

9.2.4.8 Zusammenfassung

Die genaue Zahl HIV-infizierter und AIDS-kranker Menschen in Deutschland ist nicht bekannt. Anhand von Labordaten und von Angaben AIDS-Kranke behandelnder Ärztinnen und Ärzte lassen sich jedoch fundierte Schätzungen anstellen. Danach lebten Ende 1996 im Bundesgebiet zwischen 5.250 und 9.000 HIV-infizierte und zwischen 675 und 1.000 AIDS-kranken Frauen (die Zahlen sind berechnet anhand der Angaben des StBA 1998a: 265 f). Zwar sind von der Infektion und der Krankheit Männer in größerem Umfang als Frauen betroffen, seit 1989 ist jedoch eine Zunahme des Frauenanteils bei den HIV-Infizierten und AIDS-Kranken zu verzeichnen.

Zu Beginn der Epidemie Anfang der 80er Jahre wurde das HI-Virus vor allem durch intravenösen Drogenkonsum auf Frauen übertragen. Inzwischen hat die Bedeutung der heterosexuellen Transmission zugenommen. 1996 hatten sich zum ersten Mal in absoluten Zahlen mehr Frauen über heterosexuelle Kontakte als über i. v. Drogenkonsum neu infiziert.

HIV-Infektion und AIDS trifft Frauen in einem Alter, in dem sich viele überlegen, ob sie ein Kind bekommen wollen. Zwar wird das früher als sehr hoch angesehene Übertragungsrisiko von der Mutter auf das Kind inzwischen auf 5 % geschätzt, angesichts der krankheitsbedingten verkürzten Lebenserwartung ist, wie Studienergebnisse eindrücklich belegen, der Umgang mit Kinderwunsch und Schwangerschaft ein schwieriges ambivalentes Problem.

Die psychosoziale Situation HIV-infizierter und AIDS-kranker Frauen kann je nach dem Übertragungsweg der Infektion differieren. Über Blutprodukte oder über heterosexuellen Verkehr mit ihrem Partner infizierte Frauen verfügen meist über stabile biographische Erfahrungen in ihrem sozialen Umfeld, während akut i. v. drogenabhängig Erkrankte mit den aus der Sucht und den aus der Infektion sich ergebenden Problemen zu kämpfen haben. Dem entsprechend sind, wie Modellprojekte zeigen, unterschiedliche und verschieden strukturierte Hilfsangebote bereitzustellen, die einen interdisziplinären Ansatz von medizinischer Versorgung und psychosozialer Betreuung verfolgen.

Frauenspezifische Hilfsangebote wurden im Bundesgebiet entwickelt vom Frauenreferat der Deutschen AIDS-Hilfe und von dem 1993 gegründeten Frauen-Netzwerk, zu dem sich HIV-infizierte Frauen zusammengeschlossen haben.

9.2.5 *Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung*

9.2.5.1 *Einleitung*

Psychische und psychiatrische Erkrankungen sind ein schwer abgrenzbarer Bereich gesundheitlicher Belastungen. In diesem Kapitel stehen bei der Darstellung der Situation von psychisch und psychiatrisch erkrankten Frauen zwar - wie in den vorangegangenen Kapiteln bei anderen gesundheitlichen Lagen auch - die Lebenssituation und die Lebenserfahrungen der Frauen im Vordergrund, sie werden aber nicht als allgemeiner Kontext

eines Lebens mit gesundheitlichen Belastungen aufgegriffen, sondern die spezielle und zentrale Frage lautet, wie dieser Lebenslauf und die Lebenserfahrungen im institutionellen Rahmen der Psychiatrie aufgegriffen werden und inwieweit bei der Behandlung auf geschlechtsspezifische Aspekte eingegangen wird. Die Erfahrungen, die Frauen in der stationären Unterbringung machen, stehen damit im Mittelpunkt dieses Kapitels.

Der Weg in eine stationäre psychiatrische Behandlung führt über die *Diagnose* einer psychischen Erkrankung und über die Feststellung der stationären *Behandlungsbedürftigkeit*. Auf beide Begriffe wird im folgenden kurz eingegangen.

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben entweder vorwiegend psychische Symptome wie beispielsweise Ängste, Zwänge oder depressive Verstimmtheit, oder ihre Ursachen sind vorwiegend im seelischen Bereich zu suchen, auch wenn sie nur oder überwiegend körperliche Symptome haben. Nach der Internationalen WHO-Klassifikation ICD-10 zählen dazu bei Erwachsenen insbesondere organische bzw. symptomatische psychische Störungen, psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, die Schizophrenien, die affektiven und die neurotischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Funktionsstörungen oder Faktoren, Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderungen.

Das diagnostische Vokabular des ICD-10 ist umstritten, da es vorwiegend deskriptiv ist. Es hat jedoch den Vorteil, daß in ihm die diagnostischen Glossars verschiedener Länder zusammengeführt wurden und so die gesundheitlichen Verhältnisse international vergleichbar werden können. Diagnostische Unterscheidungen zwischen Frauen und Männern kommen nur dort vor, wo dies ganz und gar unvermeidbar ist, wie beispielsweise bei der Wochenbettpsychose. Ebenfalls umstritten ist der Krankheitsbegriff, insbesondere bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, da diese oft ebenso als Varianten des Gesunden angesehen werden können. Deshalb wird oft im psychiatrischen Sprachgebrauch von beispielsweise „behandlungsbedürftigen Neurosen“ oder auch von „krankheitswertigen Persönlichkeitsstörungen“ gesprochen.

Die moderne Psychiatrie, vor allem die Sozialpsychiatrie, hat eine Erweiterung der medizinisch-biologischen Sichtweise erfahren. In der psychiatrischen Fachliteratur besteht generell Übereinstimmung darüber, daß psychische Erkrankungen im Zusammenwirken biologischer, individualpsychologischer und gesellschaftlicher Faktoren entstehen. Die Frage ist, wie dies in der stationären Behandlung berücksichtigt wird.

Stationäre Unterbringung

Im stationären und ambulanten Bereich gibt es eine Vielzahl von Behandlungs- und Betreuungsangeboten:

- die psychiatrischen Kliniken, die meistens einen Pflichtversorgungsauftrag für eine bestimmte Region haben; ihnen sind manchmal Tageskliniken und Ambulanzen angegliedert,
- die psychosomatischen Kliniken, in denen im allgemeinen bestimmte Formen von Psychotherapie angeboten werden,
- die kassenärztliche Versorgung durch niedergelassene Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
- die staatlichen Gesundheits- und Sozialämter mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst,
- psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, oft in Trägerschaft von psychiatrischen Hilfsvereinen, mit Betreutem Wohnen, Werkstätten für psychisch Kranke und Behinderte,
- einzelne Initiativen von Beratungsstellen für psychisch kranke Frauen,
- Frauengesundheitszentren,
- Selbsthilfegruppen.

Die stationäre Behandlungsbedürftigkeit in der Psychiatrie ist eng mit dem Krisenbegriff verbunden. Als stationär behandlungsbedürftig gilt eine Person, wenn sie sich in einer psychischen Krise befindet, die aus verschiedenen Gründen, z. B. Selbst- oder Fremdgefährdung, nicht mehr ambulant zu bewältigen ist. Das können Lebensänderungskrisen, traumatische Krisen und Krisen bei akuter Verstärkung von Symptomen bestehender psychischer Erkrankungen sein (nach Katschnig/Konieczna 1986). Die Anforderungen an eine stationäre Behandlung bestehen einerseits in einem Schutz vor selbst- oder fremddestruktiven Tendenzen und andererseits in einer umfassenden Krisenbewältigung.

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland ist im wesentlichen geschlechtsindifferent. Wenn Geschlechtsunterschiede gesehen werden, dann werden sie meist durch die körperlichen Unterschiede erklärt. Im klassischen psychiatrischen Versorgungssystem gibt es nur vereinzelt spezielle Therapieangebote für Frauen, beispielsweise die Mutter-Kind-Behandlung auf allgemein-psychiatrischen Stationen (Hartmann 1997). Im ambulanten Bereich ist es in Ballungszentren eher möglich, frauenspezifische Angebote zu finden. Insgesamt sind sie aber so verstreut, daß es schwierig ist, sie systematisch darzustellen.

Betroffenheit von Frauen von psychischen Erkrankungen

Einem Bericht der WHO zu „Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health“ (WHO 1994) zufolge zeigen viele Untersuchungen international, daß Frauen häufiger psychisch krank werden und daß ihre Krankheitsanfälligkeit eng verbunden ist mit Familienstand, Arbeit und gesellschaftlicher Rolle. Frauen leiden häufiger unter Depressionen und Phobien, Männer häufiger unter antisozialer Persönlichkeit und Alkoholismus. Statistiken des Statistischen Bundesamts, die auf Krankenkassen-Daten von 1993 basieren, weisen ähnliche Verteilungen in Bezug auf Geschlechtsunterschied und Diagnosen auf, obschon hier das Zahlenmaterial der gesetzlichen Krankenkassen, meist

sogar nur der Pflichtversicherten und damit eines eingeschränkten Personenkreises zugrunde gelegt wurde. Beispielsweise wurden Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen nach Diagnosen (hier: ICD-9) aufgeschlüsselt. Es fanden sich bei den Organischen Psychosen über doppelt so viele Männer als Frauen (Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die Männer waren im Schnitt 34,25 Tage, die Frauen 29,10 Tage pro Fall krank. Bei den „Anderen Psychosen“, in die offenbar ein Teil der Depressionen eingegliedert wurde, fanden sich deutlich höhere Zahlen für Arbeitsunfähigkeitsfälle bei Frauen (etwa 15 % mehr) als bei Männern, wobei die Frauen im Schnitt 45,87 Tage und die Männer 52,39 Tage je Fall krank waren. Schließlich traten bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle bei den Frauen (etwa 40 % mehr) als bei den Männern auf. Hier waren die Frauen im Schnitt 31,11 Tage, die Männer 30,73 Tage je Fall krank.

9.2.5.2 Datenlage und Design der Untersuchung „Frauen in der stationären Psychiatrie“

Erst in geringem Umfang werden in der psychiatrischen Forschung Fragestellungen geschlechtsdifferent aufgegriffen, beispielsweise beim Verlauf der Schizophrenie (Maurer 1995). Die WHO hat sich mit psychosozialen und psychischen Aspekten der Gesundheit von Frauen befaßt (WHO 1994). In Wien ist eine kommunale „Life-Style-Study“ als frauenspezifische Präventionsforschung durchgeführt worden (Wimmer-Puchinger/Schmidt 1993). Speziell zu der Fragestellung, welche Zusammenhänge bei der Entstehung, dem Verlauf und der Therapie psychischer Erkrankungen von Frauen bestehen, liegt keine deutsche epidemiologische Studie vor (Kühner 1998). Anders als im englischsprachigen Raum steht die Diskussion um die Frage der geschlechtsgemischten Stationen noch aus (Batcup 1997; Warden 1997).

Zur Frage der Berücksichtigung frauenspezifischer Probleme in der stationären Behandlung liegt bisher eine deutsche Studie vor (Enders-Drägässer/Sellach 1998). Der Abschnitt konzentriert sich auf die Ergebnisse dieser aktuellen Studie.

Angaben zur Studie „Frauen in der stationären Psychiatrie“

Die Studie wurde 1994 bis 1996 im Auftrag des Hamburger Senatsamtes für die Gleichstellung von einer interdisziplinären Forschungsgruppe erarbeitet, der zwei Psychiaterinnen, eine Psychologin, eine Organisationsberaterin und zwei in der Frauenforschung tätige Soziologinnen angehörten. In der interdisziplinären Kooperation wurden die bislang getrennten Bereiche der allgemeinen Psychiatriekritik und der Psychiatriekritik aus der Frauenbewegung und Frauenforschung zusammengeführt und miteinander verknüpft. Ziel der Studie war, in der Kooperation mit einem psychiatrischen Krankenhaus exemplarisch die Notwendigkeit und die Realisierung frauenspezifischer Behandlungsweisen und Organisationsformen zu untersuchen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zweier großer Stationen eines großstädtischen psychiatrischen Krankenhauses in Norddeutschland gewährten Einblick in ihre Arbeit. Bei den Stationen handelte es sich um eine Frauenstation und eine Station mit Frauen und Männern.

Die Forschungsgruppe arbeitete mit einem breiten Spektrum an quantitativen und qualitativen Methoden (u. a. Fragebögen, Interviews, Dokumentenanalysen, Literaturrecherche, teilnehmende Beobachtung) sowohl klinikbezogen als auch klinikunabhängig. Daten wurden auch stations- und klinikübergreifend bei unterschiedlichen Zielgruppen erhoben (u. a. Patientinnen, Vertreterinnen unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchieebenen). Themen bei der Befragung der Patientinnen waren u. a. die Bedeutung frauenspezifischer Faktoren für Krankheitserleben, Krankheitsbewältigung, Diagnosen, Therapieziele, Interaktionen und Behandlungsprozesse sowie Wünsche und Ärgernisse im Klinikalltag, Vorstellungen zu bedarfsgerechter Versorgung und zu Mitbestimmungs-, Kommunikations- und Konfliktlösungsstrukturen während des Klinikaufenthaltes und die Vorbereitung auf die Entlassung. Die Erfahrungen der Patientinnen unter Berücksichtigung der Alltagsbezüge der Beziehungen und sozialen Bindungen, der vorhandenen oder fehlenden Ressourcen von Patientinnen in Therapie und Pflege wurden einbezogen.

Auf der Organisationsebene wurden Tätigkeitsprofile der verschiedenen Berufsgruppen und Strukturdaten, wie z. B. Räumlichkeiten und Personalausstattung, sowie Daten zu den formellen und informellen Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen erhoben und Arbeitsabläufe analysiert. Die Auskünfte von Fachkräften, Expertinnen und Experten und psychiatrienerfahrene Frauen innerhalb und außerhalb der untersuchten Stationen bzw. der kooperierenden Klinik ermöglichten eine geschlechterbeachtende Rekonstruktion des Psychiatriealltags, die Formen der Wahrnehmung der Patientinnen und des Umgangs mit ihnen einschließt, und klärten den Stellenwert von physischen, psychischen und sexuellen Gewalterfahrungen der Patientinnen für Erkrankung, Therapie, Pflege, Alltagsorganisation und Nachsorge.

Ein weiterer Schritt war die Auswertung der psychiatriekritischen Diskussion in der Frauenforschung. Die mit jeweils unterschiedlichen Untersuchungs- und Erkenntnismethoden parallel entwickelten Analysen sowie die Lösungsansätze zur Versorgung von psychisch kranken Frauen in der stationären Psychiatrie wurden interdisziplinär zusammengeführt.

9.2.5.3 Berücksichtigung des weiblichen Lebenszusammenhangs als Kontext für stationäre psychiatrische Behandlung

Resultat der Untersuchung war ein interdisziplinärer Konsens dahingehend, daß in Krankheitslehre und Therapieprogrammen in der stationären Psychiatrie weitgehend Geschlechtsrollenstereotype bei gleichzeitigen Vorstellungen von Geschlechterneutralität vorherrschend sind. Im Bemühen um „Geschlechtsneutralität“ stellt sich die Psychiatrie als ein Handlungsfeld dar, in dem in widersprüchlicher Weise geschlechtsrollenorientiert und geschlechtsblind zugleich agiert wird. Dabei werden die Patientinnen abhängig von traditionellen Geschlechtsrollenvorstellungen wahrgenommen, was die geschlechtssensible Beachtung bzw. Bearbeitung von krankheitsverursachenden, krank-

heitsauslösenden und krankheitsunterhaltenden Lebenskonstellationen der Patientinnen behindert.

Die Patientinnen thematisieren geschlechtsspezifische Erfahrungen, und insbesondere Extremerfahrungen, Identitäts- und Existenzkrisen und damit Beziehungskrisen, den Verlust von Kindern oder Angehörigen, Gewalt, persönliche Abhängigkeiten durch wirtschaftliche Not, Wohnungsnot und soziale Isolation. Allerdings wurde für alle Arbeitsbereiche der Untersuchung dargestellt, daß Patientinnen wesentliche Informationen, die ihre Gewalterfahrungen, ihre Sexualität, ihre Körperlichkeit betreffen, Männern gegenüber zurückhalten. Auf dieses für das gesamte Handlungsfeld der stationären Psychiatrie relevante Mitteilungsverhalten von Patientinnen wird bisher kaum angemessen reagiert, so daß bezweifelt werden muß, ob sich Patientinnen während ihres Aufenthaltes in der stationären Psychiatrie überhaupt umfassend mitteilen können. Jedenfalls fühlen sich die Patientinnen in ihren geschlechtsspezifischen Erfahrungen nicht genügend akzeptiert und unterstützt. Sie äußern sich enttäuscht darüber, daß ihre Biographie und Vorgeschichte ebenso wie ihr Recht auf Intimsphäre zu wenig beachtet würden (Kühner 1998).

Obwohl im Krankenhausalltag die vielfach krankmachenden Lebenswirklichkeiten der Frauen durchaus gesehen werden, werden sie eher im individuellen psychosozialen Kontext eingeordnet und als persönliches Schicksal gedeutet. Sie werden kaum in Bezug gesetzt zu den Strukturproblemen der sozialen Existenz von Frauen. In Diagnose, Behandlung, Prognose und insbesondere in der Gestaltung des therapeutischen und versorgenden Milieus der Stationen werden die gesellschaftlichen Strukturprobleme für Frauen nicht systematisch berücksichtigt. Fachkräfte aller Berufsgruppen in der Psychiatrie nehmen Geschlechtsunterschiede zwar wahr, gehen aber therapeutisch darauf nur in geringem Umfang ein. Ihnen fehlt das fachliche Wissen, um über die individualbiographischen Informationen der Patientinnen hinaus einen handlungsleitenden Bezug zu den individuell nicht aufhebbaren strukturellen Problemlagen der sozialen Existenz von Frauen in ihrer Relevanz für Anamnese, Diagnose, Therapie und Nachsorge herstellen zu können.

Die Patientinnen werden zumeist als „Patienten“ bezeichnet, aber von ihrem Frau-Sein her geschlechtsrollenspezifisch und unter Bezugnahme auf ihre „weibliche Sozialisation“ beobachtet, beurteilt und behandelt. Im Stationsalltag wird von heterosexueller Normalität ausgegangen. Von den Patientinnen werden in der Regel die herkömmlichen heterosexuellen weiblichen Verhaltensmuster erwartet, oft zugleich aber auch kritisiert. Die Aufmerksamkeit gegenüber Patientinnen scheint vorrangig der Frage zu gelten, wie sie sich auf Männer beziehen, ob sie sich Männern gegenüber als beziehungsfähig oder beziehungsunfähig erweisen. Dennoch wird nicht weiter danach gefragt, inwieweit Beziehungsschwierigkeiten von Patientinnen Konsequenz krisenhafter Beziehungserfahrungen mit Männern oder der Wegnahme von Kindern sein könnten und wie derartige Erfahrungen in Behandlung und Nachsorge zu berücksichtigen sind. Wenn Patientinnen, angesichts von Wohnungsnot und unzureichenden Erwerbsmöglichkeiten, in einer Be-

ziehung zu einem Mann die einzige ihnen zugängliche Form ihrer Existenzsicherung sehen, wird zwar kritisch gesehen, daß sie das erneut sozial und materiell abhängig macht, aber dies wird nicht als krankheitsrelevant aufgegriffen. Kaum berücksichtigt wird, daß sich Beziehungsschwierigkeiten von Patientinnen bei männerorientierten aggressiven Strukturen und Interaktionen auf geschlechtsgemischten Stationen weiter verfestigen können.

Die Orientierung auf Männer hat zur Folge, daß Beziehungen von Patientinnen zu Frauen kaum in den Blick geraten. Fast bedeutungslos scheint, inwieweit es im Leben der Patientinnen andere Frauen gibt, sei es aus der Familie, sei es aus dem sonstigen sozialen Nahfeld, mit denen die Patientinnen verbunden sind und die sie unterstützen und ihnen helfen. Auf das Potential dieser Beziehungen wird nicht systematisch zurückgegriffen. Es scheint, als ob nur die Männerbeziehungen der Patientinnen zählen, wie problematisch sie auch sein mögen. Hinzu kommt, daß Patientinnen solange als heterosexuell gelten, solange sie nicht selbst von sich sagen, daß sie nicht heterosexuell, sondern beispielsweise lesbisch sind. Die Situation und die Probleme lesbischer Patientinnen sind kaum Thema. Der für die Behandlung und Nachsorge so wesentliche Bereich der Beziehungen von Patientinnen zu Frauen, auch als stabilisierender Faktor in einem schwierigen sozialen Nahfeld, scheint weitgehend ignoriert und nicht geschätzt und unterstützt zu werden.

9.2.5.4 *Berücksichtigung von Gewalterfahrungen*

Die gesellschaftliche Tatsache männlicher Gewalt wird in der stationären Psychiatrie verharmlost und nicht systematisch in ihrer Bedeutung für Erkrankung, Diagnose, Behandlung und Prognose aufgegriffen. Das gilt vor allem für Extremerfahrungen und insbesondere für erlebte Gewalt. Dieses Versäumnis hängt damit zusammen, daß Gewalt in der Psychiatrie auch als Behandlungsmethode angewandt wird (z. B. in Form von Elektroschocks). Die zwangsweise stationäre Aufnahme ist verbunden mit einer juristisch erlaubten Zwangsbehandlung. Obwohl psychisch kranke Frauen weniger häufig aggressiv sind, wird insbesondere in der Aufnahmesituation, als Behandlungsmethode häufig Gewalt ausgeübt (z. B. Fixierung). Patientinnen werden auch nicht systematisch vor gewaltbereiten oder gewalttätigen Patienten geschützt. Dadurch kommt es nicht selten zu einer Wiederholungssituation gleich zu Beginn einer Behandlung, wodurch eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung nicht mehr möglich ist.

Durch die Initiative von Angehörigen- und Betroffenenvereinigungen ist es in den letzten Jahren vermehrt zu einer Auseinandersetzung mit diesem Thema gekommen. In der psychiatriekritischen Frauentebatte wird eine Gewährleistung von Schutz darin gesehen, daß Frauen in einer Frauenumgebung aufgenommen und frauenorientiert behandelt werden, so lange ihr Schutzbedürfnis gegeben ist.

9.2.5.5 Zusammenfassung

Die Ergebnisse aus einer aktuellen interdisziplinären Studie im Auftrag des Hamburger Senats liefern zahlreiche Anhaltspunkte dafür, daß psychische Krisen bei Frauen im Kontext geschlechtsspezifischer Bedingungen ihrer Lebensgeschichte entstehen oder sich zuspitzen, die jedoch bei der Behandlung in der stationären Psychiatrie bislang zu wenig berücksichtigt wurden.

Die Praxis ist gekennzeichnet von Geschlechtsrollenstereotypen bei gleichzeitigem Anspruch, geschlechtsneutral zu behandeln. Krankmachende Lebenswirklichkeiten von Frauen werden zwar gesehen, es wird aber nicht darauf eingegangen, und sie werden nicht in Bezug zu strukturellen Problemen der sozialen Existenz von Frauen gesetzt. Die Erwartungen an das Verhalten der Patientinnen bleiben den Geschlechtsrollenstereotypen verhaftet. Die gesellschaftliche Tatsache männlicher Gewalt wird nicht systematisch in ihrer Bedeutung aufgegriffen und die Frage des Schutzes von Frauen vor Gewalt nicht angemessen beantwortet.



Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland

Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung
der unterschiedlichen Entwicklung in West- und
Ostdeutschland

Kohlhammer

