

## Gesundheitliche Rechte und Beteiligung von PatientInnen

Frauengesundheitszentren sind Zentren der Interessenvertretung für die gesundheitlichen Rechte der Frauen. Als gesunde Frauen sind sie häufig Konsumentinnen gesundheitlicher Leistungen, werden aber noch nicht sehr kundinnenorientiert behandelt. Als kranke Frauen sind Patientinnen häufig in einer passiven Rolle und nicht gleichberechtigt. Die Interessenvertretung der PatientInnen sollte strukturell verankert werden. PatientInnen erfahren das Gesundheitswesen am eigenen Leib und sind sehr oft nicht in der Lage, ihre Gesundheitsinteressen adäquat zu artikulieren und einzubringen. Für sehr viele Versicherte wird die gesundheitliche Versorgung immer undurchschaubarer. Auch dadurch wird ihnen die Artikulation ihrer Interessen sehr erschwert. Durch die Arbeit in den Frauengesundheitszentren setzen wir uns seit Jahren dafür ein, mehr Beteiligung für KonsumentInnen gesundheitlicher Leistungen und PatientInnen zu ermöglichen. PatientInnen müssen anerkannt, informiert und qualifiziert werden. Sie sollen in Entscheidungsgremien mitwirken. Da Patientinnen Qualitätsmängel direkt zu *spüren* bekommen, haben sie auch ein originäres Interesse an der Qualitätsverbesserung. Dieses kann nicht von anderen Interessengruppen stellvertretend wahrgenommen werden kann.

- Im Österreichischen Nationalen Gesundheitsplan ist die verstärkte Partizipation der Bürgerinnen und Bürger bei der Weiterentwicklung von Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen vorgesehen. Unterstrichen wird dies durch den Fokus auf PatientInnen- und Betroffenenorientierung.
  - Weitere unterstützenswerte Schwerpunkte im Gesundheitsplan sind:
  - Gleichstellung der Prävention und der Vorsorgemedizin mit der Kurativmedizin
  - Verbesserte Koordination zwischen den einzelnen Sektoren und Institutionen
  - Einführung des Gender Mainstreaming in das öffentliche Gesundheitswesen.
- Die Vorgabe des Gender Mainstreamings durch den Amsterdamer Vertrag ermöglicht, dass NPOs wie Frauengesundheitszentren eine weitere Rolle im Gesundheitswesen einnehmen. Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens benötigen Genderkompetenz, die in der Politik, Forschung und Gesundheitsversorgung verankert werden muss.
- Die Richtung zu mehr BürgerInnenbeteiligung und PatientInnenrechte wird von verschiedenen internationalen Vereinbarungen vorgegeben, in die Österreich eingebunden ist. Die Weltgesundheitsorganisation hat das Thema der BürgerInnenbeteiligung bzw. kollektiver Rechte 1994 in ihre Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe aufgenommen: "Patients have a collective right to some form of representation at each level of the health care system in matters pertaining to the planning and evaluation of services, including the range, quality and functioning of the care provided."
- Der Europarat hat das Thema jüngst aufgegriffen und programmatische Vorstellungen zur Beteiligung und Repräsentation von BürgerInnen im Gesundheitssystem präsentiert. BürgerInnenbeteiligung wird als ein fundamentales demokratisches Recht und als integrales Element der Gesundheitssysteme und ihrer anstehenden Reformen gesehen.

## Brustgesundheit

Neben biologischen und psychologischen Faktoren spielen soziale Strukturen und Lebensbedingungen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Erkrankungen und bei den Strategien bzw. Möglichkeiten Erkrankungen zu bewältigen, so auch bei Brustkrebs. Im medizinischen und gesellschaftlichen Umgang mit Brustgesundheit und Brustkrebs, wird diese Erkenntnis bisher jedoch nur unzureichend umgesetzt. Die Brust als Symbol weiblicher Identität, Stärke und Lust findet bisher keinen Raum und kein Gehör. Wohl aber die Brust als Lustobjekt des Mannes, die Brust als normiertes Schönheitsideal und nicht zuletzt die Brust als Organ in dem eine lebensbedrohliche Krankheit lauern kann. Die Folge ist, dass viele Frauen ihre Brust mit Angst und Unzufriedenheit wahrnehmen oder gar ablehnen. Das traditionelle Gesundheitswesen hat es bisher verabsäumt, Mädchen und Frauen in ihrem selbstbewussten und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Brust, ihrer Körperlichkeit und Sexualität zu stärken. Frauengesundheitszentren verfügen über jahrelange Erfahrung in diesem Prozess des Empowerments.

## Frauengesundheit und Mammographiescreening

Die Röntgenuntersuchung der Brüste einer Frau durch Mammographie ist die anerkannte Methode, um neben Anamnese, Tastuntersuchung und Ultraschall eine festgestellte Veränderung wie einen Knoten in einer Brust abzuklären.

Im Unterschied dazu wird der Benefit der Mammographie als Reihenuntersuchung wissenschaftlich unterschiedlich bewertet. Einigkeit herrscht darin, dass der maximale Gewinn nur durch ein qualitätsgesichertes Programmscreening zu erreichen ist. Denn: Von 1.000 Frauen zwischen 50 und 60 Jahren sterben 996 sowieso nicht an Brustkrebs. Vier sterben an Brustkrebs in diesem Zeitraum. Wenn sie 10 Jahre lang alle zwei Jahre zur Mammographie gehen, sterben nicht 4, sondern nur 3 Frauen, also 25 % weniger (Nyström et al., 1993; Mühlhauser & Höldke, 1999). Diese Senkung der Brustkrebssterblichkeit ist durch ein opportunistisches Screening, wie es in Österreich derzeit durchgeführt wird, nicht zu erreichen.

Soweit überhaupt Daten zur Qualitätsbeurteilung vorhanden sind, werden in Österreich die von der Europäischen Kommission für das Mammographiescreening vorgegebenen Qualitätskriterien derzeit nicht erfüllt (Perry et al., 2001). Es gibt noch keine zertifizierte Einrichtung, die spezifische Fortbildung der RadiologInnen und röntgentechnischen AssistentInnen ist nicht flächendeckend. Es besteht auch keine verpflichtende Fortbildung für die Zulassung von ÄrztInnen zur Befundung. Die geforderte Mindestanzahl an Befundungen pro BefunderIn und Jahr wird nicht evaluiert. Doppelbefundungen sollten routinemäßig erfolgen, finden aber in den seltensten Fällen statt. Die meisten Befundungseinrichtungen können Sensitivität und Spezifität ihrer Mammographiebefunde nicht angeben. Für die Frauen hat die Evaluation falsch-positiver und falsch-negativer Befunde eine große Bedeutung. Einerseits müssen sie unnötige abklärende Untersuchungen über sich ergehen lassen und andererseits glauben sie sich in Sicherheit, ohne es zu sein.

In Österreich ist trotz wissenschaftlicher Divergenzen die politische Entscheidung gefallen ein Programmscreening für Frauen ab 50 Jahre einzuführen. Aus Sicht der österreichischen Frauengesundheitszentren muss bei Einführung gesichert sein, dass:

- die von der Europäischen Kommission vorgegebenen Qualitätskriterien vollinhaltlich erfüllt und evaluiert werden
- eine umfassende Information der Frauen über Nutzen und Risiken des Mammographiescreenings in verständlicher Sprache erfolgt, z.B. welche Bedeutung ein positiver Befund hat, bedeutet dieser tatsächlich Brustkrebs? Was bedeuten 25 % Brustkrebssterblichkeit in Relativprozent ausgedrückt?

- die Finanzierung von unabhängiger Beratung gesichert wird, die Frauen eine informierte Entscheidungsfindung erlaubt und zusätzlich eine psychologische Unterstützung im Fall eines positiven Befundes ermöglicht und finanziert wird.

#### Referenzen

Mühlhauser I, Höldke B. Mammographie-Screening Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz-Grundlage zur Kommunikation mit der Frau. *Arzneitelegamm* 1999; 10: 101-108.

Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Ryden S, Andersson I, Bjurstam N, Fagerberg G, Frisell J, et. al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993; 341: 973-978.

Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S. European guidelines for quality assurance in mammography screening. Luxembourg: European Commission, 2001.

### **Essprobleme**

Probleme mit dem Essverhalten betreffen immer noch zu 97 Prozent Frauen und Mädchen. Gezügeltes Essverhalten und Diäten sind für viele Frauen und Mädchen ein selbstverständlicher Bestandteil ihres Lebens geworden. Gesellschaftliche Schlankeitsnormen, sich widersprechende Rollenstereotypen und ambivalente Botschaften in den Medien führen zur Verunsicherung der Frauen und Mädchen und bilden einen Nährboden für Krankheitsbilder wie Magersucht, Bulimie und Esssucht. Der weibliche Körper wird zum Dreh- und Angelpunkt, Schlanksein zum Synonym für Erfolg, Anerkennung, Wertschätzung, Attraktivität und sexuelle Ausstrahlung.

In Österreich erkranken Schätzungen zufolge etwa 200.000 Frauen einmal in ihrem Leben an einer Essstörung. Die weiterhin ansteigende Zahl an Frauen und Mädchen mit Essproblemen macht die Notwendigkeit von spezialisierten und interdisziplinären Präventions- und Therapiekonzepten nötig. Die Konzepte müssen hierbei den Bogen über Präventionsarbeit, Therapiemotivation, die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien sowie die Hilfe zur Selbsthilfe nach abgeschlossener Therapie spannen. Ein weibliches multidisziplinäres Team, bestehend aus Psychotherapeutinnen, Psychologinnen, Ernährungswissenschaftlerinnen, Ärztinnen und Körpertherapeutinnen ermöglicht eine umfassende und ganzheitliche Begleitung und Betreuung der Frauen und Mädchen aus der Essproblematik heraus. Die Miteinbeziehung der Angehörigen und ehemals Betroffenen im Sinne des Empowerments ist ein weiterer wesentlicher Faktor in der Betreuung und ermöglicht die Nutzung wertvoller Ressourcen und Kompetenzen. Gesundheitsförderliche Projekte in Kindergärten, Schulen und Jugendorganisationen können Mädchen stärken und ihnen vielfältige Möglichkeiten, mit Problemen umzugehen, eröffnen.

Essprobleme gänzlich zu individualisieren oder psychologisieren ist nicht zielführend und hat Ausgrenzung und Stigmatisierung der Betroffenen zur Folge. Es liegt in der politischen Verantwortung, Essprobleme als ein großteils gesellschaftliches Phänomen zu begreifen und dafür zu sorgen, dass Frauen und Mädchen sich in Lebenswelten bewegen können, die es ihnen ermöglichen, selbstbestimmt, unabhängig und gewaltfrei zu leben.

### **Schwangerschaftsabbruch zwischen Recht und Praxis**

Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren unterstützt die geltende gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch und fordert eine frauengerechte Umsetzung.

Wird dieses Recht eingeschränkt oder erschwert, ist das der Frauengesundheit abträglich, sind sich die Leiterinnen der sechs Frauengesundheitszentren einig. Seit 1975 ermöglicht ein Gesetz die alleinige Entscheidungsfreiheit der Frau über einen Schwangerschaftsabbruch. Die österreichische Praxis des Schwangerschaftsabbruches aber ist gekennzeichnet durch ein gesellschaftlich

ablehnendes Klima, unzureichende Informations- und Zugangsmöglichkeiten, hohe Preise und fehlende Qualitätsstandards.

Durch diese Ausgangssituation können Frauen sich nicht ausreichend informieren, geschweige denn, Leistungen unter den ärztlichen AnbieterInnen vergleichen. Mängel bleiben verborgen und bestehen mitunter lange Zeit fort. Hohe Preise können gefordert werden. Selbstregulierung nach Preis und Qualität gibt es in Österreich nicht. Mangelhafte Information macht die Suche nach Möglichkeiten für einen Schwangerschaftsabbruch schwierig.

Frauen haben das Recht auf - und das ist als Qualitätssicherung anzusehen:

- Unterstützung, Respekt und Anerkennung für ihre Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt
- freien Zugang zu legalen, medizinisch einwandfreien Einrichtungen, die nach internationalen Qualitätsstandards arbeiten
- eine öffentlich zugängliche, sachliche Information durch unabhängige Beratungsstellen und Frauengesundheitszentren
- kompetente Sexualpädagogik, geschlechtsspezifisch, innerhalb und außerhalb der Schulen
- leichten und kostenlosen Zugang zu Verhütungsmitteln

Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren ist der Auffassung, dass es nach über fünfundzwanzig Jahren jetzt an der Zeit ist, die gesetzlichen Möglichkeiten frauengerecht umzusetzen. Damit Frauen überall in Österreich tatsächlich selbstbestimmt über ihre Körperlichkeit und ihre Lebensperspektiven entscheiden können.

### **Krebsfrüherkennung durch den PAP Abstrich**

Zellveränderungen am Gebärmutterhals können zu Krebs führen. Der Zellabstrich des Gebärmutterhalses gehört zu den Früherkennungsuntersuchungen, welche die Krankenkassen bezahlen, obwohl bisher keine prospektive Studie zum PAP-Abstrich durchgeführt wurde. Der Nachweis der Reduktion der Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs im Zusammenhang mit dem PAP-Abstrich erfolgte ausschließlich über ökologische Studien, was im Sinne der evidenzbasierten Medizin einer niedrigen Evidenz entspricht.

Die Sensitivität des PAP-Abstriches wird zwischen 60-80% angegeben, wobei die Sensitivität mit höherer Malignität der Zellen steigt (Nanda et al., 2000). Die relativ niedrige Sensitivität wird oft als Grund für eine jährliche PAP-Abstrichempfehlung angegeben. Sie beinhaltet aber die Gefahr von falsch-positiven Befunden v.a. im Bereich niedrig-malignen Zellen. Die Sensitivitätssteigerung könnte besser über qualitätssichernde Maßnahmen erreicht werden. Indirekte Evidenzen gibt es für ein dreijähriges Intervall mit Latenz von drei Jahren nach Beginn der sexuellen Aktivität, da mit diesem Vorgehen kein höheres Risiko an höher-gradigen Veränderungen am Gebärmutterhals festzustellen ist (Sawaya et al., 2000).

In den letzten Jahren konnte zwischen Humanpapilloma Viren/HPV bestimmter Typen und der Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs ein Zusammenhang hergestellt werden. Für den routinemäßigen Einsatz der HPV-Testung für das Screening von Gebärmutterhalskrebs fehlt jedoch die wissenschaftliche Evidenz (U.S. Preventive Services Task Force, <http://www.ahcpr.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm>). Länderspezifisch unterschiedlich ist ein hoher Prozentsatz der sexuell aktiven, jungen Frauen HPV infiziert, die Infektionen sind zu mehr als 70% vorübergehend (Evander et al., 1995). Innerhalb von drei Jahren werden bei Vorliegen einer HPV Infektion etwa 2-6% der niedrig-gradigen intraepithelialen Veränderungen höher-gradig (Woodman et al., 2001).

Die Frauengesundheitszentren fordern daher,

- dass Frauen ihr Recht auf umfassende Information gesichert wird, z.B. über die Finanzierung von unabhängigen Informations- und Beratungseinrichtungen
- damit Frauen eine informierte Entscheidung ermöglicht wird, sollen unabhängige Informations- und Beratungseinrichtungen Frauen aufklären über besondere Risiken, über die HPV-Testung, über den Aussagewert des PAP Abstriches im Allgemeinen und im Hinblick auf ihr individuelles Risiko
- dass eine Verbesserung der Aussagekraft von PAP-Abstrichen – andere Untersuchungsmethoden sind in diesem Zusammenhang noch zu wenig untersucht, um evidenzbasierte Einschätzungen zu machen – nicht wie bisher über die Empfehlung des einjährigen Screeningintervalls erfolgt, sondern über die Fortbildung von ÄrztInnen, z.B. in der Abnahmetechnik, und über qualitätssichernde Maßnahmen in den befundenden Einrichtungen (Labor), die verpflichtend eingeführt und evaluiert werden
- dass die Information der Mädchen und jungen Frauen über die sexuelle Übertragbarkeit des Gebärmutterhalskrebses z.B. in einer öffentlichkeitswirksamen Kampagne erfolgt
- als primärpräventive Maßnahme die Kondombenutzung beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr hierbei propagiert wird.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/cervicalcancer.html>

<http://www.ffgz.de/kritschbetr.htm#pap>

#### Referenzen

Evander M, Edlund K, Gustafsson A, et al. Human papillomavirus infection is transient in young women: a population-based cohort study. *J Infect Dis* 1995; 171: 1026-1030.

Nanda K. et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med* 2000; 132: 810-819.

Woodman CB, Collins S, et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2001; 357: 1831-1836.

Sawaya GF, Kerlikowske K, Lee NC, Gildengorin G, Washington AE. Frequency of cervical smear abnormalities within 3 years of normal cytology. *Obstet Gynecol* 2000 96(2): 219-223.

## Frauen und psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen, affektive Psychosen und funktionelle Störungen werden bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. Hinter diesen geschlechtsspezifischen Unterschieden verbergen sich jedoch sehr häufig krankmachende Lebenszusammenhänge von Frauen. Diese manifestieren sich einerseits in der Festlegung auf traditionelle Frauenrollen, andererseits in Doppel- und Mehrfachbelastungen durch Beruf, Kindererziehung, Haushalt, Partnerschaft, Pflege von Familienangehörigen. Frauen mit schlechteren Bildungs- und ökonomischen Voraussetzungen sind davon besonders betroffen, ebenso alleinerziehende Mütter sowie Migrantinnen.

Diese Überforderungen äußern sich einerseits in psychischen (Erschöpfungs-) Symptomen, andererseits besteht die Tendenz von Seiten der Medizin, die gleichen Symptome unterschiedlich zu diagnostizieren und zu therapieren: bei Männern eher somatisch, bei Frauen psychisch bzw. psychosomatisch. In weiterer Folge bekommen Frauen bis zu zweimal häufiger als Männer Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva und Neuroleptika, Schmerzmittel sowie Medikamente zur Gewichtsreduktion verordnet.

Die gestiegene öffentliche Aufmerksamkeit für psychische Gesundheit ist eine Entwicklung in die richtige Richtung, allerdings muss darauf geachtet werden, dass strukturelle Überforderungen von Frauen nicht zu individuellen Diagnosezuschreibungen führen.

Die unterschiedlichen Lebenszusammenhänge von Frauen und Männern erfordern sowohl bei medizinischer als auch psychologischer Diagnosestellung und Behandlung eine frauenspezifische Betrachtung. Damit im Zusammenhang steht die Forderung nach kostenloser frauenspezifischer psychologischer Begleitung bzw. Psychotherapie. Zentrale Prinzipien sind dabei die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung von Frauen, Empowerment, Ressourcenorientierung und Parteilichkeit.

## **Kinderwunsch – Kinderlosigkeit**

Die Frage, ob eine Frau Kinder bekommen möchte, nimmt in vielen Frauenleben einen großen Raum ein, egal ob sie sich für oder gegen sie entscheiden Sie ist während einer immer längeren Lebensspanne aktuell. Die Kinderfrage wird von außen an sie herangetragen und gleichzeitig ist sie auch ureigenstes, fundamentalstes Thema, deren Entscheidung ihr weiteres Leben gravierend beeinflusst.

Frauen müssen abwägen, ob sich ein Kind mit ihrer Lebensplanung vereinbaren lässt, sie tragen die Kinder aus, sind nach wie vor hauptsächlich für sie zuständig, müssen mit Doppelbelastung und Karriereknick umgehen. Schichtspezifisch sind Freuden und Belastungen durch Kinder sehr unterschiedlich verteilt. In traditionelleren Lebenszusammenhängen und in Familien von MigrantInnen ist Kinder zu haben selbstverständlich, unter Akademikerinnen nähert sich die Anzahl der gewollt kinderlosen Frauen den 50%.

Frauen bekommen ihre Kinder durchschnittlich später und leben mit ihren Kindern in unterschiedlichsten Lebensformen. Sich für oder gegen Kinder zu entscheiden ist möglich, dabei ist die Kontrolle und Machbarkeit an die Grenzen gestoßen. Ungewollter Kinderwunsch und ungewollte Schwangerschaft sind ein weiterer Aspekt dieses Themas.

Unerfüllter Kinderwunsch stellt einen tiefgreifenden Aspekt im Leben einer Frau dar, das Leiden daran, kann den Weg in die Reproduktionsmedizin öffnen, die es geschafft hat sich als Hoffnungsträgerin für ungewollt Kinderlose zu etablieren.

Frauengesundheitszentren fordern ausführliche Informationen und Auseinandersetzung, die über die medizinischen Fragen hinausgehen. Unsere Arbeitspraxis bedeutet, Frauen über Belastungen, Erfolgsaussichten, aber auch über Alternativen, über Zusammenhänge von Schwangerschaft und Möglichkeiten, Zeugung auf natürlichem Weg zu unterstützen, aufzuklären, sowie ein Leben ohne Kinder als Möglichkeit denkbar werden zu lassen.

Durch die vorgeburtliche Diagnostik und der aktuellen Praxis der Geburtshilfe hat die Medizin großen Einfluss auf die Art wie Frauen Kinder bekommen, gewonnen. Von der Vorstellung „in guter Hoffnung zu sein“ bleibt oft nicht viel übrig, da viele Frauen Angst haben etwas falsch zu machen oder dem Kind nicht den bestmöglichen Start zu geben. Schwangerschaft wird aus Sicht der Geburtsmedizin zu einem risikoreichen Zustand, der andauernde Überwachung bedarf.

Frauengesundheitszentren begleiten Schwangere, unterstützen sie in ihrer Selbstwahrnehmung, geben Information und Übersicht über Wirkungen und Folgen von Diagnostik und Behandlung. Sie stärken sie in ihrer Kompetenz, gleich ob sie sich für oder gegen Kinder entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen wollen oder nicht, oder ob sie ungewollt Kinderlos bleiben.

## **Pränatale Diagnostik in der Schwangerschaft**

Seit den 80er Jahren gibt es eine rasante Entwicklung in der medizinischen Schwangerschaftsbegleitung, von der inzwischen alle schwangeren Frauen betroffen sind. Unter

dem Begriff Pränataldiagnostik (PND) werden all jene vorgeburtlichen Untersuchungen an einer Frau zusammen gefaßt, die dazu dienen, Normabweichungen an ihrem Embryo oder Fötus festzustellen. Zu diesen Untersuchungen zählen Ultraschall, Ersttrimester Screening oder Combined Test , Chorionzottenbiopsie, Nabelschnurpunktion und Fruchtwasseruntersuchung.

Wird über eine der genannten Untersuchungsmethoden eine schwere Abweichung festgestellt, ist ein Schwangerschaftsabbruch lt. Gesetz möglich. Dies erfordert eine quälende Zeit der Diagnosesicherung und Entscheidungsfindung für die schwangere Frau und u.U. ihrem Partner, die ihnen im Vorhinein möglicherweise gar nicht bewusst waren. Die diagnostischen Möglichkeiten verändern damit ihr Erleben der Schwangerschaft grundlegend. Sie wird von einer Zeit der guten Hoffnung bei einer erwünschten Schwangerschaft zu einer Schwangerschaft auf Probe. Weit über 90% Prozent der betroffenen Frauen entscheiden sich für einen Abbruch, weil sie sich nicht vorstellen können mit einem behinderten Kind zu leben.

Der Wunsch nach Gesundheit ist nachvollziehbar. Das Frauengesundheitszentrum weist aber darauf hin, dass es keine Garantie auf ein gesundes Kind geben kann. Die meisten Behinderungen entstehen während der Geburt oder werden, in der absoluten Mehrheit, im Laufe des Lebens erworben. Schwangere Frauen brauchen eine umfassende unabhängige Beratung, die ihnen die Risiken der Tests, die Aussagekraft und Auswirkungen erklären und einen Überblick über das Begleitungsangebot, das ihnen erst eigenständige Entscheidungen – gegebenenfalls auch gegen eine Untersuchung – ermöglichen. Der Druck, ein gesundes Kind zu bekommen, bedeutet auch Druck auf behinderte Frauen und Männer und deren Angehörige.

Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentrum setzt sich für vermehrte Zusammenarbeit mit Behindertenorganisationen ein, um die Möglichkeiten, mit Kindern mit körperlichen oder seelischen Einschränkungen zu leben, deutlich zu machen und eventuelle Barrieren abzubauen.

Frauen mit Kindern haben zu wenig soziale Unterstützung und sind bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auf sich selbst gestellt. So führt jede Schwangerschaft zu einer biographischen Unsicherheit, in der pränatale Diagnostik scheinbar Sicherheit bietet. Dies ist ein gesellschaftlicher Konflikt, den Frauen individuell am eigenen Leib zu lösen haben.

In Bezug auf vorgeburtliche Untersuchungen brauchen Frauen:

- Stärkung der Kompetenzen einer schwangeren Frau und eine nicht- risikoorientierte Schwangerenbegleitung
- Die Entscheidungsfreiheit der Frau muss an erster Stelle stehen, es darf weder Druck in die eine noch in die andere Richtung ausgeübt werden.
- die Möglichkeit, unterstützt und anerkannt mit behinderten Kindern und Erwachsenen zu leben
- bessere Information und unabhängige Beratungsmöglichkeiten
- Interessenvertretung
- verbindliche Richtlinien für alle beteiligten Berufsgruppen (ÄrztInnen, Hebammen, Beraterinnen, Geburtsvorbereiterinnen)
- interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Beraterinnen, Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen, ÄrztInnen und Behindertenorganisationen

## **Trends in der modernen Geburthilfe**

Schwangere Frauen sind heutzutage vielfältigen Einflüssen und einander widersprechenden Bewertungen und Trends ausgesetzt. Aus Sicht der Geburtsmedizin sind Schwangerschaft und Geburt zu Risiken geworden, die strenger und andauernder Überwachung bedürfen. So erleben sich werdende Mütter zusehends verunsichert und fremdbestimmt. Das natürliche Vertrauen in die eigene Kraft und das Vermögen, ein Kind zu gebären, verschwinden, die Frau gerät in das medizinisch-technisierte Routineprogramm von Blut- und Urinuntersuchungen, Ultraschall,

Pränataldiagnostik, Medikamenten und medizinischen Interventionen wie Dammschnitt und Kaiserschnitt. Frauen einfacherer Bildungsschichten und Migrantinnen erhalten weniger geburtsvorbereitende Informationen und Kurse.

Außerdem werden Frauen heute mit unterschiedlichen Erwartungen und Ansprüchen konfrontiert: Schwangere sollen bis zum Mutterschutz berufstätig sein, gut vorbereitet zur Geburt kommen, ohne Schmerzmittel in wenigen Stunden gebären, den Partner dabei haben und wenige Zeit nach der Geburt Kind und Haushalt perfekt versorgen, ausgiebig stillen, attraktiv sein und ihre Berufstätigkeit nach wenigen Wochen weiterführen.

Mit dem Versprechen einer schmerzlosen, gänzlich kalkulierbaren und unkomplizierten Geburt wird Frauen immer häufiger der Kaiserschnitt auf Wunsch nahe gelegt. Über die erheblichen Risiken, die sich durch den operativen Eingriff für Mutter und Kind ergeben, wird nicht genügend aufgeklärt. Die Frauengesundheitszentren fordern einen kritischen Umgang mit (Wunsch)Kaiserschnitt. Indikationen für den Kaiserschnitt sollten auf einer evidenzbasierten Entscheidungsbasis erstellt werden. Interne Qualitätskontrollen sollten dazu beitragen, die Kaiserschnitttrate zu senken.

Die Frauengesundheitszentren setzen sich daher ein für eine umfassende Beratung und Information für schwangere Frauen, um dadurch Frauen mehr Selbstbestimmung, Mitgestaltung und Mitentscheidung bei Ablauf und Bedingungen ihres Gebärens zu ermöglichen. Frauen sollen ermutigt und ermächtigt werden, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, abseits der Wünsche und Anliegen von ÄrztlInnenschaft, Politik und Medien.

## **Mädchengesundheit**

Gesundheitsförderung für und mit Mädchen bietet die Chance, Einstellungen und Verhaltensweisen zu fördern, die das Gesundheitshandeln von erwachsenen Frauen maßgeblich beeinflussen. Der Focus auf Mädchengesundheit hat damit zum Ziel, die Gesundheit von Frauen umfassend und nachhaltig zu stärken.

Dazu muss Gesundheitsförderung nicht nur altersgerecht und geschlechtsbewusst agieren. Vielmehr muss sie über die reine Wissensvermittlung hinausgehen und Schutzfaktoren für ein seelisch und körperlich gesundes Aufwachsen fördern. Starker Selbstwert, großer Lebensmut, aktive Lebensgestaltung und Konfliktfähigkeit sind die Schlüsselkompetenzen, die Gesundheitsförderung hier zu stärken hat. Diesen gegenüber stehen jedoch traditionelle Weiblichkeitsbilder, medizinische Machbarkeitsvorstellungen und wirtschaftliche Interessen als Gesundheitsrisiken für Mädchen. Wer sich zu Frauengesundheit bekennt muss also auch lautstark Widerstand leisten, gegen Körpernormierungen, Medikalisierungstendenzen und Rollenstereotypen als gesundheitsschädigende Lebensbedingungen für Mädchen und Frauen.

## **Frauensexualitäten**

Die Sexualitäten der Frauen haben eine lange und komplexe Geschichte hinter sich. Von der mittelalterlichen Spaltung in Mutter und Hure über die Doppelmoral des 19. Jahrhunderts bis hin zur sexuellen Freiheit Anfang des 20. Jahrhunderts, die dann in den 60er/70er Jahren in ein Konstrukt der freien Sexualität gekippt ist. All diese Bewegungen und Ausdrucksformen der weiblichen Sexualität sind geschichtlich verständlich. Es ist naheliegend, dass auf eine sehr eingeschränkte und verbotene Form der Sexualität eine sehr freizügige Vorstellung von Sexualität folgt, das die eigenen Bedürfnisse missachtet.



Heute äußern Frauen immer öfter das Bedürfnis, zu ihrer Sexualität zu finden. Viele Frauen haben heute stärker den Wunsch, sich möglichst unabhängig von gesellschaftlichen Einflüssen, Bewertungen und Normierungen mit ihrer Weiblichkeit und ihrer natürlichen Sexualität auseinander zu setzen. Ein wichtiges Anliegen der Frauengesundheitszentren ist es, Frauen darin zu unterstützen ihre individuelle sexuelle Ausdrucksform, egal ob hetero- oder homosexuell, aktiv lebend oder zur Zeit nicht, zu finden und auch auszuleben, selbstbewusst und eigenverantwortlich über ihren Körper und ihre Sexualität zu bestimmen. In der Neudefinition der Klitoris als komplexes Sexualorgan haben die Frauengesundheitszentren einen wichtigen Beitrag geleistet die Klitoris als Lustorgan zu benennen.

Frauen sollen ermächtigt werden, zu ihrer Sexualität zu stehen, sich wenn nötig ausreichend abgrenzen und schützen zu können und besonders in heterosexuellen Beziehungen und Sexualkontakten bei sich und ihren Bedürfnissen zu bleiben.

Mädchen und Frauen benötigen aber auch ausreichend Informationen und Aufklärung zu Themenbereiche wie Kommunikation und Grenzsetzungen, Verhütung, sexuell übertragbare Erkrankungen, Schwangerschaftsabbruch und sexuelle Gewalt.

## **Frauengesundheit und behinderte Frauen**

Frauen mit Behinderung haben wie Frauen ohne Behinderung vielfältige Lebensentwürfe und Lebensbedingungen. Die typische „behinderte Frau“ gibt es nicht. Es existieren aber strukturelle Bedingungen, die Frauen mit Behinderung stärker benachteiligen, als Frauen ohne Behinderung. Behinderte Frauen werden doppelt diskriminiert: Als Frauen und als Behinderte.

Prägend für viele Frauen mit Behinderung ist, dass sie nicht als Frauen, sondern als „Menschen mit Behinderung“ wahrgenommen werden. Ihre geschlechtsspezifischen Bedürfnisse werden nicht berücksichtigt, wodurch sie in ihrer selbstbestimmten Lebensführung eingeschränkt werden. Dies betrifft unter anderem Fragen der Sexualität, der Partnerschaft und Mutterschaft sowie weitere frauenspezifische Interessen und Bedürfnisse in vielen Lebensbereichen.

Besonders sichtbar wird dies in den Bereichen Ausbildung und berufliche Rehabilitation. Nach wie vor verfügen Frauen mit Behinderung seltener über eine abgeschlossene Berufsausbildung als Männer mit Behinderung. Am Arbeitsmarkt sind Frauen mit Behinderung daher nur marginal vertreten: Sofern sie erwerbstätig sind, sind sie meist in unterbezahlten, frauentypischen Berufsfeldern in unter(st)er Hierarchieebene tätig.

Mit medizinischer Versorgung sehen sich Frauen mit Behinderung ab frühester Kindheit konfrontiert: Sie erleben, dass das Ziel ist, sie an die „gesunde Norm“ anzupassen und damit auch an die gängigen Schönheitsideale – und das um jeden Preis.

Sexualität ist unausgesprochenes Tabu. Mutterschaft wird Frauen mit Behinderung grundsätzlich abgesprochen. Sexuelle Gewalt erlebt mindestens jede zweite Frau mit Behinderung.

In Beratungsstellen für „Menschen“ mit Behinderung findet der frauenspezifische Aspekt in aller Regel wenig Beachtung. Umgekehrt können Beratungsstellen für Mädchen und Frauen aufgrund räumlicher sowie kommunikativer Zugangsbarrieren häufig nicht in Anspruch genommen werden.

Wichtig und zukunftsweisend wäre eine spezifische geschlechtsdifferenzierte Betrachtung der realen Lebenswelt behinderter Mädchen und Frauen in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung, im Schul-, und Ausbildungsbereich, sowie in Wissenschaft und Forschung und entsprechende Angebote. Mit gender mainstreaming als politischer Strategie ist es an der Zeit, Frauen mit Behinderung in ihrer Geschlechtlichkeit wahrzunehmen und Mutterschaft, weibliche Rollenklischees, Sexualität, Gewalterfahrungen, Arbeitsmarktsegregation etc. zum Thema zu machen. Frauen mit Behinderung sind die Expertinnen ihrer Lebenszusammenhänge und müssen öffentlich als solche anerkannt werden!

Links und Weiterverweise unter:

## **Frauengesundheit und Wechseljahre**

Wechseljahre sind eine Lebensphase wie die Pubertät, eine Schwangerschaft oder das Alter. Frauen erleben sie ganz unterschiedlich, so unterschiedlich wie ihr Leben ist. In dieser Zeit finden körperliche Veränderungen statt, aber auch Veränderungen im persönlichen Bereich, am Arbeitsplatz, in der Familie und in ihrem Bekanntenkreis. Der Wechsel kann auch eine Zeit des Bilanzierens sein: wie habe ich bisher gelebt, wie möchte ich weiterleben? Denn im Durchschnitt liegen noch ein Drittel des Lebens vor ihr, wenn eine Frau in den Wechsel kommt. Wenn eine Frau Probleme hat, können sie viele Ursachen haben wie Arbeitsplatzprobleme, Probleme in der Partnerschaft oder Sinnkrisen. Medizinische Hilfe kann ein Teil der Unterstützung sein, vielleicht sind aber andere Formen der Unterstützung wie Freundinnen, Entspannung, Bewegung oder politisches Engagement gute Möglichkeiten, auch diese Lebensphase mit möglichst viel Selbstbestimmung zu durchleben. Eine Konzentration auf ärztliche Interventionen in dieser Zeit kritisiert die frauengesundheitswissenschaftliche Forschung als Medikalisierung, die Frauen nicht adäquat ist.

Bedenken von Frauen gegen eine Hormonbehandlung in den Wechseljahren sind berechtigt. Dies haben qualitativ hochwertige Untersuchungen in den letzten Jahren nachgewiesen, die auch für die österreichische Praxis gelten. Viele Frauen wählen für sich unschädliche Wege zu ihrer Gesunderhaltung. Denn Wechseljahre sind keine Krankheit. Wenn Frauen Beschwerden haben, gibt es viele Möglichkeiten der Naturheilkunde und der Selbsthilfe und der psychotherapeutischen Begleitung, um sie zu lindern. Auch pflanzliche Östrogene und Nahrungsergänzungsmittel sind kritisch zu hinterfragen.

Informationen zu den Wechseljahren und der Hormonbehandlung unter [www.fgz.co.at/links6w1.htm](http://www.fgz.co.at/links6w1.htm); <http://www.frauengesundheit-nrw.de/>

Forderungen im Umgang mit den Wechseljahren:

Professionalisierung und institutionelle Anerkennung von Beratungsangeboten für die Wechseljahre; Entwicklung differenzierter Modelle unter Nutzung auch des Peer-Gruppen-Ansatzes  
Die Wechseljahre ent-gynäkologisieren und ent-medikalisieren  
Evidenzbasierte Standards und Leitlinien für den medizinischen Umgang mit den Wechseljahren entwickeln  
Ausbildung, Fortbildung und strukturelle Bedingungen in der Medizin verbessern  
Altersdiskriminierung in der Arbeitswelt durch gesetzliche Anti-Diskriminierungsmaßnahmen begegnen  
Soziale Netze fördern  
Gesellschaftliche Auseinandersetzung über eine Neudefinition der Wechseljahre anregen  
Positive Sicht des Alters fördern unter Nutzung der Medien  
(vgl. Stolzenberg, Sachse 2003 <http://www.landtag-nrw.de>)

## **Frauengesundheit und Migration**

Die „Migrantin“ gibt es nicht, denn Frauen mit Migrationshintergrund sind so unterschiedlich wie ihre Herkunftsländer und ebenso vielfältig sind ihre gesundheitliche Anliegen und Bedürfnisse.

Die Lebensbedingungen von Migrantinnen in Österreich sind jedoch häufig schwierig: schlechte Wohnverhältnisse, gesundheitlich riskante Arbeitsplätze, Arbeitslosigkeit, ungewisse Zukunft,... Die negative Wirkung dieser Faktoren auf die Gesundheit ist unbestritten. Hinzu kommen verschiedene psychische Stressoren wie etwa traumatische Erfahrungen, Verlusterlebnisse oder andere life events. Ein ungesicherter Aufenthaltsstatus sowie die Erfahrung von Diskriminierung und Rassismus sind

zusätzliche Belastungsfaktoren. Frauen sind dabei häufig einer doppelten Diskriminierung ausgesetzt durch ihren Status als „Ausländerin“ und als Frau mit den jeweiligen Rollenzuschreibungen.

Das weibliche Körperbild und –bewusstsein hängt eng mit der kulturellen Sozialisation zusammen. Werte, Normen, Tabus und das jeweilige Weltbild im Hinblick auf Leben und Tod, Krankheit und Heilung beeinflussen wesentlich den Umgang mit weiblichen Lebenszusammenhängen, der Sexualität, dem Erleben der Menstruation, einer Schwangerschaft oder den Wechseljahren.

Trotz lückenhafter Datenlage ist evident, dass keine Chancengleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migrantinnen gewährleistet ist. Unterversorgung bezieht sich hauptsächlich auf den Bereich der Prävention sowie der Aufklärung, Überversorgung auf die Verordnung nicht indizierter oder überdosierter Medikamente bzw. Endlosdiagnostik. Insgesamt resultiert daraus eine Fehlversorgung. Um die Versorgungssituation von Migrantinnen zu verbessern, muss daher auf mehreren Ebenen angesetzt werden.

Am Beginn steht die Informationsvermittlung in der jeweiligen Muttersprache. Darüber hinaus muss die Schulung im Bereich interkultureller Kompetenzen fixer Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen sein. Gleichzeitig muss für Migrantinnen - und hier vor allem für Mädchen - der Zugang zu Ausbildungen im Gesundheitswesen erleichtert werden, Sprach- und Kulturkompetenzen dabei als Ressourcen anerkannt werden. Im Bereich psychosozialer Versorgung sind die bestehenden Initiativen abzusichern und zu erweitern, wobei auf aktuelle Trends der Migration Rücksicht zu nehmen ist.

Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens mittels Abbau sprachlicher, kultureller und institutioneller Barrieren unter Berücksichtigung kulturspezifischer sowie frauenspezifischer Belange in Gesundheit und Krankheit. Achtung und Respekt gegenüber Integrität, Schamgrenzen, kulturellen und religiösen Riten sind dabei im Interesse Aller unabhängig von sozialer oder ethnischer Herkunft.

## **Frauengesundheit und Alter**

Angesichts der steigenden Lebenserwartung von Frauen und Männern, gewinnt das Thema Alter innerhalb des Gesundheitswesens grundsätzlich an Brisanz. Die Welt der Alten ist aber hauptsächlich eine Welt der alten Frauen, noch häufiger eine Welt der alleine lebenden alten Frauen. Alter ist also gleichzeitig mit einer Feminisierung und Singularisierung verbunden. Trotzdem wurde die geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung im Alter bisher in Österreich vernachlässigt. Um ein gesundes Altern von Frauen zu gewährleisten, muss zunächst untersucht werden, welche personalen und sozialen Determinanten die Gesundheit belasten und welche Ressourcen und Wertvorstellungen die Lebensqualität von älteren Frauen fördern. Erst auf Grundlage solcher Erkenntnisse wird es möglich sein, Interventionen zu setzen, die die gesundheitliche Lage alter Frauen verbessern. Das übergeordnete Ziel ist der möglichst lange Erhalt von personaler Integrität und Autonomie sowie individuell akzeptabler Lebensqualität.

## **Frauengesundheit und Betriebliche Gesundheitsförderung**

Betriebliche Gesundheitsförderung gibt vor, sowohl individuelles Verhalten als auch strukturelle Verhältnisse gesundheitsförderlicher gestalten zu wollen. Umso merkwürdiger ist, dass die betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich bisher weder das biologische (sex) noch das soziale (gender) Geschlecht konsequent berücksichtigt. Die Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zielen in Österreich bislang vorrangig auf die individuelle Verhaltensänderung ab. Dabei werden traditionelle Themen wie Ernährung und Bewegung ergänzt mit modernen Ansätzen des Stressmanagements. Aber die strukturellen Faktoren, dazu zählen auch

die geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen dieser Individuen, werden ausgeklammert. Tatsache ist, dass Frauen zu einem hohen Anteil in schlecht bezahlten Teilzeitjobs beschäftigt sind. Fehlende Jobsicherheit, mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten, geringe Aufstiegsmöglichkeiten sind weitere Berufsbelastungen, denen Frauen häufig ausgesetzt sind. Hinzu kommen Mehrfachbelastungen, um die Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit unter einen Hut zu bringen.

Solange betriebliche Gesundheitsförderung die unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern außer acht lässt, wie sie weder den Bedürfnissen der Menschen noch den eigenen theoretischen Grundsätzen gerecht.

### **Frauenspezifische Gesundheitsförderung im Setting**

In der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) heißt es, dass Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird. Umgesetzt wurde dieser Settingansatz bisher durch einzelne Projekte und Angebote, die in den Lebenswelten von Frauen angesiedelt waren. Frauenspezifische Gesundheitsförderung im Setting ist aber viel mehr als medizinische Versorgung in Betrieben, Aufklärung in Schulen oder Informationskampagnen in Gemeinden. Der Settingansatz impliziert Veränderungen der Lebensbedingungen und damit Veränderungen der sozialen Systeme selbst, die mit ihrer geschlechtshierarchischen Machtverteilung das größte Hindernis für eine gesundheitsförderliche Entwicklung von Frauen darstellen.

Empowerment statt Medikalisierung, Partizipation statt Bevormundung, sind die traditionellen Strategien der Frauengesundheitsbewegung dazu. Zukünftig gilt es, stärker strategische Aufgaben zu übernehmen, um eine Veränderung der Organisationen und ihrer Politik zu erreichen. Die besondere Herausforderung ist dabei, Frauengesundheit in Systeme zu integrieren, die für ganz andere Zwecke geschaffen wurden. Damit Städte, Betriebe oder Schulen, überhaupt Interesse an Frauengesundheit entwickeln, müssen die Kompetenzzentren für Frauengesundheit, Ziele und Probleme dieser sozialen Systeme aufgreifen. Was voraussetzt, dass die Lösung der Probleme für die Entscheidungs- und Machträger nützlicher ist als die Aufrechterhaltung der Probleme.

### **Gewalt und Frauengesundheit**

Die Weltgesundheitsorganisation benennt Gewalt als eines der zentralen Gesundheitsrisiken für Frauen (WHO: Weltbericht Gewalt und Gesundheit 2003). Dennoch hat sich das österreichische Gesundheitswesen bisher nur unzureichend mit Gewalt gegen Frauen befasst. MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens bringen körperliche Folgen wie Verletzungen, psychische und psychosomatische Erkrankungen oder dauerhafte Behinderungen selten in Zusammenhang mit Gewalterfahrungen. Dabei nehmen Frauen mit Gewalterfahrungen das Gesundheitssystem 10 Mal öfter in Anspruch als andere Frauen. Nicht länger ignoriert werden darf der Tatbestand von Gewalt an Frauen in der häuslichen und stationären Pflege, wo koordinierte Maßnahmen bisher völlig fehlen. Die Inkompetenz und das Schweigen der Professionellen schützen die Täter, die Gewalt kann ungehindert weitergehen. Stärker berücksichtigt werden muss dabei die Tatsache, dass Gewalt gegen Frauen am häufigsten innerhalb von Beziehungen bzw. im sozialen Nahraum ausgeübt wird. Die gesundheitlichen Folgen können gravierend sein. Zudem wählen Mädchen und Frauen oft gesundheitsgefährdende Strategien, um die erfahrene Gewalt zu bewältigen. Die Fortbildung von Fachkräften in Medizin und Pflege, die Sicherung von psychosozialen Beratungsmöglichkeiten sowie kostenlose Psychotherapie auch in ländlichen Regionen Österreichs sind Grundforderungen. Das Ziel muss sein, Gewalt als Auslöser für Krankheit und Behinderung zu verringern. Deshalb müssen mehr Ressourcen für geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung, die Gewaltprävention integriert, bereitgestellt werden. Die österreichischen Frauengesundheitszentren können hierzu models of good practice, Know-how und Impulse liefern.

## Weibliche Wohnungslosigkeit

Weibliche Wohnungslosigkeit ist oft unsichtbar. Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit sind bei Frauen eng verknüpft mit extremer Armut bzw. mit Erfahrungen von Gewalttätigkeit. Die Zahl der Frauen, die auf der Strasse, in unsicheren Wohnverhältnissen oder in derartigen zweckorientierten Partnerschaften leben, ist weitgehend unbekannt.

Eine Untersuchung aus München (Greiffenhagen, 1998) zeigt, dass ca. 1/5 der befragten Frauen angeben, sich für Unterkunft und Essen zu prostituieren. Dies führt dann wiederum zu einem Abhängigkeitsverhältnis, das häufig von sexueller Gewalt, Angst und damit verbundenem hohen psychischen und physischem Stress geprägt ist. 69 % der untersuchten wohnungslosen Frauen berichteten auch über Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt.

Greiffenhagen (1998) stellte fest, dass:

- 56 % der wohnungslosen Frauen ausgeraubt,
- 34 % körperlich angegriffen
- 2/3 sexuell missbraucht sowie
- 1/3 vergewaltigt wurden.

Wohnungslose Frauen werden von den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Ermangelung geschlechtsspezifischer Ausrichtung und entsprechender Betreuung, Beratung und Versorgung nur zu einem geringen Teil erreicht.

Daher besteht die Forderung nach Frauengerechten Qualitätsstandards in der Wohnungslosenhilfe:

- Frauen müssen die Möglichkeit haben, von Frauen, betreut und beraten zu werden, insbesondere um über ihre Erfahrungen mit männlicher Gewalt berichten zu können.
- Der Wunsch der Frauen nach Anonymität muss gewahrt werden.
- Alle BetreuerInnen müssen im geschlechtssensiblen Umgang geschult sein.
- Alle Angeboten im Wohnungslosensbereich sollen getrennten Wartebereiche, getrennte Eingangsbereiche für Männer und Frauen oder spezifische Öffnungszeiten für Männer und Frauen haben.
- Frauenspezifische Angebote müssen klar gekennzeichnet/beschrieben sein.
- Die Lebensphasen, Lebenswelten und Lebensrealitäten der Frauen müssen in Beratung, Betreuung und Behandlung systematisch berücksichtigt werden.
- Frauen müssen Zugang zu eigenen Räumen haben zur Wiederherstellung der körperlichen Integrität durch Körperpflege in an ihren Bedürfnissen orientierten sanitären Einrichtungen, die Schutz, Intimität und Würde gewährleisten.
- Frauen müssen Zugang zu eigenen Räumen zum Austausch, zum gegenseitigen Empowerment und zur Neuorientierung haben.
- BetreuerInnen in der Arbeit mit von Armut und Wohnungsnot betroffenen Frauen sollen zur Parteilichkeit für die Frauen ermutigt werden.