hier können wir nur die uns in einem Brief mitgeteilten Überlegungen einer Arbeitsmedizinerin veröffentlichen.

Die geballte Verdrängung

Ich bin nun seit über zehn Jahren Arbeitsmedizinerin, sogar selbst mit Weiterbildungsermächtigung, habe auch einige Jahre bei der *Pro Familia* gearbeitet, lese regelmäßig die meisten einschlägigen Publikationen sowohl der Arbeitsmedizin als auch der *Pro Familia*, und dennoch hat mich die Themenstellung sehr verwundert, besser gesagt verunsichert. Tatsächlich habe ich mir über einen Zusammenhang zwischen Arbeit(smedizin) und Sexualität noch nie bewußt – gezielt Gedanken gemacht: Die geballte Verdrängung, peinlich-peinlich.

Bei Durchsicht von Weiterbildungskatalogen und Literatur wurde mir dann klar, daß es offenbar allen so geht. Es herrscht die unausgesprochene Übereinkunft, daß das Prinzip herrscht: entweder Arbeit oder Sexualität.

– Anzeige –

Das heißt konkret:

1. Im Ausbildungskatalog für Arbeitsmedizin kommt das Thema nicht vor.
2. In der täglichen Praxis sind sich die allermeisten Arbeitsmediziner der Problematik nicht bewußt.
3. Viele Männer stellen aber praktisch eine Verbindung her: Viele Zoten, Großtuerie und Porno-Poster am Arbeitsplatz. So, als ob der tatsächliche Mangel an Sexualität am Arbeitsplatz damit ausgeglichen werden könnte.
4. Tatsächliche Probleme bestehen zumindest da, wo sich Herrschaft und Sexualität paaren (z. B. Sekretärin als Geliebte des Chefs). Falls hier Probleme auftreten, werden sie von den Arbeitsmedizinern nicht bearbeitet.
5. Meines Wissens gibt es keine systematische Untersuchung darüber, wie sich bestimmte Arbeitsformen (etwa Contischicht, Schwerarbeit, hochkonzentriertes Arbeiten) auf das Sexualleben der Arbeitenden auswirken. Die wenigen Arbeiten, die vorliegen, stammen jedenfalls nicht von Arbeitsmedizinern. So wichtig und interessant mir das Thema vorkommt, so dünn ist auch die bisherige Beschäftigung damit, da nehme ich mich nicht aus.

Kurz gesagt, die Verdrängung des Themas „Arbeit und Sexualität“ hat die Überhand bisher. Ich rieche hier ein Tabu, das fucht mich auch.

Ute Wellstein

dg DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

von 1984 an

jeden Monat

bitte ausschneiden und senden an:

Pahl-Rugenstein Verlag
Gottesweg 54
5000 Köln 51

dg – wird von engagierten Krankenschwestern, Ärzten, Sozialmedizinern, Psychologen und Publizisten herausgegeben;

dg – Redakteure und Herausgeber schreiben nebenberuflich für die Zeitschrift, unentgeltlich, unabhängig, mit ihren Erfahrungen aus der täglichen Arbeit;

dg – Themen behandeln Vorsorge (umwelt- und sozialpolitische, psychische, medizinische), Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, medizinische Versorgung von Randgruppen; aber auch Patientenrecht, Aus- und Weiterbildung sowie Gesundheitsversorgung international;

O Ich möchte ein Probeheft zugeschickt bekommen.

Was ist voller sexueller Genuss?

Angelika Blume:
Was noch vor der Liebe kommt. Brigitte Buch im Mosaik Verlag. München 1982. 285 Seiten.



Das Thema Verhütung wird regelmäßig in Frauenzeitschriften behandelt, verkauft sich gut und sicher noch besser als Buch. Hier ist nun eins von der Zeitschrift *Brigitte*. Die Autorin Angelika Blume muß sich keine Sorgen um den Absatz machen, denn der Titel ist vielversprechend: „Was noch vor der Liebe kommt – Empfängnisverhütung. Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen“. Auf dem Titelbild das ernste Gesicht einer jungen Frau. Es signalisiert mir, daß hier ernsthaft und kritisch mit dem ewig leidigen aber notwendigen Thema Verhütung umgegangen wird.

Wer will, kann mir Nörgelei vorwerfen, aber mir ist das Buch zu unkritisch und läßt die emotionale Seite der Thematik zu kurz kommen. Sicher, die einzelnen Verhütungsmethoden werden teilweise sehr ausführlich mit Vor- und Nachteilen beschrieben, für viele Frauen und auch Ärzte aufschlußreich. Über 48 Seiten sind allein der Pille gewidmet, der Spirale stehen 31 Seiten zur Verfügung. Der Basaltemperaturmethode nur sieben.

Der Bereich „Erfahrungen“, auf den ich besonders neugierig war, wird überwiegend durch Prozentangaben abgedeckt. Diese entstammen einer Brigitte – Verhütungsfragebogen-Aktion von 1981, an der sich nach Aussage des Buchs 12.000 Frauen beteiligten. Die Aussagen sind zumeist sehr knapp und leider nicht kommentiert. Da heißt es beispielsweise, nur 3,6 % der „Spiralträgerinnen“ hätten Angst vor gesundheitlichen Schäden geäußert. Die wichtige Frage, ob diese Frauen die möglichen Nebenwirkungen kannten, wird nicht angesprochen. Der Satz: „Manche Frauen empfinden das IUP auch deshalb als angenehm, weil außer Ihnen selbst (und ihrem Arzt) niemand etwas von ihrer Empfängnisverhütung bemerkt“ (S. 153) steht unter der Rubrik „Vorteile der Spirale“. Diese Aussage steht da ohne Kommentar, ohne zumindest

auf die Frage einzugehen, warum Frauen nicht wollen, daß Partner oder Freundinnen ihre Verhütungsmethode kennen.

Wo bleibt in diesem Buch von 285 Seiten die Problematik von Mann und Verhütung? Ganz einfach. Da wird unter „Nachteile der Kondome“ (die als Uraltmethode abqualifiziert werden) aufgeführt: „Möglichlicherweise äußert sich auf diesem Wege (gemeint sind Erektionsstörungen) eine innere Abwehr des Mannes gegen diese Zeugungsverhütung – bzw. auch dagegen, daß ihm die Verantwortung einer ungewollten Schwangerschaft allein überlassen ist“. (S. 121). Die Autorin gibt dann den Rat: „Jetzt ist es an der Zeit, offen über Ihre Beziehung zueinander und die Verteilung der Verhütungslast auf beide Partner zu sprechen“. Die Frau soll auch ein bißchen Last mittragen . . .

Damit der Mann beim drüber Reden auch Argumente in der Hand hat, soll er sich fragen: „Kondome können das sexuelle Empfinden beeinträchtigen – kann ich auf vollen sexuellen Genuss verzichten, wenn ich dafür unwillkommene Vaterschaft sehr wahrscheinlich verhüte?“ (S. 83). Die in diesem Satz enthaltene Tendenz finde ich untragbar. Und außerdem: Was, bitte schön, ist „voller sexueller Genuss“?

Wie ist der Titel des Buchs denn wirklich gemeint? Kommt vor der Liebe nur das alte Lied, daß die Frau sich allein zu entscheiden hat, welche Verhütungsform für sie das kleinere Übel ist?

Die Autorin äußert eine dermaßen große Toleranz den verhütungsunwilligen Männern gegenüber, daß Frauen, deren Unwohlsein noch verhalten ist, eher davon überzeugt werden, daß Männer halt so sein müssen und Frauen eben verständig.

Auch die Frauen, die unzufrieden von Arzt zu Arzt laufen, waren wohl eine Minderheit der befragten Frauen. Frau Blume berichtet zwar, daß „im Verhältnis zwischen Gynäkologen und ratsuchenden Frauen nicht alles zum besten steht“, nimmt aber gleich die Ärzte in Schutz: „Wer sich verbesserte Beratungen wünscht, sollte sich die Zwänge vergegenwärtigen, in denen Ärzte stecken – das Kassen-Abrechnungssystem zum Beispiel“. Und anstatt diesen Umstand anzuprangern und aufzufordern, sich für eine Veränderung einzusetzen, rät sie: „Es bleibt nur, an den Idealismus und die Verantwortungsbereitschaft der Ärzte zu appellieren und zu hoffen, daß sie die seelischen Probleme bei Verhütungsschwierigkeiten ge-

nau so ernst nehmen wie die körperlichen . . .“ (S. 59). Wieder Frau im Alleingang und weiblich-verständig.

Dieses Buch enthält eine Unmenge sachlicher Informationen und übergeht dabei notwendige Zusammenhänge. So werden im Kapitel Spirale seitenlang, wie in einer wissenschaftlichen Abhandlung, sämtliche IUP's vorgestellt, ganz distanziert-unkritisch erklärt. Die Tendenz ist aber klar positiv: In der Relation von Vorteilen und Nachteilen überwiegen die Vorteile bei weitem, die befragten Frauen kamen zu über 70 % mit dem IUP gut klar. Doch dann kommt: Bei „Einlage des IUP“ erscheint unvermittelt die Komplikation „Herzstillstand“. Und gleich drauf im Kapitel Nebenwirkungen werden diese sämtlich in zum Teil drastischer Form aneinander gereiht. Sachlich – sauber – medizinisch – korrekt. Man kann nicht den Vorwurf erheben, hier sei etwas verschwiegen worden. Aber wo ist der Zusammenhang zu den fast nur positiven Aussagen vorher? Das kommt mir so uehrlich vor wie die Aufzählungen von Nebenwirkungen auf Waschzetteln von Medikamenten.

Bei jedem Verhütungsmittel werden zum Schluß – sehr lobenswert – die Kosten aufgeführt. Ich meine, es hätte eine Selbstverständlichkeit sein müssen, darauf hinzuweisen, das Frauen mit „niedrigem Einkommen“ (und das sind nicht wenige) ein Anrecht auf kostenlose Verhütungsmittel nach dem Bundessozialhilfe-Gesetz haben. Statt dessen wird geraten, sich gleich drei oder sechs Packungen Pillen zu kaufen.

Schade! Der Einstieg des Buchs über die Geschichte der Verhütung ist spannend zu lesen und zeigt auf, wie seit Jahrhunderten Kirche und Staat das Wissen um Verhütung unterdrückt haben und Frauen bevormunden. Daß Frauen wegen ihres Wissens um Verhütung verbrannt wurden und lange zum Austragen von Schwangerschaften gezwungen werden. Nie wurden die Männer – die Zeugher – zur Rechenschaft gezogen. Das letzte Kapitel gilt den zur Zeit in der Erforschung befindlichen Verhütungsmitteln. Für mich schließt sich hier der Kreis: Heute noch sind die meisten Forscher Männer. Gelder für die Wiederentdeckung natürlicher Verhütungsformen – oder gar Verhütung für den Mann – werden in verschwindend geringem Maß aufgewendet. Aber für Hormon-Implantate – für die Frau. Das Aufzeigen solcher Zusammenhänge scheint im Brigitte-Buch jedoch unerwünscht.

Melitta Walter

Thesen des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zu Selbsthilfevereinigungen im Gesundheitswesen

Der DPWV begrüßt die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz, die Bedeutung und Vielfalt von Selbsthilfevereinigungen im Gesundheitswesen zu erörtern.

Als Dachverband vieler bedeutsamer Selbsthilfezusammenschlüsse (Gruppen, Vereinigungen, Verbände) begrüßt der DPWV insbesondere, daß die Diskussion in erster Linie nicht unter der Perspektive der Kostensparnis geführt wird, sondern in der Erkenntnis, daß Selbsthilfe ein wichtiger Bestandteil sozialer Arbeit ist und auch der Förderung bedarf.

Der DPWV stellt zu Selbsthilfevereinigungen speziell im Gesundheitswesen fest:

1. Selbsthilfevereinigungen in ihren unterschiedlichen Ausprägungen waren stets ein impulsgebender Bestandteil sozialer Arbeit. So war bereits vor zwei Jahrzehnten im Bereich von Behinderungen die Gründung vieler Gruppen und Verbände feststellbar, die zum großen Teil aus der Initiative betroffener Eltern entstanden.

Bei der jüngeren Entwicklung von Selbsthilfeinitiativen zeigt sich eine deutliche Zunahme verschiedener Patientengruppierungen, die oft von Ärzten initiiert und/oder gegründet worden sind. Dabei spielen Krebserkrankungen, Rheuma, Multiple-Sklerose und Diabetes eine besondere Rolle.

2. Selbsthilfegruppierungen bilden sich häufig aus der Mangelsituation, daß das Gesundheitswesen auf den Übergang von der akuten, medizinischen Behandlungsphase zum alltäglichen Leben nur unzureichend vorbereitet und begleitet. Sie sind eine Antwort der Betroffenen auf unzulängliche Versorgung, bei der sich zahlreiche Patienten mit ihrer individuellen Problemlage von den Fachleuten allein gelassen fühlen.

In Zusammenarbeit mit Fachleuten und begünstigt durch persönliche Erfahrungen sind Selbsthilfevereinigungen auch an der Entwicklung und Anwendung technischer, hygienischer und prosthetischer Hilfsmittel beteiligt.

3. Von wesentlicher Bedeutung für die Entstehung von Selbsthilfevereinigungen ist die Erkenntnis, daß neben der Bekämpfung der eigentlichen Erkrankung vor allem auch die damit verbundenen seelischen Belastungen bewältigt werden müssen.

In diesem Zusammenhang spielt das Moment der eigenen persönlichen Betroffenheit eine zentrale Rolle. Sie ermöglicht eine besonders intensive Identifikation mit den je-

weiligen psychischen Problemen, ein besonderes Einfühlen und Vertrautsein mit dem Krankheitsbild und seinen seelischen Konsequenzen, eine stärkere Akzeptierung durch andere gleich oder ähnlich Betroffene.

4. Kennzeichnend für diese Selbsthilfevereinigungen ist auch das Engagement, über den Kreis der Gruppenmitglieder hinaus nicht-organisierten Schicksalsgefährten zu helfen. Motivierend wirken dabei die positiven Erfahrungen von einzelnen Betroffenen, die diese Erfahrungen aus dem Gefühl der Solidarität mit Gleichbetroffenen weitergeben wollen.

Mitglieder von Selbsthilfeinitiativen nach Krebs zeigen beispielsweise allein schon durch ihr persönliches Vorbild, wie die mit einer Krebsdiagnose verbundenen Ängste und Bedrohungen überwunden werden können. Dadurch können auch bei anderen Patienten verschüttete Kräfte zur Selbsthilfe belebt werden.

Besuchsdienste vor und nach operativen Eingriffen sind demgemäß von großer Wichtigkeit. Dies erfordert eine intensive Zusammenarbeit der Selbsthilfevereinigungen mit Kliniken und behandelnden Ärzten. Für die Ärzteschaft kann Selbsthilfe ein wesentliches Potential erschließen, das in seiner besonderen Bedeutung wahrgenommen werden sollte, um neue Formen der Partnerschaft zwischen Betroffenen und Fachleuten zu finden.

5. Als Organisationsform haben die meisten Selbsthilfeinitiativen den „eingetragenen Verein“ gewählt, da diese Rechtsform einerseits den Handlungsrahmen angemessen sichert, andererseits flexible, der jeweiligen Situation angemessene Gestaltungsformen ermöglicht. Vielfach ist auch der Anschluß an größere Selbsthilfeverbände und auch an Dachverbände wie DPWV und meist gleichzeitig auch BAG „Hilfe für Behinderte“ verwirklicht worden.

Selbsthilfevereinigungen benötigen diese Strukturen, da sie den Erfahrungsaustausch, die Informationsvermittlung und Interessenvertretung fördern und zudem wesentliche Rahmenbedingungen ihrer Arbeit absichern.

6. Die dem Selbsthilfegedanken verpflichteten Betroffenen werden nicht nur mit menschlichen, sondern häufig mit rechtlichen und organisatorischen Problemen konfrontiert. Selbsthilfe erfordert deshalb eine differenzierte fachliche Begleitung, die praxisgerechte Problemlösungen anbieten kann.

Um auch die inhaltliche Konzeption und Zielsetzung von Selbsthilfe zu wahren und zu

fördern, darf die fachliche Begleitung nicht durch Bevormundung den Grundgedanken der Beteiligung Betroffener zuschütten.

Für Mitarbeiter von Selbsthilfevereinigungen sollten daher spezifische Bildungsangebote bestehen, die konkrete, auf ihre Situation abgestimmte Fachinformationen vermitteln und von den Betroffenen ausdrücklich gewünscht werden.

Auch Fortbildungsangebote für Fachleute zur Befähigung zum Umgang mit Selbsthilfeinitiativen sind ebenso empfehlenswert wie noch zu konzipierende Fortbildungsbegegnungen von Betroffenen und Fachleuten.

INTERNATIONAL HEALTH FOUNDATION



**BEIM
FRAUEN
ARZT**

No 6

Zum Thema „Beim Frauenarzt“ legt die International Health Foundation, Berliner Allee 56, 4000 Düsseldorf, ein zwanzigseitiges Informationsheft vor, das von dort kostenlos bezogen werden kann. Die Landeshauptstadt Düsseldorf hat dieses Informationsheft in die Sprachen Italienisch, Griechisch, Serbokroatisch, Portugiesisch, Spanisch und Türkisch übersetzt. Die fremdsprachigen Ausgaben können vom Koordinator für Ausländerfragen, Sozialamt, Heinrich-Heine-Allee 53, 4000 Düsseldorf, bezogen werden.

Literatur zum Schwerpunktthema

Volkmar Sigusch: Sexualität und Medizin. Köln: Verlag Kiepenheuer und Witsch 1979, 420 Seiten, DM 38,00.

„Sexualität und Medizin“ – das bezeichnet zweierlei: einen allgemeinen therapeutischen Notstand und den Versuch der Sexualwissenschaft, ihn zu analysieren und durch praxisbezogene Beiträge abzubauen. Die meisten Ärzte (und auch Psychologen) sind nach wie vor sexualmedizinische Laien. Eine spezielle Ausbildung haben sie nie erhalten, und sie ist auch bis heute im Studiengang nicht vorgesehen.

Obwohl „Sexualität und Medizin“ bereits vor vielen Jahren erschienen ist, haben ein Großteil der Beiträge nach wie vor ihre Aktualität nicht eingebüßt. Hier sei insbesondere auf die Ergebnisse einer Umfrage bei 100 praktischen Ärzten über ihren Umgang mit der Sexualität ihrer Patienten verwiesen. Die Informationsdefizite, Vorurteile und Schwierigkeiten der Ärzte, die hier zum Ausdruck kommen, sind besonders ernst zu nehmen, da auch heute noch die überwiegende Anzahl der Frauen sich in Fragen der Empfängnisregelung vom praktischen Arzt beraten läßt.

Sigusch und seine Mitarbeiter begnügen sich jedoch nicht allein mit einer Defizitanalyse, sondern dokumentieren ihre positiven Erfahrungen, die sie in eigens entwickelten und inzwischen mehrjährig bewährten sexualmedizinischen Fortbildungsseminaren gemacht haben, geben Hinweise zur angemessenen Beratung und Behandlung sexuell gestörter Patienten und versuchen, theoretische Lücken zu füllen und Hilfen bei der Beurteilung sexualpolitischer Gegenwartsfragen zu geben.

Ilona Kickbusch, Alf Trojan: Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Selbstdarstellungen – Analysen – Forschungsergebnisse. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag 1981, 286 Seiten, DM 11,80.

Dieser Band ist eine der wenigen umfassenden Dokumentationen zum Thema Selbsthilfegruppen und Gesundheit in der Bundesrepublik. Professionelle wie Selbsthilfegruppen kommen gleichermaßen zu Wort.

Es geht um Theorien, Vorstellungen und Konzepte von Selbsthilfe, um die praktische Arbeit von Selbsthilfegruppen für Krank-

heits- und Lebensprobleme, um Selbsthilfe durch Aktionen im gesundheitlichen Versorgungssystem, um präventive Gesundheitsselbsthilfe, Selbsthilfegruppenforschung und um das Verhältnis von Selbsthilfegruppen und professionellen Helfern. Mit diesem Band ist zweierlei gelungen: zum einen liefert er der Praxis Möglichkeiten über ihre eigene Arbeit zu reflektieren und somit Perspektiven der Weiterentwicklung, und zum anderen Unterstützung und Anregung für diejenigen, die sich gegen eine „Behandlung“ in anonymen Großstrukturen wehren wollen. Bemerkenswert ist die selbtkritische und zurückhaltende Einstellung der professionellen Herausgeber gegenüber den mannigfaltigen Versuchen der Selbsthilfe.

Europäische Expertentagung über Jugend, Alltag und Gesundheit. Lebensweisen Jugendlicher im großstädtischen Bereich. Wien: eurosocial reports no. 22, 1983, 71 Seiten (zu beziehen vom Europäischen Zentrum für Ausbildung und Forschung auf dem Gebiet der sozialen Wohlfahrt, Berggasse 17, 1090 Wien.)

Dieses von der Weltgesundheitsorganisation und dem Europäischen Zentrum gemeinsam veranstaltete Expertentreffen sollte eine Serie von Konferenzen einleiten, bei denen sich speziell mit Fragen der Gesundheitsförderung und -erziehung für Jugendliche befaßt werden soll. Der vorliegende Tagungsbericht liefert einen nützlichen Einblick in die aktuelle Diskussion um grundlegende soziale und gesundheitliche Konzepte, mit der sich auch fortschrittlich verstehende Institutionen der psycho-sozialen Versorgung auseinandersetzen müssen. Weiterhin geht der Bericht auf die Situation von Jugendlichen in nord- und mitteleuropäischen Ländern ein, auf den Zusammenhang von Jugendkultur und sozialen Bewegungen, die Bedeutung der Arbeitswelt, Schule und Familie für den Umgang mit dem Körper und der Gesundheit bei Jugendlichen.

Die Expertengruppe entwickelte einen umfangreichen Katalog von Empfehlungen für die Politik und die praktische Arbeit, der zusammenfassend eine grundsätzliche Neuorientierung von Arbeitspolitik und sozialer und Gesundheitsdienste empfiehlt, und zwar als „einem Prozeß des Neuentwurfs sozialer Verantwortung gegenüber Jugendlichen unter Einbezug der Betroffenen und ihrer Bewegungen.“

Ute Hoffmann, Ingrid Schubert, Carmen Tatschmurat, Ortrud Zettel: Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum. Neue Modelle medizinischer und psychosozialer Versorgung. Frankfurt/Main: Campus Verlag 1982, 248 Seiten, DM 29,50.

Sind Gruppenpraxen als Zusammenschluß von Ärzten, medizinischen „Assistenz“-berufen und nichtmedizinischen Helferberufen ein Weg, die „Krise der Medizin“ zu bewältigen? Sind sie in der Lage, ein erweitertes, soziale, biographische und ökologische Aspekte miteinzubeziehendes Gesundheitsverständnis praktisch umzusetzen? Ausgehend von diesen Fragen werden die in der Bundesrepublik existierenden Gruppenpraxen und Gesundheitszentren in ihrer Entstehungsgeschichte und ihrer praktischen Arbeit dargestellt.

Am Beispiel der Gruppenpraxen läßt sich zeigen, daß die Entwicklung und Durchsetzung einer „neuen“ Medizin wesentlich abhängt von der gelungenen Kooperation, Integration und Ganzheitlichkeit im Verhältnis der Berufe. Hier sind Anhaltspunkte auch für *Pro Familia* Beratungsstellen-Teams für ein Handlungs- und Kooperationsmodell, das allmählich zu einer ganzheitlichen *Pro Familia* Gesundheitsarbeit führen könnte.

Wolfgang Schmidbauer: Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. Hamburg: Rowohlt Verlag 1983, 256 Seiten, DM 26,00.

In Schmidbauers neuem Buch tritt neben die Frage nach der Lebensgeschichte und den innerseelischen Schwierigkeiten von Helfern die Betrachtung der äußeren Bedingungen, unter denen Menschen in den helfenden Berufen arbeiten. Der Autor differenziert zwischen den „alten“ helfenden Berufen (Ärzte, Lehrer, Geistliche), die sich an festen Normen orientieren konnten, und den „neuen“ Helfern (Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter), welche die Gefühlsbeziehung zu ihrem Klienten beachten und mit ihr arbeiten wollen. Schmidbauer geht der Frage nach, ob ein Mensch wirklich acht Stunden am Tag liebevolle Zuwendung geben kann und entwickelt in diesem Zusammenhang eine provozierende Typologie über die Wechselwirkung zwischen Berufsarbeit und Privatleben bei Helfern: das „Opfer des Berufs“, der „Spalter“, der „Perfektionist“ und der „Pirat“. Dennoch geht es dem Autor nicht um schlichte Entlarvung des heimlichen Egoismus der Helfer, sondern um die Verteidigung der spontanen Hilfsbereitschaft und

emotionalen Nähe gegen den Druck einer Verwertung und Ausbeutung auch dieser menschlichen Bereiche.

Heiko Waller (Hrsg.): Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Ausbildungskonzepte, Praxisberichte, Forschungsergebnisse. Weinheim: Beltz-Verlag 1982, 212 Seiten, DM 18,00.

Änderungen in Struktur und Konzept des Gesundheitswesens wirken sich auch auf die Sozialarbeit in diesem Bereich aus. Der vorliegende Band liefert einen Überblick über die vielfältigen Aktivitäten einer gesundheitsbezogenen Sozialarbeit. Neben Ausbildungskonzepten und Forschungsergebnissen liegt der Schwerpunkt auf Praxisberichten, die die Tätigkeit im Gesundheitsamt, im Krankenhaus, in Gesundheits- und Gemeinwesenzentren, bei der Suchtkrankenhilfe und in anderen spezialisierten Einrichtungen darstellen.

Ute Canaris und Rosmarie Erben: Gesundheitserziehung in Europa: Bundesrepublik Deutschland. Köln 1982, 38 Seiten. (Zu beziehen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Straße 200, 5000 Köln 91.)

Ausgehend von der Tätigkeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, beschreiben die Autorinnen die wichtigsten Tätigkeitsfelder der Gesundheitserziehung und führen Beispiele gesundheitserzieherischer Kampagnen an. Es wird deutlich, in welchem Sinne die Bundeszentrale sich eine koordinierende und vermittelnde Funktion zuschreibt, also für ihre Arbeit auf Partner hauptsächlich im halbstaatlichen und privaten Bereich angewiesen ist. Unter diesen Partnern wird auch die *Pro Familia* aufgeführt.

SPD-Parteivorstand (Hrsg.): Forum: Gesundheit 2000. Bonn 1983, 33 Seiten.

Neben einleitenden Beiträgen und den oft sehr konkreten Berichten von Betroffenen des Gesundheitssystems konzentrieren sich diese Materialien auf zwei Bereiche: „Auf dem Prüfstand: Das Versorgungsangebot in der Vorsorge, in der Praxis, im Krankenhaus“ und „Vorschläge für einen verbesserten Gesundheitsschutz durch mehr Vorsorge, mehr Arbeitsplatzsicherheit und verbesserte Umweltbedingungen“. Die Beiträge insgesamt kennzeichnen insofern einen fortgeschrittenen Stand der gesundheitspolitischen Diskussion, als sie sich nicht nur auf das Gesundheitssystem im engeren Sinne beschränken, sondern ausführlich auf Arbeitsbedingungen, auf Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzsicherung sowie auf Fragen des Umwelt- und Gesundheitsschutzes eingehen wird.

Buchbesprechungen

Matthias Wenderlein: Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme Verlag, Stuttgart 1981. 210 Seiten DM 24,80.

Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Matthias Wenderlein

Thieme

Was der Titel des Buches und das Resümee des Verlages versprechen, hält der Inhalt in keiner Weise. Dieser verdient bestenfalls den Titel „Tips und Hinweise im Umgang mit Patientinnen“, dargeboten in einer holprigen, schwerfälligen und ermüdenden Sprache („Abwehrspannung und mangelnde Anamnesedaten gynäkologischerseits zu vermeiden, erscheint trivial, die Praxis rechtfertigt, darauf hinzuweisen.“ S. 145).

Aber nicht nur die Sprache, auch der Inhalt ist dürfsig. Hinter anspruchsvollen Kapitelüberschriften („Einführung in die psychosomatische Betrachtungsweise“, „Psychosomatik unter wissenschaftstheoretischen Aspekten“) verbergen sich Phrasen oder Binsenweisheiten: „Krankheiten nur somatisch zu beurteilen ist ebenso patientenfeindlich wie übermäßiges Psychologisieren.“ (S. 2)

Chaotisch geht es im Kapitel „Psychoanalytische Aspekte in der Gynäkologie“ zu. Der Autor erläutert mit vielen Worten, was er alles *nicht* erklären will: „Übertragung, Verdrängung, Widerstand und Sexualität sind in dieser (Freuds) Theorie von grundlegender Bedeutung. Die Grundbegriffe wurden absichtlich nicht völlig klar und scharf definiert, um neue Beobachtungen besser integrieren zu können.“ Wie soll der Leser etwas Neues integrieren, wenn er die ursprüngliche Bedeutung des Begriffes zuvor nicht verstanden hat? Auch der Begriff „Libido im Freudschen Sinne . . . bringt wenig für die Praxis“ (S. 7). Und die Phasen der Entwicklungspsychologie „brauchen hier nicht dargestellt zu werden.“ Der Autor vertut die Chance, auf einfache aber klare Weise darzustellen, was psychosomatische Funktionsstörungen, psychosomatische Krankheiten, neurotische Symptome und Neurosen genau sind, nach welchen Gesetz-

mäßigkeiten sie entstehen, wie sie sich dem gynäkologisch tätigen Arzt darbieten und wie er damit sinnvoll umgehen kann. Ohne dieses Grundverständnis jedoch wird der psychosomatisch Interessierte im Umgang mit Patientinnen schnell an seine Grenzen stoßen, sich hilflos fühlen und dann je nach Temperament entweder resignieren oder agieren.

Die auf dem Bucheinband angekündigten „Einblicke in psychosomatische Wechselbeziehungen für den praktizierenden Gynäkologen“ bleiben leere Versprechungen. Die „Leitlinien für die Gesprächsführung“ sind eine Mischung von Plätitudes, Selbstverständlichkeiten und sprachlichen Ungetümen: „Ermuntern zum Produzieren von Informationen über den Konflikt setzt eine vertrauliche Arzt-Patientin-Beziehung voraus“ (S. 134).

Falsche und gefährliche Behauptungen enthält das Kapitel „Ist Suizidgefährdung abschätzbar?“ Die Aussage „eine offene Kommunikation über dieses Problem (Selbstmordabsichten) ist oft recht schwierig“ ist falsch. Richtig ist, den Arzt oder Freund/Nachbarn/ Kollegen zu ermutigen, offen und direkt zu fragen: „Haben Sie Selbstmordgedanken?“ Schwierigkeiten sind Hemmnisse des Arztes und unserer Gesellschaft; der Patient dagegen ist erleichtert und fühlt sich ernst genommen; ob er nun selbstmordgefährdet ist oder nicht, er spürt: dieser Arzt hat keine Angst vor Offenheit und will nichts unter den Teppich kehren. Der Autor überträgt das Buch mit 140 Themen: Quantität ohne Qualität! Das erfordert aus zu Kapiteln wie „Integrativer Ansatz psychosomatischer Perinatalmedizin“, „Leben aus der Retorte“, „Kosten-Nutzen-Analysen in der Perinatalmedizin“, „Vermeiden der Sectio bei Beckenendlage durch äußere Wendung“.

Wer mit gynäkologisch tätigen, ganzheitlich orientierten Ärzten zu tun hat, kennt deren Probleme und Unsicherheiten in der Praxis, nämlich vor allem bei funktionellen sexuellen Störungen und Partnerschaftskonflikten, Schmerzzuständen im Genitalbereich ohne organisch feststellbare Ursache, ungewollter Kinderlosigkeit, Kontrazeptionskonflikten, Schwangerschaftskonflikten, Schwangerschaftserbrechen, Magersucht, bösartige Erkrankungen mit verstümmelnden Eingriffen.

Diese oder ähnliche Kapitelüberschriften sind in dem Buch durchaus zu finden; aber der Inhalt besteht vorwiegend aus altbe-

Anzeigen

Die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Niederrhein e. V., verpachtet an

ein oder zwei Frauenärzte/-ärztinnen

Räume zur Einrichtung einer gynäkologisch-geburtshilflichen Praxis.

Die Praxisräume befinden sich im Gebäude des

Lore-Agnes-Beratungszentrum

für Familienplanung

- Schwangerschaftskonflikte
 - Fragen der Sexualität
- (4300 Essen 1, Lützowstraße 32).

Die Gestaltung der Praxisräume ist frei; es stehen rund 200 m² zur Verfügung.

Das Beratungszentrum hat mit 11 Mitarbeitern (Arzt, Psychologin, Sozialarbeiterinnen, Pädagogen, ausl. Sozialbetreuerin und Verwaltungsmitarbeiterinnen) vor wenigen Monaten die Arbeit begonnen.

Interessierte Frauenärzte/-innen sollten bereit sein, mit ihrer Praxistätigkeit das Arbeitskonzept des Beratungszentrums zu unterstützen und eine kollegiale Zusammenarbeit anzustreben.

Bitte wenden Sie sich an die

Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Niederrhein e. V.

– Erwin Knebel –, Metzer Straße 14, 4000 Düsseldorf 30 (Tel. 02 11 / 48 01 68)

Fortbildung: Beratung und Therapie von psychosexuellen Störungen

Im Frühjahr 1984 beginnt eine 2-jährige Fortbildung unter der Leitung von Stefan Oschmann und Mitarbeitern im Zentrum für Individual- und Sozialtherapie. Teilnehmen können Personen, die in helfenden Berufen tätig sind bzw. sein werden.

Vom 11.–13. November 1983 findet ein Auswahlseminar statt. Detaillierte Informationen und Anmeldung in:

ZIST,

Zist 3,
8122 Penzberg,
(Tel.: 08856/5192,
10.00–13.00 Uhr).



Wieder erhältlich: Heft 3/1982 der Zeitschrift *Sexualpädagogik und Familienplanung*. Schwerpunktthema: **Von Türkinnen und anderen Ausländern**. Gegen Einsendung von Briefmarken (DM 3,-) erhältlich bei Gerd J. Holtzmeyer Verlag, Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig.

kannten medizinischen Fakten und zahlreichen eigenen „Studienergebnissen“ des Autors unter Verwendung von dem Leser unbekannten Testverfahren: „In einer eigenen Studie klagte das Fünftel der Schwangeren mit neurotischen Persönlichkeitseigenschaften nach MPI-N doppelt so oft über Beinbeschwerden als emotional stabile Schwangere“ (S. 169).

Wo die Fragen und das Interesse des Lesers beginnen, ist der Text zu Ende. Beispiel: Hyperemesis gravidarum (Schwangerschaftserbrechen) ist dem Autor inhaltsleere Zeilen wert. „Psychosoziale Beratung kann eventuell Partnerprobleme so aktualisieren, daß die Hyperemesis zunimmt. Die Beratung nach der Geburt ist dann sinnvoller“ (S. 171). Pech für die Frauen, denn sie haben ihr Schwangerschaftserbrechen leider in der Schwangerschaft und nicht nach der Geburt!

Am Ende des Buches finden sich die Literaturhinweise, ganze fünf an der Zahl, davon zwei aus derselben Enzyklopädie. Auch hier hat der Autor es sich zu einfach gemacht!

Ingrid Barley

*Hans Eppendorfer:
Szenen aus St.
Pauli*, Verlag Hoffmann und Campe, Hamburg 2. Aufl. 1983, 256 Seiten, DM 28,-



Der Verlag hat die zweite Auflage herausgebracht – das ist schon was in dieser Zeit, da Bücher so schlecht gehen –, aber die Kritik tut sich immer noch schwer mit diesem Buch. Wer „St. Pauli“ hört, denkt an Sex, an Nutten und Zuhälter, an Nepp und schwere Jungs, an Gewalttaten, an untergründige Verbindungen zwischen Polizei und Kriminalität. Davon ist in diesem Buch nur am Rand und wie im Vorbeigehen die Rede. Wer Sensationen, Nervenkitzel, Pornographie sucht, ist enttäuscht.

Aber in diesem St. Pauli, das davon lebt, daß Omnibusladungen mit sexuell Frustrierten hierherkommen, um Dampf abzulassen, die Sau rauszulassen, Ersatzbefriedigung zu finden, in diesem „sündigen“ Stadtteil haben Menschen ihre Wohnung, gehen Menschen einer ehrbaren Arbeit nach, gehen Kinder und Jugendliche zur Schule, prägen Junge und Alte Freizeitgewohnheiten aus, die sich von denen anderer Menschen in großen Städten nicht unterscheiden. Sie haben das St. Pauli, so wie es heute ist, nicht gemacht. Die älteren unter ihnen

trauern den schöneren Zeiten nach. Die Jüngeren sagen häufig: „Ich will hier weg!“ Aber es ist vorauszusehen, daß sie bleiben werden – wie ihre Eltern, ein ganzes Leben.

Unter diesen Bewohnern St. Paulis gibt es viele, die woanders auffallen würden, die fertiggemacht würden oder die woanders gar nicht existenzfähig wären. Sie finden hier Nischen, in denen sie überleben können. Sie stoßen bei ihren Mitbewohnern zumindest auf Toleranz, oft sogar auf Verständnis, das begründet ist im gegenseitigen genauen Kennen, wie es beim Zusammenleben auf engstem Raum entsteht. So manche Frau, so mancher Mann ist darunter, deren Existenz derart beschädigt ist, daß sie woanders in Heilanstalten untergebracht wären – hier leben sie frei, finden ein Auskommen, schaden niemand und zahlen sogar Steuern.

Diesem anderen St. Pauli hat der Autor nachgespürt. Menschen, die verlernt haben, von sich zu reden, oder die es nie konnten, hat er zum Sprechen gebracht: Nach vielen Vertrauen schaffenden Begegnungen ließ er sie ihre Geschichte und ihre Geschichten auf seine Kassette sprechen, und so gewann er das Rohmaterial für sein Buch.

Dennoch sind keine Sozialreportagen entstanden, die lediglich die Wirklichkeit abbilden wollen. In den Texten steckt die Auseinandersetzung des Autors mit den Menschen, über die er berichtet oder die er berichten läßt. Es ist eine Auseinandersetzung, in der es darum geht, das Eigenartige, das Besondere, das Liebenswerte gerade dieses Menschen herauszufinden. So ist dem Autor die mosaikartige Beschreibung einer Gegenwelt zur Welt der käuflichen Sexualität des durch Film, Fernsehen und Presse bekannten St. Pauli gelungen.

Zugegeben, ich bin hier Partei: Nachdem mich der Autor ein Jahr lang (immer wenn ich Zeit hatte) durch St. Pauli geschleppt und überallhin mitgenommen hatte, schrieb ich ein Vorwort zu seinem Buch, in dem ich das Phänomen des „anderen St. Pauli“ zu deuten versuchte. Ich habe dort von der „Notgemeinschaft St. Pauli“ gesprochen. Sie ist das Modell einer Gesellschaft, der vieles fehlt, was unserer Leistungsgesellschaft wichtig ist, die nur das Notdürftigste zum Leben hat, aber darunter sehr viel von dem, was Menschen brauchen, um sich wohl zu fühlen. Und sie ist das Modell einer bedrohten Gesellschaft (bedroht von innen durch eine menschenfeindliche Konsumindustrie, bedroht von außen durch Abrißkolumnen, bedroht von unten durch einen großen Atombunker, von dem niemand, der darüber wohnt, etwas weiß) – an diesem Modell ist zu lernen, wieviel Bedrohung Menschen aushalten können, ohne ihre Würde zu verlieren.

Helmut Kentler

Leserbriefe

Widerspruch aus Bayern

Unter der Überschrift „Familienpolitische Maßnahmen der Bundesländer im Vergleich“ haben wir in der Ausgabe 1/83 eine vergleichende Übersicht veröffentlicht, die im Auftrage der Redaktion von Sybille Keicher erstellt worden ist. Als politisches Motiv für diese Maßnahmen erkennt die Autorin, neben dem Familienlastenausgleich Anreize zur Familiengründung und für mehr Kinder zu schaffen. In diesem Sinne werden Maßnahmen in Bayern auch damit begründet, daß die „Fortsetzung der Schwangerschaft erleichtert wird“. Die Autorin hat ein paar Zweifel und Fragen an den bayerischen Maßnahmen angemeldet, worauf die Staatsregierung in einem Leserbrief geantwortet hat, aus dem folgende Auszüge stammen:

Im o. g. Artikel werden die familienpolitischen Leistungen der einzelnen Bundesländer gegenübergestellt. Dabei wird besonders auf die Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ eingegangen. Zu den erhobenen Vorwürfen möchten wir Stellung nehmen.

Zunächst muß der Vorwurf der „Geheimniskrämerie“ entschieden zurückgewiesen werden. Die Vergabерichtlinien der Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ und auch die Änderungen werden im Amtsblatt des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung veröffentlicht. Auch wenn die Bevölkerung nicht alle Details der Vergabерichtlinien kennt, geben die zuständigen Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen alle notwendigen Auskünfte. Jeder Antrag auf Beihilfe wird von der Beraterin gemeinsam mit der Schwangeren ausgefüllt, so daß die Hilfe schnell und unbürokratisch geleistet werden kann und nicht am mangelhaften Informationsstand oder an der Schwellenangst der Frauen scheitert.

Darüber hinaus wurde seit Bestehen der Landesstiftung im Oktober 1978 wiederholt in Pressekonferenzen und Pressemeldungen auf die Stiftungsleistungen und deren Anspruchsvoraussetzungen hingewiesen. Außerdem leistet der Informationsstand der Bayerischen Staatsregierung jährlich auf 7 Verbrauchermessen gezielte Aufklärungsarbeit. Angesichts dieser Tatsachen erscheint es wirklich unwahrscheinlich, daß das „allgemeine Wissen“ über die Landesstiftung „behindert wird“. Wenn bereits über 9000 Frauen Beihilfen in Höhe von 21 Mio DM aus der Landesstiftung erhalten haben, so wird damit gerade das Gegenteil bewiesen.

Die Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ ist heute eine Modelleinrichtung, die im gesamten Bundesgebiet als fachlich führend anerkannt wird. Außer Bayern hat bisher kein anderes Bundesland freien Trägern von Beratungsstellen wie z. B. *Pro Familia* so viel Mitverantwortung und Gestaltungsspielraum bei der Vergabe öffentlicher Mittel eingeräumt. Die beiden *Pro Familia* Beratungsstellen in Augsburg und München haben bisher an 1004 Frauen finanzielle Mittel in Höhe von 2,5 Mio DM ausgereicht.

Die Leistungen der Stiftung werden nicht „höchstens bis zu einem Jahr gewährt“, sie werden

vom Zeitpunkt der Antragsstellung – also während der Schwangerschaft – bis längstens 12 Monate nach der Geburt des Kindes bewilligt. Es ist unverständlich, warum die Übernahme von Kosten, die mit der Geburt eines Kindes verbunden sind, die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht erleichtern sollte. Bei einem Großteil der Konfliktfälle handelt es sich um zeitlich begrenzte Anfangsschwierigkeiten, denen mit Soforthilfen begegnet werden kann.

Die Verfasserin des Artikels scheint sich über die Erfahrungen in der Praxis sehr einseitig informiert zu haben. Aus den Anträgen auf Stiftungsleistungen, die aus ganz Bayern bei der Stiftungsverwaltung eingereicht werden, geht hervor, daß viele Antragstellerinnen ursprünglich wegen einer Beratung nach § 218b Strafgesetzbuch (StGB) die Beratungsstellen aufgesucht hatten. Aus der Begründung des Antrages ist dann meist auch zu entnehmen, daß sich die Antragstellerin nicht zuletzt aufgrund der zugesicherten Unterstützung zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen habe. Wir schließen daraus, daß die Leistungen der Stiftung sehr wohl dazu beitragen können, den Entschluß zum Austragen des Kindes zu erleichtern. Dabei kann und soll die Entscheidung für oder gegen ein Kind selbstverständlich nicht auf eine Geldfrage verkürzt werden.

Der Vorwurf, daß die Stiftungsverwaltung besonders bei Ausländerinnen Streichungen vornehmen würde, muß entschieden zurückgewiesen werden. Bei der Prüfung der Anträge bleibt die Staatsangehörigkeit unberücksichtigt. Dies geht auch aus dem Anteil der Bewilligungen an ausländischen Antragstellerinnen hervor.

Während der Bevölkerungsanteil der Ausländer bei 6 bis 7 v. H. liegt, haben ca. 20 v. H. der Frauen, die Beihilfen der Stiftung erhalten, eine ausländische Staatsangehörigkeit.

Auch bei der vergleichenden Darstellung der Familiendarlehen in den einzelnen Bundesländern auf S. 13 sind der Verfasserin Fehler unterlaufen. Insgesamt wurden nicht 2700 Darlehen, sondern über 300.000 Darlehen ausgereicht. Auch die Behauptung, daß in Bayern eine Bank „offen für den Mißbrauch des Darlehens geworben habe“, trifft nicht zu.

Dr. Ruf

Ministerialdirigent

Bayerisches Staatsministerium
für Arbeit und Sozialordnung

Wo bleibt das Positive?

Ihre Ausgaben 1/82 und 2/83 las ich mit Interesse. Doch etwas fiel mir auf: Es fehlt das Positive!

Gewalt und Schrecklichkeiten stehen im Vordergrund – verfolgten mich vom ersten bis zum letzten Blatt.

Gibt es auf diesem Gebiet nichts, was einer Erwähnung auch nur lohnenswert wäre – in Richtung ‘positive Sexualität’? Sind es denn nicht gerade die positiven Seiten für die es sich lohnt, die negativen auszuräumen? Oder gibt es keine positiven? Und genau den Eindruck vermittelt Ihre Zeitung so stark, daß mir anschließend ganz elend war; wofür dann der Kampf gegen Gewalt, gegen die Unterdrückung der Frau (es gibt auch unterdrückte Männer!) und die Durchsetzung der freien sexuellen Entfaltung?

Schließlich gelangte ich sogar zu der Überzeugung, am besten ist es, wenn man den Sex ganz abschafft! So wie zum Beispiel die Todesstrafe. Oh nein, ich mache keine Witze; das ist mir alles viel zu ernst. Nur – genau deswegen fehlt er mir, der Witz! Oder wird Ihre Zeitung nur von Menschen gehalten, die sich täglich auf’s Neue bestätigen müssen, daß die Welt tatsächlich und wahrhaftig ein Sündenbabel ist?

Ein bißchen traurig macht mich das schon. War ich doch bis gestern davon überzeugt, daß Sex sicher etwas wunderschönes ist, wenn man Glück hat und den richtigen Partner erwischt! Und jetzt? Bastele ich mir eine neue Parole: Enthaltung um jeden Preis. Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß! Aber da ich hier schon einmal so fröhlich und frei schreibe – will ich Ihnen auch nicht vorenthalten, daß ich mit immerhin 43 Jahren leider auf ein zum größten Teil negatives Sexuelleben zurückblicke. 1 zu 0 für Sie.

Aber ich gebe nicht auf. Und wenn ich Ihre Zeitung erst einmal verdaut habe, wird auch mein Optimismus wieder Oberwasser gewinnen.

Übrigens kam mir wiederholt der Gedanke, daß Ihre Zeitschrift mit Sicherheit Leser gewinnen würde, wenn sie nicht ganz so negativ ausfallen würde.

Wie wäre es mit einer Leserumfrage?

Würde das die Seriosität Ihrer Zeitschrift in Frage stellen? Es ist richtig, die Dinge nicht zu verschleiern, aber es ist mindestens ebenso wichtig, nicht alles bis ins kleinste Detail ans Tageslicht zu zerren.

Renate Krebs

Aachen

Kurz berichtet

Vorsicht mit Mammographie

Röntgenuntersuchungen liefern nach einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf oft nur wenig nützliche klinische Hinweise und sind in vielen Fällen völlig nutzlos. Die „in zu großer Zahl und falsch“ vorgenommenen Röntgenuntersuchungen seien nicht nur teuer, sondern sie stellten auch eine Hauptquelle für die vom Menschen verursachte Strahlenbelastung dar, schreiben Experten der WHO in dem jetzt veröffentlichten Bericht.

Für schädlich halten sie u. a. die periodischen Röntgenuntersuchungen zur Feststellung von Brustkrebs. So sollten Mammographien, solange keine Krankheitssymptome vorliegen, nur auf Frauen von über 50 Jahren beschränkt werden.

Doch Beihilfe bei sozialer Indikation

Bundesinnenminister Friedrich Zimmermann (CSU) hat seine umstrittenen Pläne fallengelassen, die Beihilfe des öffentlichen Arbeitgebers für legale Schwangerschaftsabbrüche bei Beamten im Falle von sozialer Indikation zu streichen.

Wie aus dem Deutschen Beamtenbund in Bonn bekannt wurde, hat Zimmermann den Gewerkschaften bereits am 6. Mai einen neuen Beihilfekatalog vorgelegt. Entgegen einem vorangegangenen Entwurf, der auf Beschuß der Bundesregierung vom 27. Oktober letzten Jahres zusammengestellt worden war, soll nach der Neufassung auch die freiwillige Sterilisation wieder als beihilfefähig anerkannt werden.

Kein „Frei“ für Stillen

Eine hannoversche Lehrerin (30), die ihren inzwischen dreijährigen Sohn Max immer noch stillt und auch über dessen sechstes Lebensjahr hinaus stillen wollte, kann für das Stillen vom Land keine bezahlte Freistunde täglich mehr beanspruchen.

Das Landesarbeitsgericht, das für den Rechtsstreit nicht mehr zuständig war, weil die Lehrerin inzwischen Beamtin geworden ist, nahm in einem Kostenbeschuß zu dem Problem Stellung: Die Lehrerin habe keinen Anspruch darauf, ihren Sohn bis zu dessen sechstem Lebensjahr und Beginn der Schulpflicht (so hatte das Arbeitsgericht entschieden) zu stillen.

„Schwangerschaftsabbruch keine Art der Empfängnisverhütung“

Waltraud Schoppe (Die Grünen im Bundestag)

„Neutral“ ging Bundeskanzler Helmut Kohl in seiner Regierungserklärung auf Schwangerschaftsabbruch und § 218 ein. Er verwies auf das zu erwartende Urteil des Bundesverfassungsgerichts, dem man sich zu beugen habe. Eine Wertung nahm er nicht vor. Bundesfamilienminister Geißler hatte vor der Wahl erklärt, er sehe keinen Grund zu einer Änderung des § 218. Seitens der CSU wird dagegen immer wieder gefordert, die soziale Indikation zu erschweren, indem die Kosten nicht von den Krankenkassen übernommen werden sollen. In der Diskussion zur Regierungserklärung ging Waltraud Schoppe (Die Grünen) am ausführlichsten auf diesen Themenbereich ein. Hier einige Auszüge aus ihrer Rede:

„Ein Schwangerschaftsabbruch ist für eine Frau ein schwerer Konflikt und nicht eine Art der Empfängnisverhütung. Gleichwohl gibt es Situationen, in denen die Frau den Abbruch als einzigen Ausweg sieht. Bei der Politik von Sozialabbau werden diese Notsituationen zunehmen. Da nützt es nichts, ein großspuriges Programm zum Schutze des ungeborenen Lebens zu propagieren, wenn ein großer Teil der jetzt Lebenden schon heute nicht ausreichend versorgt ist. Am be-

sten schützt man die Ungeborenen, indem man die Lebenden schützt.“

„Wir bewegen uns in einer Gesellschaft, die Lebensverhältnisse normiert, auf Einheitsmoden, Einheitswohnungen, Einheitsmeinungen, auch auf eine Einheitsmoral, was dazu geführt hat, daß sich Menschen abends hinlegen und vor dem Einschlafen eine Einheitsübung vollführen, wobei der Mann meist eine fahrlässige Penetration durchführt. Fahrlässig, denn die meisten Männer ergreifen keine Maßnahmen zur Schwangerschaftsverhütung. Die Männer sind gleichwertig an der Entstehung einer Schwangerschaft beteiligt, dennoch entziehen sie sich ihrer Verantwortung. Mit Strafe bedroht sind bei einem Abbruch nur die Frauen. Erst später greifen Männer als Hüter der Moral wieder ein, indem sie Strafgesetzte aufstellen, indem sie als Kirchenfürsten gegen den Abbruch wettern, und indem sie als Ärzte je nach moralischer und politischer Überzeugung den Frauen helfen oder sie demütigen.“

„Mit der Ausgrenzung der Frauen aus den Bereichen Arbeit, Politik, und Kultur berabt sich die Gesellschaft eines Moments von Kreativität. Wir, verehrter Herr Kanzler, betrachten Ihre Politik der Erneuerung mit Grausen. Wir fordern Maßnahmen, die

es Frauen ermöglichen, sich selbst entscheiden zu können, wie sie ihr Leben gestalten wollen. Dazu gehört auch die Entscheidung, ob sie ein Kind möchte oder nicht. Anstatt die Frauen mit der Verschärfung des § 218 unter Druck zu setzen, sollte einmal darüber nachgedacht werden, wie am besten Schwangerschaftsverhütung betrieben werden könnte. Eine wirkliche Wende wäre es, wenn hier oben zum Beispiel ein Kanzler stehen würde und die Menschen darauf hinweisen würde, daß es Formen des Liebesspiels gibt, die sehr lustvoll sind und die Möglichkeit einer Schwangerschaft gänzlich ausschließen. Aber man kann ja nur über das reden, wovon man wenigstens ein bißchen versteht.“

„In dieser Konsumgütern überschwemmten Gesellschaft fordern wir ökonomische Sicherheit für alle Frauen – unabhängig von der Versorgung durch die Ehe. Wir fordern eine ausreichende Rente, gerade für Frauen, auch wenn sie keine Lohnarbeit geleistet haben, weil keine vorhanden war. Wir fordern die Bestrafung bei Vergewaltigung in der Ehe. Wir fordern Sie auf, endlich zur Kenntnis zu nehmen, daß auch die Frauen ein Selbstbestimmungsrecht haben über ihren Körper und ihr Leben. Wir fordern sie alle auf, den alltäglichen Sexismus hier im Bundestag einzustellen.“

Gegen die Werbung für Babynahrung

Im Schreiben an die Abgeordneten des Bundestages hat das Kinderhilfswerk „Terre des Hommes“ dazu aufgefordert, den aggressiven Werbepraktiken der Hersteller von Babynahrung einen Riegel vorzuschieben.

Die Abgeordneten sollen sich dafür einsetzen, daß der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor zwei Jahren aufgestellte Kodex nun auch in nationales Recht umgesetzt wird, der sich gegen die ungehemmte Werbung für Muttermilchersatzprodukte wendet.

Es sei unerträglich, daß die bundesdeutschen Entbindungscliniken zum wichtigsten Werbeträger eines ganzen Industriezweiges geworden seien, weil dort an die Mütter in großen Mengen Probepackungen verschenkt würden.

Die Organisatoren der Briefaktion wiesen warnend darauf hin, daß die Ernährung der Säuglinge mit dem Fläschchen in der Dritten Welt katastrophale Folgen habe. Aufgrund der Armut dort könnten oft die notwendigen hygienischen Maßnahmen wie Abkochen des Wassers, des Saugers und der Flasche nicht durchgeführt werden. Folgen seien Brechdurchfall und Unterernährung, an denen pro Jahr rund eine Million Kinder sterben.

Angst vor Gewalt

„Beeindruckt, betroffen, vor allem aber beklemmt“ zeigte sich der Präsident des Kinderschutzbundes, Professor Walter Bärsch, als er anlässlich der Kinderschutztage in Hannover eine Ausstellung mit rund 120 von Kindern gemalten Bildern eröffnete. Es war eine Auswahl aus 38.000 Bildern, die bei dem Wettbewerb „Mal doch mal, wie wir Kinder heute leben“ eingeschickt worden waren. Angst beherrscht erschreckend viele der Bilder; Angst vor schlechten Noten und schimpfenden Eltern, aber auch vor Gewalt, Einsamkeit, Krieg und – immer wieder – vor der zunehmenden Einengung und Zerstörung ihres Lebensraumes.

Was besonders betroffen macht: Die Bilder zeigen zwar, daß die Kinder ihre Umwelt erstaunlich kritisch sehen, vermitteln aber oft zugleich den Eindruck von Resignation, Hoffnungslosigkeit.

Die Ausstellung soll im Laufe des kommenden Jahres in zahlreichen bundesdeutschen Städten gezeigt werden.

SYMPTOMATISCHE SEXUALDIAGNOSTIK



HP JOURNAL

Fachzeitschrift für Naturheilkunde

HP-JOURNAL

— bietet umfassende Informationen, Reportagen, Kommentare, Daten, Fakten und Hintergrundwissen.

HP-JOURNAL

— ist Forum für Berufsfragen und unverzichtbare Informationsquelle für Heilpraktiker, Heilpraktikieranwärter und den naturheilkundlich Interessierten.

HP-JOURNAL

— liefert Ihnen frei Haus:

- Infos für den Beruf
- Meldungen
- Märkte
- Ratgeber
- Meinungen

HP-JOURNAL

— Ihre Fachzeitschrift für Naturheilkunde.



Bitte übersenden Sie mir ein Probeexemplar.

Vor- und Zuname

Straße/Nr.

(PLZ) Ort

HP-JOURNAL Versand Service
Scharnick Druck & Verlag GmbH
Industriestr. 1 · 3050 Wunstorf 1

Blätter der Wohlfahrtspflege

Schwerpunktthemen 1978 – 1982



Herausgegeben vom Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Stuttgart



In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband

Die Einzelhefte können zum Preis von sechs Mark (zuzüglich Versandkosten und Mehrwertsteuer) bezogen werden beim:
Verlag Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg
Postfach 804, 7000 Stuttgart 1

Postvertriebsstück S 4483 F Gerd J. Holtzmeyer, Verlag, Weizenbleek 77,
Gebühr bezahlt 3300 Braunschweig.

Postvertriebsstück S 4483 F Gerd J. Holtzmeyer, Verlag, Weizenbleek 77,
Gebühr bezahlt 3300 Braunschweig.

aktuelle frauenzitung COURAGE

COURAGE SONDERHEFT
Arbeitsplätze selber schaffen!
ALLTAG IM FRAUEN-PROJEKT:
Chaos und Organisation
Gratisarbeit und Staatsgelder
Liebe und Konflikte
Engagement und Überdruß

Café, Buchladen, Wollwerkstatt, Kabarett,
Tischlerei, Druckerei, Beratung, Frauenpension,
Bauernhof mit Magie, Verlag, Naturkosmetik,
Gesundheitsladen, Töpferei.

Ja, ich möchte COURAGE näher kennenlernen und bestelle die nächsten drei Ausgaben von COURAGE zunächst im Probe-Abonnement für 10.- DM. Wenn ich nach dem zweiten Heft nicht schriftlich beim Verlag kündige, bin ich mit dem Weiterbezug von COURAGE zum regulären Jahresabopreis von 48.- DM (54.- DM Auslandsabo) einverstanden.
COURAGE Frauenverlags-GmbH, Bleibtreustr. 48, 1000 Berlin 12
Name/Vorname
PLZ/Ort
Datum
Unterschrift
Vertrauensgarantie: Ich weiß, daß ich diese Bestellung innerhalb von zwei Wochen widerrufen kann.

COURAGE Sonderheft 8

- **Familie und Gesellschaft**
7/1978 Schichtzugehörigkeit – Schicksal und Chancen
3/1979 Familie und Gesellschaft
5/1980 Sozialmodell Familie
10/1981 Frauen und Gesellschaft
6/1982 Analphabetismus in der Bundesrepublik Deutschland
6/1983 Familienpolitik und Familienhilfe
- **Jugendhilfe**
4/1978 Jugendwohlfahrt – Jugendhilfe
6/1978 Schule – Beruf – Leben (Jugendarbeitslosigkeit)
11/1978 Heimprobleme (Heimerziehung)
6/1979 Für's Leben lernen ... (Erziehung in Familie, Heim und Schule)
9/1979 Auseinandersetzung mit der Gesellschaft (Jugendkriminalität)
12/1980 Sorge, Solidarität für Kinder
- **Behindertenhilfe und Psychiatrie**
5/1979 Psychisch Krank – Ausdruck beschädigter Identität
2/1981 „Einander verstehen – miteinander leben“ (Psychisch Kranke)
12/1981 Bilanz zum Internationalen Jahr der Behinderten
3/1983 Psychiatrie
- **Gesundheitswesen und Suchtgefahren**
10/1978 Gesundheit – eine soziale Aufgabe
2/1979 Sucht als Lebens-Mittel
11/1980 Krankheit im sozialen Umfeld
7/1981 Drogen und Gesellschaft
- **Selbsthilfegruppen und Ehrenamtliche**
1/1981 Normabweichler contra Normalitätsdruck