

AIDS-FORUM D.A.H.

BAND XXI

**FRAUEN,
HIV-INFEKTION UND AIDS**

Zwei Befragungen zum Thema



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

AIDS-FORUM D.A.H.

Band XXI

FRAUEN, HIV-INFEKTION UND AIDS

Zwei Befragungen zum Thema

INHALT

Vorwort	5
Ute Herrmann Wünsche und Bedürfnisse von Frauen mit HIV und AIDS. Eine empirische Studie über die Versorgungssituation HIV-infizierter Frauen in der Bundesrepublik Deutschland	7
Mara Seibert Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“: Befragung zu den frauenspezifischen Angeboten in der Versorgung und Prävention bei HIV und AIDS	105

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
D-10967 Berlin

Dezember 1995

Redaktion: Christine Höpfner, Klaus-Dieter Beißwenger
Gestaltung und Satz: CaJa Carmen Janiesch
Druck: medialis
alle Berlin

ISSN 0937-1931
ISBN 3-930425-13-0

Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin,
Konto 000 3500 500 (BLZ 100 906 03)

Die D.A.H. ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

VORWORT

„AIDS“ ist heute kaum noch ein Thema, das die Schlagzeilen zu beherrschen vermag. Die Krankheit ist ins Abseits des öffentlichen Interesses gerückt, ist doch all das, wofür sie steht, scheinbar bis in die letzten Winkel ausgeleuchtet worden: Homosexualität, Promiskuität, Drogengebrauch. Gleichwohl gibt es doch immer wieder Momente, wo das Thema an die Oberfläche drängt – sei es, weil angeblich eine neue Wundertherapie die Labors verlassen hat, sei es, daß wieder einmal der „Welt-AIDS-Tag“ vor der Türe steht.

Auch der Aspekt „Frauen, HIV-Infektion und AIDS“ ist wiederholt dazu geeignet gewesen, die Aufmerksamkeit für das Thema neu zu wecken. Anlaß dazu haben nicht zuletzt Medienberichte über Zahlen zur epidemiologischen Entwicklung der HIV-Infektion unter Frauen gegeben. Diese Zahlen sind beunruhigend. Zu bedenken ist jedoch: Meist ist bei ihrer Interpretation darauf verzichtet worden, sachgemäß zu differenzieren, was dazu geführt hat, daß vorschnell eine neue Betroffenenengruppe konstatiert wurde: Frauen als solche. Allerdings ist auch bei ungetrübtem Blick auf das Zahlenmaterial wie auch anhand von Berichten aus der Beratungspraxis deutlich geworden, daß HIV-Infektionen auch bei Frauen, die keine Drogen gebrauchen, langsam aber stetig zunehmen. Viele dieser Betroffenen waren oder sind Sexualpartnerinnen von Menschen aus den „klassischen“ Hauptbetroffenengruppen und wissen dies auch. Es gibt jedoch auch Frauen, die sich keines eingegangenen Infektionsrisikos bewußt sind. All das ist beunruhigend genug.

Es sind jedoch nicht allein die Zahlen, die „Frauen, HIV-Infektion und AIDS“ zum vieldiskutierten Thema machen. Die betroffenen Frauen selbst, allen voran die engagierten, haben mit Nachdruck darauf bestanden, daß ihre Existenz wie auch ihre Anliegen gefälligst wahrzunehmen seien: von der medizinischen Wissenschaft, wo frauenspezifische Forschungsansätze bisher ein Schattendasein führten, von den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens, wo das Problemfeld „Frau, Mutter, HIV-positiv“ dringend kompetenter Beraterinnen bedarf, von den AIDS-Hilfen, wo sich die betroffenen Frauen erst einen Platz erobern mußten, ehe sie sich dort tatsächlich aufgehoben fühlen konnten. Auch die Deutsche AIDS-Hilfe konnte sich der Forderung engagierter Frauen nicht länger verschließen, auf Bundesebene ein „Referat für Frauen mit HIV und AIDS“ einzurichten.

Seit der Einrichtung dieses Referats im Jahre 1992 hat die Deutsche AIDS-Hilfe für betroffene Frauen eine Vielzahl von Printmedien entwickelt, die den jeweils unterschiedlichen Biographien und Lebenssituationen Rechnung tragen. Es mag deshalb vielleicht verwundern, daß in ihrer Fachreihe „AIDS-Forum D.A.H.“ bisher kein einziger Band veröffentlicht worden ist, der sich dieses The-

mas angenommen hätte. Eine Gelegenheit, diese Lücke zu schließen, ergab sich jedoch erst 1995, als Ute Herrmann ihre Diplomarbeit zur Veröffentlichung anbot.

Auf dieser Diplomarbeit basiert auch der erste Beitrag des vorliegenden Bandes. Was kennzeichnet HIV-infizierte Frauen? Was haben sie gemeinsam, worin unterscheiden sie sich? Diesen Fragen widmet sich der erste Teil des Beitrags, der damit überleitet zu den Ergebnissen einer unter betroffenen Frauen durchgeführten empirischen Untersuchung. Präsentiert werden unter anderem Daten zur Soziodemographie, zur medizinischen und psychosozialen Betreuung, zu Bedürfnissen und Wünschen hinsichtlich speziell auf Frauen zugeschnittener Unterstützungsangebote. Daß betroffene Frauen keine homogene Gruppe darstellen, zieht sich als Grundtenor durch die gesamte Arbeit, die vor allem dort interessante Einblicke gewährt, wo die Autorin auf Zusammenhänge zwischen biographischen Daten und bestimmten Präferenzen – z.B. im Rahmen der medizinischen Versorgung oder bei der Nutzung von Angeboten – hinweist.

Aus einer anderen Perspektive beleuchtet der zweite Beitrag den Gegenstand „Frauen, HIV-Infektion und AIDS“, ebenfalls eine empirische Untersuchung. Das durchführende Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“ befragte verschiedene Beratungsstellen und Projekte im Bundesland zu zielgruppenspezifischen Angeboten für Frauen und Mädchen, zum Bedarf an entsprechenden Materialien und an Fortbildungen für ihre MitarbeiterInnen sowie zur Kooperation mit anderen Einrichtungen. Angebote und Bedarf wurden dabei nicht nur im Arbeitsfeld „Frauen mit HIV und AIDS“, sondern auch in dem der Primärprävention ermittelt.

Dort, wo Menschen hautnah am Thema sind – als Infizierte, Erkrankte oder vom Virus Bedrohte, als PartnerInnen oder FreundInnen, als Engagierte in Selbsthilfeeinrichtungen und in Beratungsstellen – braucht es keine Schlagzeilen. Hier geht es einzig darum herauszufinden, wodurch Gesundheit und Lebensqualität am besten erhalten werden können.

Die Redaktion

Berlin, im Dezember 1995

Ute Herrmann

WÜNSCHE UND BEDÜRFNISSE VON FRAUEN MIT HIV UND AIDS

Eine empirische Studie über die Versorgungssituation
HIV-infizierter Frauen in der Bundesrepublik Deutschland

INHALT

Einleitung	10
Die Lebenswelten infizierter Frauen	10
Ehemalige Drogengebraucherinnen und Frauen ohne Drogenkontakte	13
– Ehemalige Drogengebraucherinnen	
– Partnerinnen von Männern aus den Hauptbetroffenengruppen	
– Durch Blutkonserven infizierte Frauen	
– Frauen, die sich bei flüchtigen Sexualkontakten infiziert haben	
– Frauen ohne bekanntes Risiko	
Fixerinnen	17
– Die Drogenszene	
– Lebensbedingungen und geschlechtsspezifische Rollen auf der Szene	
– Soziale Folgen des Szenelebens	
– Gesundheitliche Folgen des Szenelebens	
Die Situation von HIV-Infizierten in Haft	23
Substituierte	24
Psychosoziale Versorgungsstrukturen für HIV-infizierte Frauen in der Bundesrepublik	27
Die Situation von Frauen in den AIDS-Hilfen	27
– Geschichte der AIDS-Hilfe in der Bundesrepublik	
– Die strukturelle Integration von Frauen in die Selbsthilfeeinrichtungen	
Das Bundesmodellprogramm „Frauen und AIDS“	28
Beratungsstellen der Gesundheitsämter	29
Methode der empirischen Untersuchung	30
Fragestellung	30
Erhebung	30
– Exploration, Population und Methodenwahl	
– Stichprobe	
– Instrument	

- Pretest	
- Organisation der Erhebung	
- Finanzierung	
- Verlauf der Erhebung	
- Rücklauf	
Auswertung der empirischen Untersuchung	35
Beschreibung des Samples	35
- Infektionsweg	
- Testzeitpunkt	
- Alter	
- Bildung	
- Erwerbstätigkeit	
- Finanzielle Situation	
- Soziale Situation	
Testsituation	49
Medizinische Versorgung	52
- Behandlung	
- Medikamente und Naturheilmittel	
- Arzt oder Ärztin – Wer soll behandeln?	
Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen	57
- Gründe für die Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfeeinrichtung	
- Angebote bei Selbsthilfeeinrichtungen	
- Engagement in der AIDS-Arbeit	
- Schwerpunktsetzungen für die künftige AIDS-Arbeit	
Zusammenfassung der Ergebnisse	77
Lebenssituation	77
Medizinische Versorgung	78
Psychosoziale Unterstützung	79
Frauenspezifische Angebote	80
Engagement in der AIDS-Arbeit	81
Schwerpunkte der künftigen AIDS-Arbeit	81
Anmerkungen	82
Literatur	87
Anhang	90

DANK UND WIDMUNG

An dieser Stelle möchte ich mich für die tatkräftige Unterstützung bei den Mitarbeiterinnen der Einrichtungen, die an dieser Untersuchung beteiligt waren, bedanken – insbesondere bei Erika Parsa, Claudia Fischer, Anja Trögner und Harriet Langanke, ohne die dieses Projekt nicht möglich gewesen wäre. Ich widme diese Arbeit Bea, Kerstin, Barbara und Birgit.

Einleitung

Anfang der '80er Jahre traten in der Bundesrepublik die ersten AIDS-Fälle auf. Zunächst waren in erster Linie homosexuelle Männer, später zunehmend Menschen, die intravenös Drogen injizieren, von der Krankheit betroffen. Die ersten Selbsthilfeeinrichtungen für Betroffene wurden noch in der ersten Hälfte der '80er Jahre von schwulen Männern, später auch von Mitarbeitern der Drogenberatungsstellen gegründet und orientierten sich vorrangig an den Bedürfnissen dieser Gruppen. Frauen waren in der Minderheit. Erst mit steigenden Fallzahlen, auch aufgrund der Zunahme von Infektionen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr Ende der '80er Jahre, begannen Frauen, sich als Betroffenengruppe mit spezifischer Problematik zu fühlen. Der Integrationsprozeß von Frauen in bestehende Selbsthilfeeinrichtungen ist zur Zeit im Gange.

HIV-infizierte Frauen sind entweder drogenabhängig, substituiert, clean oder haben noch nie etwas mit Drogen zu tun gehabt. An diese Lebenssituationen sind jeweils unterschiedliche soziale Kontexte geknüpft. Zum besseren Verständnis dieser Zusammenhänge werden im ersten Teil der Arbeit die Lebenswelten der infizierten Frauen näher beleuchtet. Die Vermutung liegt nahe, daß es sich bei ihnen um eine extrem heterogene Gruppe handelt. Diese Untersuchung geht der Frage nach, an welchen sozialen Merkmalen diese Heterogenität erkennbar ist und welche Konsequenzen sich daraus für eine auf diese Gruppe zugeschnittene Angebotsstruktur ergeben. Darüber hinaus sollen auch die Gemeinsamkeiten der infizierten Frauen und die hieraus resultierenden Grundlagen für eine psychosoziale Versorgung dieser Gruppe Beachtung finden.

Die Lebenswelten infizierter Frauen

Die Gruppe der infizierten Frauen ist extrem heterogen. Viele Frauen gehören aktuell dem Drogenmilieu an oder haben zumindest entsprechende Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte. Andere haben nie im Leben etwas mit Drogen oder gesellschaftlichen Randgruppen zu tun gehabt, und einige wissen nicht, wie sie sich infiziert haben. Die meisten Frauen erfahren zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, daß sie HIV-positiv sind¹. In dieser Lebensphase werden üblicherweise die Weichen für die Zukunft gestellt, stehen Entscheidungen im Hinblick auf Beruf und Familienplanung an. Auch wenn zu diesem Zeitpunkt die Gesundheit noch nicht beeinträchtigt ist, hat das Testergebnis tiefgreifende Auswirkungen auf die Zukunftsplanung. Befinden sich die Frauen noch im Studium oder in der Ausbildung, verlieren diese vor dem Hintergrund einer HIV-Infektion ihren Stellenwert. Die Frauen sehen wenig Perspektiven für eine berufliche Zukunft, und manche brechen aus diesem Grund eine Ausbildung ab. Sind sie berufstätig, neigen sie dazu, die Infektion solange wie möglich ge-

heimzuhalten und, selbst wenn sie bereits erkrankt sind, das letzte aus sich herauszuholen, um den Anschein von Normalität aufrechtzuerhalten. Im Krankheitsfall ist ihre finanzielle Situation prekär². Sie haben selten Anspruch auf Rente, da sie – wenn überhaupt – nur wenige Jahre gearbeitet haben. Oft bleibt nur der Gang zum Sozialamt (siehe Parsa/Lange 1993, S. 14).

Viele Frauen haben Familie. Sind Partner und Kinder da, müssen sie die Verantwortung für diese in ihre Schritte einbeziehen. Insbesondere Kinder sind für viele Frauen ein Grund, solange wie möglich eine scheinbare Normalität zu wahren. Sie wollen nicht, daß ihre HIV-Infektion bekannt wird, weil sie Stigmatisierung und soziale Folgen für die Kinder befürchten. Ebenso versuchen sie, die Kinder solange wie möglich vor einer Konfrontation mit der Krankheit und dem möglichen Tod der Mutter zu bewahren. Dabei werden eigene Bedürfnisse hintangestellt (siehe Parsa/Lange 1993, S. 13, 20f.). Aus dem Wunsch heraus, noch möglichst viel mit dem Kind machen zu wollen, neigen die Frauen dazu, sich zu überfordern. Sie haben Schuldgefühle, wenn es ihnen körperlich oder seelisch zu schlecht geht, um ihrem Bild von einer „normalen“ Mutter gerecht zu werden. Häufig setzen sie sich selbst so unter Druck, daß es ihnen schwerfällt, Unterstützung anzunehmen – und sei es auch nur eine stundenweise Betreuung der Kinder³.

Viele Mütter sind alleinerziehend. Auch ohne schwere Krankheit im Nacken ist eine solche Situation schwierig genug. Bei infizierten Frauen kommt die Sorge um die Zukunft des Kindes hinzu, die Frage, was aus ihm werden soll, wenn sie krank werden und sterben. Manche Frauen fürchten auch, daß ihnen das Sorgerecht für das Kind entzogen werden könnte (siehe Parsa/Lange 1993, S. 18). Der seelische Druck, der ohnehin auf infizierten Müttern lastet, wird dadurch, daß sie die gesamte Verantwortung alleine tragen, noch verstärkt. Die vielen Belastungen psychischer und praktischer Art bedeuten oft eine ständige Überforderung. Aufgrund gesellschaftlicher Gegebenheiten ist die finanzielle Situation alleinerziehender Frauen bereits problematisch genug. Sie wird verschärft durch Belastungen, die im Zusammenhang mit der HIV-Infektion entstehen. Nicht wenige Frauen verzichten auf die ihnen und dem Kind zustehenden Unterhaltszahlungen – aus ganz verschiedenen Gründen. Sind sie nicht in der Lage zu arbeiten, leben sie als Sozialhilfeempfängerinnen mit ihren Kindern am Rande des Existenzminimums.

Zu entscheiden, ob sie ein Kind wollen, fällt vielen HIV-positiven Frauen schwer. Eine Schwangerschaft wird wohl eher selten gezielt herbeigeführt. Sind die Frauen aber schwanger, möchten viele das Kind bekommen, vor allem dann, wenn sie noch keine HIV-bedingten Symptome haben. Eine lange Zeit der Angst folgt – der Angst davor, das Kind könnte infiziert sein.

Daß sie HIV-positiv sind, erfahren viele Frauen im Rahmen des Schwangerschafts-Screenings, was ganz besonders problematisch ist. Nicht nur das Testergebnis muß verarbeitet werden; die Frau muß auch relativ schnell entscheiden, ob sie das Kind bekommen will oder einen Abbruch wünscht. Der Befund „HIV-positiv“ bedeutet in jedem Fall einen Schock, der die gesamte Zukunftsplanung in Frage stellt. Frauen sind in dieser Situation auf eine Beratung und Aufklärung angewiesen, die es ihnen ermöglicht, selbstbestimmt zu entscheiden. Ärzte, die den Test routinemäßig durchführen und mit einem positiven

Ergebnis erst gar nicht rechnen, sind selten in der Lage, hier angemessen zu reagieren.

Durch die HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung geraten Frauen in Konflikt mit dem in der Gesellschaft herrschenden Frauenbild (siehe Parsa/Lange 1993, S. 18f.). Diesem zufolge kommt ihnen die Rolle der Fürsorgenden zu. Sie haben die Kinder und den Ehemann zu versorgen und sind für soziale Belange aller Art zuständig. Damit, daß sie einmal ausfallen könnten, wird erst gar nicht gerechnet. Häufig sind sie in diesem Rollenbild so gefangen, daß sie weit über ihre Kräfte hinaus versuchen, allen Erwartungen zu genügen. Wenn sie hierzu nicht mehr in der Lage sind oder gar selbst Hilfe benötigen, stoßen sie in ihrem Umfeld oft auf Unverständnis und mangelnde Bereitschaft, sie zu unterstützen. Sie haben dann kaum noch Kraft, etwas zu verändern und woanders, z.B. bei Freunden oder öffentlichen Institutionen, Unterstützung zu suchen.

Mit der gesellschaftlichen Rolle der Frau ist ein bestimmtes Schönheitsideal verknüpft. Frauen wird auf verschiedene Weise vermittelt, daß ihr Wert mit abnehmender Attraktivität sinkt (siehe Parsa/Lange 1993, S. 19). Besonders erkrankte Frauen werden schwer damit fertig, daß ihr Körper weit vor der Zeit Zeichen des Verfalls zeigt. Sich den Blicken der Öffentlichkeit oder von Freunden und Bekannten auszusetzen, kann eine große Belastung sein. Weibliche Sexualität ist mit bestimmten Attributen und Vorstellungen verknüpft. Nach männlichen Maßstäben richtet sich, was eine Frau begehrenswert macht und wie sie sich sexuell zu verhalten hat. Das Ideal von weiblicher Jugend und Schönheit spielt dabei, zumindest vordergründig, eine große Rolle. Doch subtil schwingt ebenso das Bild von der Frau als Mutter, als Erzieherin und als Verantwortliche für körperliche wie emotionale Gesundheit mit. Das gilt sowohl im privaten wie auch im öffentlichen Bereich (siehe Walter 1989, S. 4)⁴. Weibliche Sexualität wird nur allzuoft von den Frauen selbst aus dieser männlichen Perspektive wahrgenommen. HIV-infizierten Frauen, die in mehrfacher Weise das Gefühl haben, diesen Vorstellungen nicht zu entsprechen und das auch vermittelt bekommen, fällt es schwer, zu ihren sexuellen Bedürfnissen zu stehen. Nach dem Erhalt des HIV-positiven Testergebnisses erlegen sie sich wesentlich längere Phasen der Enthaltensamkeit auf als Männer (siehe Parsa, unveröffentlichtes Manuskript, S. 5). Einige behalten diese Abstinenz bei.

Positive Frauen haben große Angst vor sexueller Zurückweisung, auch durch den Partner. Sie fühlen sich zuständig für seine Ängste und übernehmen Verantwortung für den Schutz seiner Gesundheit. In diesem Zusammenhang berichten Frauen, daß es ihnen schwerfällt, in der Partnerschaft die konsequente Benutzung des Kondoms durchzusetzen, und daß immer sie es sind, die hierzu animieren und darauf bestehen müssen. Hier kommt mangelnde Eigenverantwortung auf Seiten des Mannes zum Ausdruck, die Ursache kann aber auch eine ambivalente Botschaft der Partnerin sein, mit der sie ihre Sorge um seine Sicherheit und gleichzeitig ihre Angst vor Zurückweisung vermittelt. Die Ablehnung des Kondoms wird bewußt oder unbewußt als Liebesbeweis verstanden – entweder von einem Partner oder von beiden.

Ein Teil der Frauen ohne festen Partner hat nach Erhalt des positiven Testergebnisses keinen Spaß mehr an Affären oder One-night-stands. Sie scheuen davor zurück, den potentiellen Sexualpartner über ihr positives Testergebnis zu

informieren, weil sie befürchten, dadurch die Leichtigkeit und den Charme des Abenteurers zu beeinträchtigen. Ihn einweihen oder lieber schweigen? Wenn doch einweihen: wann ist der beste Zeitpunkt? Bevor sich Frauen diesem Entscheidungszwang aussetzen, verzichten sie oft lieber gleich. Diese Fragen überschatten auch das Kennenlernen eines neuen Partners. In dieser ohnehin viel Sensibilität⁵ erfordernden Situation, wo jeder Schritt aufeinander zu von der Angst vor Zurückweisung begleitet wird, kann es überaus schmerzen und verletzen, wenn der Mann auf die Mitteilung „HIV-infiziert“ abweisend reagiert. Reagiert er aber verständnisvoll und einfühlsam, wird das sexuelle Erlebnis als besonders intensiv geschildert.

Eine feste Beziehung bedeutet für HIV-positive Frauen in der Regel Sicherheit und Entlastung, im Hinblick auf psychische, alltagspraktische wie auch materielle Aspekte. Ist der Partner ebenfalls infiziert, heißt das für die Frau jedoch oft Mehrbelastung, vor allem dann, wenn er bereits erkrankt ist. Die Angst vieler infizierter Frauen, sie könnten keinen Partner mehr finden, läßt sie an „nervigen“ oder „kaputten“ Partnerschaften festhalten⁶. Sind sie bereits krank, scheuen sie das Wagnis, sich aus der Beziehung zu lösen, vor allem aus Angst, allein zu sein, wenn ihre Kräfte nachlassen⁷.

15 Jahre nach dem ersten Auftreten von AIDS bedeutet „HIV-infiziert“ noch immer, einer gesellschaftlichen Randgruppe anzugehören. Ein erheblicher Teil der infizierten Frauen hat – direkt oder indirekt – Erfahrungen im Hinblick auf die Zugehörigkeit zu einer Randgruppe gemacht. Dies gilt für aktuelle und ehemalige Drogengebraucherinnen, aber auch für Partnerinnen oder ehemalige Partnerinnen von Männern, die einer der Hauptbetroffenengruppen zuzuordnen sind. HIV-positiv zu sein bedeutet eine Stigmatisierung; sie wird nicht gemildert durch die Möglichkeit, sich frei für oder gegen die Zugehörigkeit zu einer Randgruppe zu entscheiden. Für Frauen, die mit solchen Gruppen bisher nie etwas zu tun hatten, ist die Erkenntnis, nun selbst dazuzugehören, schwer zu verkraften. Sie kommen in Konflikt mit eigenen Vorurteilen, und oft ist ihr größter Wunsch, so weiterzuleben wie bisher. Sie waren gesellschaftlich integriert und fühlten sich in ihrer Rolle wohl. Für sie bedeutet das positive Testergebnis eine Gefährdung ihrer sozialen Identität.

Ehemalige Drogengebraucherinnen und Frauen ohne Drogenkontakte

Unter „ehemaligen Drogengebraucherinnen“ sind Frauen zu verstehen, die schon lange „clean“ sind. Harte Drogen spielen in ihren aktuellen Lebenszusammenhängen keine Rolle mehr. „Frauen ohne Drogenkontakte“ bezieht sich auf diejenigen, deren Infektion nicht auf den Gebrauch harter Drogen und die damit zusammenhängenden Lebensumstände zurückzuführen ist. Zu dieser Gruppe gehören (Ex-)Partnerinnen von Bisexuellen, Blutern, (Ex-)Drogengebrauchern und Männern aus Endemiegebieten⁸; ebenso Frauen, die durch Blutkonserven infiziert wurden, sowie Frauen, die nicht um das eingegangene Infektionsrisiko wissen und nur vage Vorstellungen davon haben, wie es zur Ansteckung gekommen sein könnte. Die Frauen kommen aus allen Bevölkerungsschichten. Die meisten sind zwischen 20 und 40 Jahren alt.

Ehemalige Drogengebraucherinnen

Frauen, die erst Jahre nach dem Ausstieg aus der Drogenszene erfahren, daß sie HIV-positiv sind, fühlen sich von ihrer Vergangenheit eingeholt. Sie haben das Gefühl, noch einmal für alles bezahlen zu müssen. Sie werden erneut mit ihrer Geschichte konfrontiert, und das Gefühl, selber schuld zu sein, macht es ihnen schwer, mit dem Vergangenen abzuschließen. Die so lange erwünschte Normalität ist durch das Wissen um die HIV-Infektion in unerreichbare Ferne gerückt. Anders ist es, wenn die Diagnose „HIV-positiv“ der Anlaß für den Ausstieg war. Für diese Frauen hat die Diagnose gefühlsmäßig einen „positiven“ Stellenwert: sie war der Grund für eine der wichtigsten Entscheidungen ihres Lebens. Damit verbunden ist die Hoffnung, daß die noch verbleibende Lebenszeit eine glückliche ist.

Partnerinnen von Männern aus Hauptbetroffenengruppen

Für diese Frauen steht das eigene HIV-positive Testergebnis in der Regel im Zusammenhang mit dem des Partners. Meist erfahren beide fast gleichzeitig von ihrer HIV-Infektion, manchmal erst dann, wenn einer oder beide Partner bereits erkrankt sind. Allerdings gibt es auch Frauen, die ganz bewußt Partnerschaften mit HIV-Infizierten eingehen und sich dort auch anstecken. Aus Liebe, oder weil im Moment der Lust das Risiko nicht real erscheint, wird auf Kondome verzichtet.

Beziehungen zu bisexuellen oder drogengebrauchenden Partnern sind ohnehin schwierig genug, selbst wenn die Frauen über deren Lebensweise Bescheid wissen. Meist werden in solchen Fällen durch das Testergebnis innerpartnerschaftliche Konfliktmuster reaktiviert. Ein erhebliches Konfliktpotential birgt der Umstand, wenn die Frauen erst durch die Diagnose von der – aktuellen oder vergangenen – Lebensweise ihres Partners erfahren. Für Frauen, die in der Beziehung bleiben, bedeutet das, mit einer Doppelbelastung leben zu müssen. Frauen, die erst nach der Trennung erfahren, daß sie sich über ihren Partner infiziert haben, können nur schwer verkraften, daß der leidvolle Weg bis zur Auflösung der Beziehung zum bisexuellen oder drogengebrauchenden Partner nun in der HIV-Infektion eine Fortsetzung findet.

Partnerinnen von bisexuellen Männern

Meist wußten diese Frauen zum Zeitpunkt der Beziehungsaufnahme nichts von den bisexuellen Neigungen ihres Partners, entweder weil er sie bewußt verschwiegen hat oder sich selbst noch gar nicht darüber im klaren war. Es gibt auch Beispiele dafür, daß Frauen wissentlich Beziehungen zu bisexuellen Männern eingehen (siehe Jäger-Collet 1989, S. 100)⁹, oft in der Hoffnung, ihre Liebe möge stärker sein als seine gleichgeschlechtliche Neigung. In solchen Beziehungen erleben die Frauen in traumatischer Weise das bisexuelle Coming out des Partners, ein Prozeß, der sich über Jahre hinziehen kann. Erfahren Frauen erst durch das positive Testergebnis vom Doppelleben des Partners, ist es hart zu erkennen, daß der Partner sie nicht nur (jahrelang) systematisch hintergangen

hat, sondern ihr und anderen gegenüber auch verantwortungslos gewesen ist. Hier belastet nicht nur das Wissen um die HIV-Infektion. Hinzu kommt, daß nun die Beziehung insgesamt in Frage gestellt ist.

Partnerinnen von (Ex-)Drogengebrauchern

In der Regel wissen die Partnerinnen ehemaliger Drogengebraucher von jener Phase im Leben ihres Partners; Drogenabhängigkeit, vor allem, wenn sie der Vergangenheit angehört, tangiert nicht – unbedingt – die elementaren Aspekte von Partnerschaft, zu denen zweifellos die Sexualität gehört. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen die frühere Abhängigkeit vor der Partnerin verheimlicht wird. Wird solches, oder aktueller „stillschweigender“ Drogengebrauch, schließlich durch ein positives Testergebnis offenbar, kommt es zu einer tiefen Vertrauenskrise.

Der aktuelle Drogenkonsum des Partners beschneidet das soziale Umfeld beider Partner, zwingt beide dazu, ein Doppelleben zu führen. Diese Paare beschränken von sich aus ihre Kontakte nach außen, reduzieren damit das soziale Netz, das gerade für HIV-Infizierte so wichtig ist (siehe Matthe/Kirschbaum 1990, S. 38). Partnerinnen von aktuell Drogenabhängigen machen nicht selten die leidvolle Erfahrung der Ko-Abhängigkeit. Mit den Gegebenheiten des Szenelebens sind sie fast ebenso vertraut wie ihre Partner. Während der Beziehung erleben diese Frauen die Höhen und Tiefen der Drogenkarriere des Mannes, seine Entzugs- und Therapieversuche. Sie sind Ziel seiner Manipulationsversuche, die dazu dienen, sich Geld für die Sucht zu beschaffen. In schlimmen Fällen werden sie zu Opfern seiner Lügen und Diebstähle. Ko-Abhängigkeit wird von der Psychologie mittlerweile ähnlich eingeordnet wie die Sucht selbst. In dieser Situation kann ein positives Testergebnis das gegenseitige Abhängigkeitsverhältnis forcieren.

Partnerinnen von Männern aus Endemiegebieten

In diesen Beziehungen ist eine bei beiden Partnern diagnostizierte HIV-Infektion wahrscheinlich seltener mit der Offenlegung eines Vertrauensbruchs verbunden, als dies in den bisher geschilderten Beziehungskonstellationen der Fall ist. Denn anders als im Falle von Bisexualität oder Drogengebrauch ist ein Mann aus einem Endemiegebiet nicht in der Lage, seine Zugehörigkeit zu einer hochriskierten Population zu verheimlichen. Vorstellbar ist jedoch, daß gerade in Zeiten von Fremdenfeindlichkeit und rassistischen Ausschreitungen solche Beziehungen unter einem starken Druck stehen und sich die Angst vor Diskriminierung durch die HIV-Infektion potenziert.

Partnerinnen von Hämophilen

In den Massenmedien werden infizierte Hämophile häufig als die „unschuldig“ Betroffenen dargestellt. Das gleiche gilt für ihre infizierten Partnerinnen.

Da die Paare meist verheiratet sind, findet die sonst recht schnell präsentierte Gleichung „AIDS = unmoralischer Lebenswandel“ hier kaum Anwendung.

Von der HIV-Infektion betroffene Hämophile und ihre Partnerinnen können deshalb viel eher mit gesellschaftlicher Akzeptanz rechnen (siehe Mattke/Kirschbaum 1990, S. 39).

Durch die krankheitsbedingte lebenslange Behinderung des Partners ist das Bedürfnis dieser Paare nach Normalität in der Tat groß. Manche möchten sich deshalb auch nicht in eine Reihe mit den Schwulen und Fixern gestellt wissen. Um so wichtiger und anerkennenswerter ist das Engagement derjenigen, die allen Spaltungsversuchen entschieden begegnen.

Durch Blutkonserven infizierte Frauen

Als „unschuldige Opfer“ werden auch die durch Blutkonserven infizierten Frauen betrachtet. HIV-infizierte Frauen, insbesondere unverheiratete, werden von der Gesellschaft jedoch häufig mit sexuellem Risikoverhalten und mit Promiskuität in Verbindung gebracht, was sie ständig dazu veranlaßt, sich zu verteidigen und darzulegen, daß sie zu keiner der „üblichen Risikogruppen“ gehören.

Frauen, die sich bei flüchtigen Sexualkontakten infiziert haben

Frauen, die ihre Sexualpartner öfter oder häufig wechseln, gelten nach wie vor als unmoralisch. Ähnlich wie Homo- und Bisexualität wird auch die weibliche Promiskuität gesellschaftlich geächtet, vor allem dann, wenn sie nicht in einer Abfolge verschiedener Beziehungen, also in „sequenzieller Monogamie“¹⁰, sondern in Form von flüchtigen Abenteuern gelebt wird. Diese Frauen müssen mit Vorurteilen rechnen: von seiten der Männer, aber auch von seiten vieler Frauen. Ein positives Testergebnis dient dann nur noch als Bestätigung.

Einige der betroffenen Frauen hatten keineswegs viele Sexualpartner, sondern eben nur einmal den „falschen“. Manchmal war es ein Urlaubsflirt, in einer Umgebung und Stimmung, die dazu geeignet war, einmal „anders zu sein“ und die übliche Vernunft beiseite zu lassen. Die Situation dieser Frauen wird erschwert durch ihre eigenen Begriffe von Moral. Sexuelle Schuldgefühle sitzen tief, sie haben ihre Wurzeln in der Kindheit. Auch diese Frauen quält häufig die Vorstellung, die Infektion sei die Strafe für die Lust. Tatsächlich stellt AIDS die gerade erst in Ansätzen gewonnene sexuelle Freiheit der Frauen wieder in Frage.

Frauen ohne bekanntes Risiko

Der Umstand, daß sich ihre HIV-Infektion weder auf Drogengebrauch noch auf Prostitution zurückführen läßt, führt zu angstbesetzten Reaktionen des sozialen Umfelds. Immerhin wird ja deutlich, daß das Virus auch „normale“ Menschen treffen kann. Andererseits wird diesen Frauen gerne unterstellt, sie würden lediglich verheimlichen, daß sie promisk gelebt, Drogen injiziert oder sich prostituiert haben.

Fixerinnen

Nach offiziellen Angaben sind rund 50% aller HIV-positiven Frauen in der Bundesrepublik durch intravenösen Drogengebrauch mit HIV infiziert worden¹¹. Ein großer Teil der Frauen hat also Erfahrungen mit „harten“ Drogen, mit Sucht, Abhängigkeit¹² und den damit verbundenen sozialen Folgen. Auch bei ehemaligen Fixerinnen und Substituierten beeinflusst diese Lebenserfahrung in unterschiedlichem Maße die Identität. An dieser Stelle soll deshalb versucht werden, einen Einblick in das Umfeld zu geben, in dem diese Frauen einen mehr oder weniger großen Teil ihres Lebens verbracht haben.

Die Drogenszene

Der Begriff „Szene“ ist im Zusammenhang mit Drogen geographisch, ökonomisch und subkulturell zu verstehen. Er bezeichnet den Treffpunkt der Gebraucher illegaler Drogen und den Drogenumschlagplatz, aber auch die soziale Vernetzung der Drogengebraucher untereinander mit ihren spezifischen Interaktionen. Der Begriff umfaßt auch auf den Drogenkonsum bezogene Betreuungstätigkeiten; so spricht man z.B. von der „Helferszene“. Den Angehörigen einer „Szene“ ist nicht nur gemeinsam, daß sie die gleichen Drogen konsumieren; szenetypische Merkmale sind ebenso Kleidung, Sprache, bestimmte Regeln und Rituale. Häufig spielt bei dem Entschluß, illegale Drogen zu nehmen und dabeizubleiben, neben der Drogenwirkung auch die Suche nach einer alternativen Identität außerhalb der „normalen“ Gesellschaft und der Wunsch nach Zugehörigkeit zu einer entsprechenden Gruppe eine entscheidende Rolle¹³. Dies gilt für die Gebraucher „weicher“ Drogen ebenso wie für die „harter“.

Wie intensiv und in welcher Form sich der einzelne in eine Szene integriert, ist individuell verschieden. Die Übergänge zwischen Szenezugehörigkeit und Normalität sind fließend (siehe Scheerer 1989, S. 286). Auch die Heroinszene muß man sich als heterogene Szene mit verschiedenen Ausprägungen vorstellen. Was den Heroinkonsum anbetrifft, wird die freie Entscheidung darüber, welchen Platz man zwischen Szene und Normalität einnimmt, im Falle der Abhängigkeit durch die körperliche Toleranzentwicklung, die bei Entzug des Stoffes zu starken Symptomen führt, beeinflusst. Die sozialen Folgen von Prohibitivpolitik und Kriminalisierung machen es den Abhängigen auf Dauer sehr schwer, ein normales Leben aufrechtzuerhalten. Einigen von ihnen gelingt es, sozial integrierte Lebensweisen jenseits der Drogenszene aufrechtzuerhalten, während andere den typischen „Junkie-Alltag“ leben (siehe Weber/Schneider 1992, S. 512). Auch Heroingebraucher berichten davon, jahrelang kontrolliert konsumiert und parallel dazu „normal“ – als Berufstätige, als Eltern – gelebt zu haben¹⁴. Dennoch leben auch sie zu Teilen in einer „anderen Welt“, in der bereits ansatzweise dieselben Regeln und Gesetzmäßigkeiten zum Tragen kommen, wie sie in Extremform in der Straßenszene zu finden sind. Häufig wechseln sich Phasen kontrollierten Gebrauchs mit denen abhängigen Gebrauchs ab, und dementsprechend ändern sich die sozialen Bezüge. Typisch für Frauen ist,

daß ihr Konsumverhalten von ihren jeweiligen Partnerschaften abhängt¹⁵ (siehe Weber/Schneider 1992, S. 510, 502).

Lebensbedingungen und geschlechtsspezifische Rollen auf der Szene

Das Bild von Fixern ist in unserer Gesellschaft geprägt von Verwahrlosung, Elend und Kriminalität – scheinbar Resultate des Konsums der Droge Heroin. Dieser Zusammenhang wird von den Medien propagiert und von den Politikern als Argument für eine repressive Prohibitions politik verwendet. Bei näherer Betrachtung wird jedoch deutlich, daß sie in erster Linie die Resultate der Kriminalisierung und Prohibition sind.

Schwarzmarktökonomie

Als Folge der Prohibition bewegt sich der Schwarzmarktpreis von Heroin zwischen DM 100 und DM 300 pro Gramm, je nach Qualität und Abnahmemenge sowie dem Status des Dealers innerhalb der Handelshierarchie. Abhängige benötigen je nach Toleranzentwicklung täglich ein halbes, ein Gramm oder mehr, um Entzugserscheinungen zu vermeiden. Geldbeschaffung und Drogenbeschaffung sind deshalb konstituierende Elemente der Szene. Das ökonomische Fundament der Szene ist eine differenzierte, hierarchisch gegliederte Handelsstruktur, geprägt von den Bedingungen der Kriminalisierung und der Schwarzmarktversorgung. Die Straßenszene, der Lebensbereich der sozial schwächsten Drogenabhängigen, ist sichtbarer Ausdruck der spezifischen Versorgungsstrukturen, Interaktionsformen und Charaktere, die durch diese Verhältnisse hervorgebracht werden.

„Hier trifft man den Kleinhändler, der auf Kundschaft wartet. Das Heroin hat er im Mund, es ist in Silberpapierbriefchen abgepackt und in Plastik eingeschweißt, damit es beim Zugriff durch die Polizei geschluckt werden kann. Den Großteil seiner Ware hat er auf einem nahegelegenen Baugrundstück vergraben. Ist er erfolgreich, hält er eine gute Connection aufrecht und baut einen vertrauenswürdigen Kundenkreis auf, so wird er, sofern er über eine eigene Wohnung verfügt, sobald wie möglich den Streß der öffentlichen Straßenszene hinter sich lassen, um 'privat' zu verkaufen. Hat er Pech, so verliert er einen Teil davon, weil die Polizei oder ein Drogenabhängiger seinen 'Bunker' findet, er überfallen und 'abgezogen' wird oder sein Partner/seine Partnerin ihn verläßt und den Stoffvorrat bzw. das Geld mitnimmt. Es gibt auch noch andere Risiken: seine Connection fliegt auf und der Lieferant wird verhaftet; er dosiert sich sukzessiv so hoch, daß sein Eigenverbrauch den Verkaufserlös übersteigt; die Polizei beschlagnahmt das Geld und verlangt einen Einkommensnachweis; der Markt bricht plötzlich zusammen, weil z.B. eine Ausländergruppe, die über günstigere Bezugsquellen verfügt, billiger als er verkaufen kann. Kommt er nicht wieder als Selbständiger auf die Beine, vollzieht sich zumindest vorübergehend ein Abstieg in eine andere Funktion. Er wird sich u.U. in die Gruppe der Vermittler einreihen müssen, die, je drei

oder vier Interessenten im Gefolge, einem Kleinhändler die Kunden an einem Treffpunkt an der Szene-Peripherie zuführen; oder er wird vielleicht Stoff in Kommission übernehmen, wobei er für eine bestimmte Anzahl verkaufter Päckchen eines für sich erhält.“ (siehe Schuller/Stöver 1989, S. 23/24)

Betrachtet man die Geschäftsbeziehungen innerhalb der Szene, so muß man sich vor Augen halten, daß der Handel für die Ausübenden mit einem enormen Risiko verbunden ist. Die gehandelte Substanz ist nicht nur extrem teuer und rar, sondern für die Abhängigen auch lebensnotwendig. Der „kalte“ Entzug, unweigerliche Folge einer Verhaftung, hängt wie ein Damoklesschwert über den Händlern. Es herrscht starke Konkurrenz. Bei gegensätzlicher Interessenlage gibt es keine Schlichtungs- und Schiedsinstanz. Es gilt das Recht des Stärkeren, und Gewalt dient als Regulierungs- und Entscheidungsfaktor (siehe Thamm 1987, S. 25).

Es dürfte nur wenigen Frauen gelingen, sich in diesem Milieu ohne Partner oder anderen männlichen Schutz geschäftlich zu behaupten. Es handelt sich um einen rechtsfreien Raum, in dem bei körperlicher Gewaltanwendung nicht mit staatlicher Hilfe gerechnet werden kann. Frauen haben eher Erfolgchancen, wenn auf privater Ebene, also zu Hause statt auf der Straße agiert wird. Es ist anzunehmen, daß eine Beziehung erheblich zu ihrer Sicherheit beiträgt und das Risiko, abgelenkt zu werden, mindert.

Frauen beschränken sich deshalb eher auf Vermittlerpositionen oder den Handel mit kleineren Drogenmengen (siehe Weber/Schneider 1992, S. 520). Viele Frauen ziehen es auch vor, im Handel nicht selbst aktiv zu werden, sondern sich als „Mitläuferin“ von ihrem handelnden Partner mitversorgen zu lassen. Das führt zu einer doppelten Abhängigkeit, der vom Partner und der von der Droge, häufig verbunden mit Gewalttätigkeit und Forderungen nach sexuellen Gegenleistungen, was bei den Frauen das Gefühl auslöst, sich zu prostituieren (siehe Weber/Schneider 1992, S. 521).

Kriminalität

Beschaffungsdelikte wie Raub und Hehlerei sind auf der Szene ebenfalls eine Domäne der Männer. Typisch für Frauen hingegen sind Kriminalität in anderen Bereichen, wie Gelddiebstahl am Arbeitsplatz, Betrugereien, Rezeptfälschungen, Warendiebstahl. Frauen tendieren eher zu legalen Beschaffungsstrategien und fallen weitaus seltener justitiell auf als Männer. Frauen fallen eher durch Überdosierungen, Unfälle unter Drogeneinfluß oder Hausdurchsuchungen im Zusammenhang mit einer Inhaftierung des Partners sozial auf (siehe Weber/Schneider 1992, S. 522). Entsprechend seltener und kürzer als bei den Männern fallen die Inhaftierungszeiten aus (siehe Weber/Schneider 1992, S. 523). Haftstrafen werden in der Regel nur aufgrund der Anhäufung vieler kleiner Delikte verhängt. Die Kriminalität ihrer Partner macht die Frauen zwangsläufig zu Mitbetroffenen. Häufig verlieren sie, wenn der Partner im Gefängnis ist, ihre Drogenbezugsquelle und müssen sich alleine auf der Szene durchschlagen. Dies bedeutet für die Frauen oft einen sozialen Abstieg, der zur Prostitution führen kann.

Prostitution

Prostitution ist in erster Linie eine Erscheinung der Straßenszene, kommt aber in abgewandelter Form – z.B. als Telefonsex, in Peep-Shows, bei Abhängigkeit vom Partner – auch in anderen Bereichen der Szene vor. Sozialarbeiterinnen schätzen, daß 60 bis 80% der drogenabhängigen Frauen der Prostitution nachgehen, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren (siehe Kreft 1991, S. 165; Brinkmann 1991, S. 169). Anders als bei professionellen Prostituierten ist hier das „Anschaffen“ kein frei gewählter Beruf, sondern die Folge einer Abhängigkeit unter den Bedingungen einer repressiven Drogenpolitik. Abhängige Prostituierte gehen überwiegend auf den Straßenstrich, der im „Milieu“ als der gefährlichste gilt (siehe Brinkmann 1991, S. 169). Ihr Alltag ist geprägt von Übergriffen gewalttätiger Freier, der Angst vor Zuhältern und professionell arbeitenden Prostituierten und nicht zuletzt vor der Polizei (siehe Kreft 1991, S. 166). Drogenabhängige scheuen sich, bei an ihnen begangenen Gewalttaten Anzeige zu erstatten, und die Freier sind sich dessen sehr wohl bewußt. Es kommt zu Vergewaltigungen, Mißhandlungen, und die Frauen werden um ihr Geld betrogen. Erst seit jüngster Zeit gibt es zwischen drogenakzeptierenden Projekten und der Polizei eine Zusammenarbeit, die es den Prostituierten ermöglicht, Anzeige zu erstatten, ohne selbst wegen Verstoßes gegen das BtMG oder – je nach Örtlichkeit – gegen sperrbezirkliche Richtlinien zur Rechenschaft gezogen zu werden (siehe Kreft 1991, S. 167).

Durch ihre Abhängigkeit werden die Frauen erpreßbar. Bei drohendem Entzug oder „einem Hunderter extra“ lassen sie sich eher auf die Forderungen ihrer Freier nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr oder nach Sexualpraktiken, die sie ansonsten ablehnen würden, ein. Unter den herrschenden Bedingungen ist es für die Frauen fast unmöglich, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu handeln. Dadurch steigt ihr Risiko, sich eine HIV-Infektion oder andere sexuell übertragbare Krankheit zuzuziehen. Hinzu kommt, daß die Frauen beim Sex mit ihren meist selbst der Drogenszene angehörenden Partnern als Liebesbeweis auf das Kondom verzichten (siehe Michaelis 1991, S. 176).

Die Prostitution ist für viele Frauen lediglich die Fortsetzung früherer Gewalterfahrung. Eine Studie der therapeutischen Einrichtung „Daytop“ ergab, daß 70% der Teilnehmerinnen in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht worden waren (siehe Brinkmann 1991, S. 171). Dem entspricht auch, daß sich diese Frauen häufig aufgrund des vom Partner ausgeübten Zwanges prostituieren oder weil sie sich ihm gegenüber verpflichtet fühlen (siehe Weber/Schneider 1992, S. 521). Auf diese Weise versorgen viele Frauen nicht nur sich selbst mit „Stoff“, sondern auch ihre jeweiligen Partner.

Frauen, die zwecks Finanzierung ihrer Drogenabhängigkeit der Prostitution nachgehen, erleben Sexualität als Mittel zum Zweck. Gefühle des Ekels vor sich selbst müssen wiederum mit Drogen betäubt werden. Der Konsum steigt, und der Teufelskreis schließt sich (siehe Kreft 1991, S. 166).

Soziale Folgen des Szenelebens

Der Szenealltag eines Junkies entspricht dem Alltag eines streßreichen Berufslebens. Mannigfaltige Aktivitäten, die zum Teil erhebliche intellektuelle und soziale Fähigkeiten erfordern, sind notwendig, um den ständigen Nachschub von Drogen und Geld zu gewährleisten. Viele Junkies empfinden diese Aktivitäten als durchaus befriedigend, vor allem, wenn es um ihre Erfolgchancen im „richtigen“ Leben nicht zum Besten steht. Die Rolle, die sie auf der Szene innehaben, wirkt identitätsbildend, und sie ziehen daraus ein hohes Maß an Selbstbestätigung. Dies erklärt die positive Einstellung vieler Junkies zur Szene. Dem hektischen Berufsleben entspricht ein starker Hang zur Häuslichkeit (siehe Scheerer 1989, S. 298). Zum Teil sind langjährige symbiotische Paarbeziehungen zu beobachten, die das Überleben auf der Szene erleichtern.

Die Folgen von Heroinabhängigkeit unter den Bedingungen der Prohibition sind oft sozialer Abstieg und Verelendung. Die materielle Sicherheit schwindet. Auf der Szene wird selten über den Tag hinaus geplant, und selten reicht das Geld länger als für den Tag, an dem es beschafft wird. In Phasen von Geldnot sind Abhängige gezwungen, alles zu verkaufen, was sie besitzen. Sind größere Summen verfügbar, wird alles innerhalb kürzester Zeit ausgegeben, um endlich einmal solche seelischen und körperlichen Bedürfnisse zu decken, die über den Drogenkonsum hinausgehen. Rechnungen werden nicht bezahlt. Die Folge sind Schulden und Obdachlosigkeit.

Obdachlosigkeit bedeutet für Frauen, daß sie sich zusätzlichen Abhängigkeitsverhältnissen ausliefern müssen. Sie wohnen bei ihren drogenabhängigen Partnern oder Freiern und sind vor Gewalt oder sexuellen Übergriffen wenig geschützt. Frauen mit Kindern ist es unter diesen Umständen oft unmöglich, sich um ihre Kinder zu kümmern. Das wiederum hat zur Folge, daß sie diese nicht bei sich behalten können. Kinder und Schwangerschaft sind für Frauen deshalb oft Gründe, kompulsiven Drogengebrauch zu vermeiden oder ganz aus der Szene auszusteigen (siehe Weber/Schneider 1992, S. 517).

Junkies entwickeln, ihren Lebensumständen entsprechend, ein Set spezifischer Verhaltensformen, von den Mitarbeitern der Helferszene als „Junkie-Syndrom“ bezeichnet (siehe van Epen 1989, S. 326 ff). Diese Verhaltensweisen sind weder auf die Persönlichkeitsstruktur noch auf die Wirkung der Droge zurückzuführen. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine typische menschliche Reaktion, die bei Knappheit eines lebensnotwendigen Produkts auftritt. Das Verlangen danach prägt das gesamte Verhalten, zwischenmenschliche Beziehungen werden instrumentalisiert und nach den Kriterien der Brauchbarkeit beurteilt. Seinen Ausdruck findet das „Junkie-Syndrom“ zum einen im „Abziehen“ und „Linken“ anderer Abhängiger, zum anderen in der Manipulation nichtabhängiger Mitmenschen, mit dem Ziel, für sich Vorteile herauszuschlagen. Die Opfer dieser Manipulationen sind meist Eltern, Partner, Sozialarbeiter und Ärzte. Junkies verwenden ein Höchstmaß an Kreativität darauf, jemanden dazu zu bringen, in ihrem Sinne zu handeln. Bedenkenlos werden auch mehrere Parteien in die Manipulationen einbezogen, ungeachtet der Gefahr, daß solche Konstrukte eines Tages auffliegen und mehrere Seiten Widerstand entgegensetzen könnten. In veränderten Lebenssituationen, z.B. in Clean-Phasen, verschwinden

diese Verhaltensweisen, treten aber bei Rückkehr in die Szene sofort wieder auf.

Gesundheitliche Folgen des Szenelebens

Der allgemeine Gesundheitszustand ist bei Junkies deutlich schlechter als bei anderen Teilen der Bevölkerung, obwohl Heroin, anders Alkohol und Nikotin, auch bei abhängigem Gebrauch keine irreversiblen Organschäden nach sich zieht (siehe Scheerer 1989, S. 292). Die szenetypischen Krankheiten sind deshalb ausschließlich auf die Bedingungen des Szenelebens zurückzuführen. Junkies leiden unter außerordentlich starkem Kariesbefall, an Leberschäden – in der Regel Folge der Infektion mit Hepatitis B oder C -, Schäden des Herzkreislaufsystems, Blutvergiftung, Nierenerkrankungen und Lungenentzündung. Außerdem sind etwa 30% HIV-positiv. Hinzu kommen Unterernährung und schlechte hygienische Verhältnisse.

Sämtliche genannten Krankheiten sind, außer Karies, in erster Linie auf Nadelinfektionen zurückzuführen. Entweder wird unsauberes Spritzbesteck verwendet oder die injizierte Substanz enthält unverträgliche, als Streckmittel dienende Stoffe, wie z.B. Talg oder Stärke. Auch die Aufbereitung des Pulvers zur Injektionslösung erfolgt selten unter hygienisch einwandfreien Bedingungen. Dieses gesundheitsschädigende Verhalten geht nicht nur auf Achtlosigkeit zurück, sondern auch und gerade auf den doppelten Druck, dem Junkies ausgesetzt sind: der Angst vor dem Entdecktwerden durch die Instanzen der Strafverfolgung und der Furcht vor Entzugssymptomen. Ist der „Turkey“ nahe, muß der Druck so schnell wie möglich gesetzt werden – in einer öffentlichen Toilette, einem Hausflur oder im Park. In solchen Momenten ist alles egal, da wird dann auch die einzig verfügbare Spritze von mehreren benutzt. Entsprechend hoch ist das Risiko, sich mit HIV zu infizieren.

Bei Frauen führen Prostitution und die allgemein ungünstigen Lebensumstände zu sexuellen Störungen. Häufig fällt die Regel aus. Es kommt zu ungewollten Schwangerschaften, wenn aufgrund der ausbleibenden Regel nicht verhütet wird (siehe Weber/Schneider 1992, S. 517). Die sexuelle Erlebnisfähigkeit ist empfindlich gestört.

Die jährliche Mortalitätsrate war bei Opiatabhängigen schon vor dem Auftreten von AIDS zwei- bis dreimal höher als die der übrigen Bevölkerung (siehe Scheerer 1989, S. 292). Häufige Todesursachen sind Über- und Mischdosierungen. Auch sie sind ein Resultat der Prohibition: zum einen ist auf dem Schwarzmarkt die Qualität des Stoffs oft sehr unterschiedlich und nur schwer einzuschätzen, zum anderen ist es notwendig, Entzugssymptome durch Medikamente zu dämpfen, was dann bei späterer Heroineinnahme zu tödlichen Mischdosierungen führt (siehe Scheerer 1989, S. 293). Viele Junkies erkranken und sterben an AIDS. Es ist davon auszugehen, daß die Bedingungen, unter denen Junkies auf der Szene leben, einen sehr ungünstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf haben. Heroin selbst, wie Cannabis auch, hat jedoch möglicherweise eine durchaus günstige Wirkung auf das Immunsystem¹⁶. Psychische Zustände wie Angst und Depressionen, die ebenso das Immunsystem

negativ beeinflussen können, werden durch den Genuß dieser Drogen gemildert.

Die Situation von HIV-Infizierten in Haft

Infolge der oben geschilderten Zusammenhänge wird ein großer Teil der abhängigen Drogengebrauchenden früher oder später justitiell auffällig und verbüßt oft mehrere Haftstrafen. Bei der Deutschen AIDS-Hilfe geht man davon aus, daß mehr als 50% der drogenabhängigen Inhaftierten mit HIV infiziert oder bereits an AIDS erkrankt sind (siehe Schuller/Stöver 1989, S. 26).

Bei der Einlieferung in Haft wird der HIV-Antikörpertest „angeboten“ (siehe Schuller/Stöver 1989, S. 26). Angesichts der Bedingungen, unter denen dies geschieht, kann nur schwer von einer freien Entscheidung gesprochen werden. Häufig wird die Erschöpfung durch vorangegangene Verhöre oder das Einsetzen von Entzugssymptomen vom Personal genutzt, um widerstandslos eine Einwilligung zu erhalten. In einigen Bundesländern ist der Test sogar obligatorisch¹⁷.

Menschen, die im Gefängnis von ihrem positiven Testergebnis erfahren, haben wenig Möglichkeiten, angemessene Bewältigungsstrategien und Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln. Depressionen, Resignation und Einsamkeit prägen den Alltag von HIV-Positiven in Haft.

Die Zwangsgemeinschaft der Gefangenen läßt es kaum zu, untereinander Vertrauensverhältnisse aufzubauen, die geeignet wären, die psychischen Belastungen der HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken aufzufangen (siehe Parsa/Rademacher 1990, S. 36). Die psychosoziale Betreuung ist mehr als spärlich. Allerdings haben viele regionale AIDS-Hilfen Zugang zu den Haftanstalten. Besonders die bereits Erkrankten haben das Gefühl, die vielleicht nur kurze Zeit, die ihnen noch bleibt, sinnlos zu vertun.

Hinzu kommt, daß die gesundheitliche Versorgung im Gefängnis alles andere als optimal ist. Das einzige Zugeständnis an die Betroffenen ist, daß sie aus medizinischen Gründen Sonderzuteilungen an Obst und Milchprodukten erhalten. Nicht in allen Vollzugsanstalten gibt es Sprechstunden mit Ärzten, die auf HIV spezialisiert sind, und nur in Ausnahmefällen dürfen Betroffene externe Ärzte konsultieren. Sie sind deshalb in gesundheitlichen Belangen auf die nicht unbedingt kompetenten und wohlwollenden Anstaltsärzte angewiesen (siehe Parsa/Rademacher 1990, S. 36). Sie machen die Erfahrung, daß ihre psychische und physische Verfassung eigentlich niemanden wirklich interessiert.

Die wegen Drogendelikten Einsitzenden kommen nur dann in den Genuß von Hafterleichterungen, wenn sie sich regelmäßigen Urinkontrollen unterziehen; andernfalls sind sie von Vergünstigungen wie Freigang und Urlaub ausgeschlossen. Da die Verweigerung von Urinkontrollen als mangelnde Besserungsbereitschaft gewertet wird, sitzen sie in der Regel ihre Strafe bis zum letzten Tag ab (siehe Bossong/Stöver 1989, S. 84)¹⁸.

In Haftanstalten ist die Gefahr, sich mit HIV zu infizieren, besonders groß. Die Tatsache, daß es in allen Gefängnissen Drogen gibt, wird mittlerweile nicht einmal mehr von den Politikern bestritten¹⁹. Sterile Spritzen und Desinfektions-

mittel sind jedoch nach wie vor Mangelware (siehe Schuller/Stöver 1989, S. 112): sie sind einerseits schwer erhältlich, andererseits werden sie bei Durchsuchungen als illegale Gegenstände beschlagnahmt. Dies führt dazu, daß mehrere Gefangene, häufig über einen längeren Zeitraum, ein und dieselbe Spritze als „Stationspumpe“ benutzen²⁰. Wenn auch nur ein Gefangener HIV-infiziert ist, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, daß sich über kontaminierte Spritzbestecke viele weitere anstecken (siehe Bossong/Stöver 1989, S. 84; Schuller/Stöver 1989, S. 27; Kindermann 1987; Bruns 1987).

Substituierte

Substituierte sind Opiatabhängige, die statt des illegalen Heroins eine verschreibungsfähige Substanz, in der Regel Methadon²¹, erhalten. Dieses Substitut wird in einer Dosis gegeben, die Entzugserscheinungen verhindert, aber nicht berauschend wirkt. Es gibt verschiedene Substitutionsmodelle:

- Detoxifikation, eine maximal zweiwöchige Entgiftung, bei der die Dosis kontinuierlich verringert wird
- kurzfristige Überbrückung, z.B. bis zum Antritt einer stationären Therapie
- mittelfristig angelegte Vergabe (3-5 Jahre) mit dem Ziel der Abstinenz
- unbefristete Vergabe

An dieser Stelle ist von denjenigen die Rede, die an mittelfristigen und langfristigen Methadonprogrammen teilnehmen. Die Konzeption dieser in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern²² erfolgreich etablierten Programme folgt, mit nationalen Unterschieden, im wesentlichen dem zwischen 1963 und 1970 von Dole und Nyswander in den USA entwickelten dreiphasigen Behandlungsmodell. Geregelt wird der Zugang zur Substitution durch Kriterien wie Mindestalter, die Notwendigkeit der Dokumentation einer – meist mehrjährigen – Heroinabhängigkeit und den Nachweis mehrerer abgebrochener oder mißlungener Abstinenztherapien.

Substitution ist eine Behandlung, die auf die gesellschaftliche Wiedereingliederung der Abhängigen abzielt und auf der Akzeptanz der Abhängigkeit basiert. Im Gegensatz zu Abstinenztherapien steht Drogenfreiheit nicht am Anfang der Behandlung, sondern – wenn überhaupt – an ihrem Ende²³. Die Haupttherapieziele sind soziale Reintegration der Abhängigen und Verbesserung ihrer Lebensbedingungen. Abstinenz ist zwar ein erwünschtes, aber nicht zwingend notwendiges Therapieziel.

Die positiven Wirkungen der Substitutionsbehandlung:

- Senkung der Mortalitätsrate
- Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes
- Reduzierung der Beschaffungskriminalität
- (Re-)Integration in schulische/berufliche Verhältnisse oder in das Berufsleben

- Distanzierung von der Drogenszene
- Verminderung von HIV- und anderen Infektionen (es wird weniger/nicht mehr injiziert)
- Verminderung, später Verzicht auf Parallelgebrauch illegaler Drogen
- Stabilisierung der Wohnverhältnisse
- Ausstieg aus der Beschaffungsprostitution
- Stabilisierung von Partnerschaften
- erleichterter Zugang zu psychosozialer Beratung/Betreuung und Psychotherapie
- keine wesentliche Beeinträchtigung der intellektuellen und psychomotorischen Funktionen
- psychische Stabilisierung auch bei stark depressiven Heroingebrauchern
- verbesserte Lebensbedingungen für die Kinder von Abhängigen (siehe Weber/Schneider 1992, S. 676)

Die erste Wirkung der Substitution auf das Leben der Abhängigen ist, daß der Beschaffungsstreß entfällt. Das bedeutet, daß plötzlich viel Zeit zur Verfügung steht. Von der Motivation des einzelnen, aber auch von den äußeren Umständen hängt es ab, was aus dieser Situation gemacht wird.

Bei den meisten verändern sich relativ schnell die engeren sozialen Beziehungen²⁴. Das Verhältnis zu den Eltern klärt sich, und Partnerschaften werden als stabiler und besser beschrieben. Frauen mit Kindern sind ihrer Erziehungsaufgabe besser gewachsen und müssen nicht mehr befürchten, daß ihnen das Sorgerecht entzogen wird.

Die Stabilisierung des engeren sozialen Umfelds ist wiederum eine wichtige Voraussetzung für die Integration in Beruf und Gesellschaft. Angemessene Wohnsituation und Hilfestellung bei der Entschuldung sind weitere Faktoren, die dazu motivieren, einer geregelten Arbeit nachzugehen oder eine Ausbildung zu beginnen. Bei vielen Substituierten sieht die Situation jedoch anders aus: Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, Schulden und ein schlechter Gesundheitszustand behindern jegliches Engagement. Hinzu kommen überzogene Erwartungen an die Gesellschaft und eine prekäre Situation auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt. Der Gesundheitszustand vieler Substituierter ist ohnehin viel zu schlecht, um arbeiten oder eine Ausbildung beginnen zu können.

HIV-infizierten Substituierten fällt es generell sehr schwer, eine Lebensperspektive zu entwickeln. In dem Bewußtsein, daß ihnen nicht mehr viel Zeit bleibt, können sie ihre Energien kaum noch auf Ziele wie Ausbildung oder Berufstätigkeit richten. Nicht minder schwer fällt es, die eine Methadonbehandlung begleitenden Auflagen zu akzeptieren. Zwar bleibt jetzt viel mehr Zeit für alle möglichen Aktivitäten, manches jedoch, wie z.B. das Verreisen, ist nur unter bestimmten Bedingungen möglich. Substituierte klagen häufig über Lethargie, Depressionen und Antriebsschwäche angesichts der Anforderungen, die ein „normales“ Leben an sie stellt. Gleichzeitig leiden sie unter dem Gefühl der Unzulänglichkeit. Vor allem bei Frauen ist das, was sie vom Leben erwarten, von überangepaßten Vorstellungen geprägt. Ein Partner, eine Wohnung, Stereo-Anlage und Videorekorder scheinen alles zu sein, was sie sich wünschen.

Unzufriedenheit wird durch Beigebrauch unterdrückt (siehe Prinz 1992, 113 ff). Viele Substituierte pendeln zwischen Szene und Normalität und bleiben auch langfristig ihrem gewohnten Umfeld verhaftet. Anders als dies bei einer Abstinenztherapie der Fall ist, stellt die Substitution keinen Bruch im Leben der Abhängigen dar. Der Ausstieg aus der Drogenszene, das Knüpfen neuer Kontakte und das Erlernen der in „normalen“ sozialen Zusammenhängen gültigen Regeln dauert – je nach Vorgeschichte – lange.

Durch eine Substitutionsbehandlung besteht die Chance, nach und nach in ein neues Leben „hineinzuwachsen“. Allein schon die Möglichkeit, zwischen der Szene und der „normalen Welt“ hin- und herpendeln zu können, bedeutet eine entscheidende Verbesserung der Lebensqualität. Vielen gelingt es, sich Schritt für Schritt in neue Zusammenhänge zu integrieren, Perspektiven zu entwickeln und ihre Pläne umzusetzen. Als Erfolg ist bereits zu werten, wenn es Substituierten gelingt, sich einen Lebensraum zwischen Normalität und Szene einzurichten, der ein menschenwürdiges Dasein erlaubt.

Psychosoziale Versorgungsstrukturen für HIV-infizierte Frauen in der Bundesrepublik

Die Situation von Frauen in den AIDS-Hilfen

Geschichte der AIDS-Hilfe in der Bundesrepublik

Die Deutsche AIDS-Hilfe (D.A.H.) wurde 1983 in Berlin als erste AIDS-Hilfe in der Bundesrepublik von einigen Männern und einer Frau gegründet (siehe Vael 1993, S. 2). In den folgenden Jahren entstanden in weiteren westdeutschen Großstädten örtliche AIDS-Hilfen. Aufgrund des zunehmenden organisatorischen Handlungsbedarfs auf Bundesebene wurde die Deutsche AIDS-Hilfe in Berlin, die bereits bisher koordinierende Funktionen wahrgenommen hatte, im Jahre 1985 zum Dachverband erhoben (siehe Höpfner/Beißwenger 1993, S. 10). Für die Aufgaben vor Ort war von nun an in Berlin die Berliner AIDS-Hilfe zuständig.

Ursprünglich bezog sich die Arbeit der AIDS-Hilfen fast ausnahmslos auf schwule Männer (siehe Höpfner/Beißwenger 1993, S. 8). Als jedoch HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen auch unter Drogenabhängigen zunahmen, wurde schnell klar, daß deren Situation es kaum zuließ, sich selbst zu organisieren. Die AIDS-Hilfen öffneten sich deshalb auch für die Belange dieser Betroffengruppe. Ab 1987 stießen verstärkt Mitarbeiter aus anderen Einrichtungen des Sozialbereichs zur AIDS-Hilfe, insbesondere Frauen und Männer aus der Drogen- und Gefängnisarbeit. Neue AIDS-Hilfen entstanden in enger Anbindung an Drogenberatungsstellen (Höpfner/Beißwenger 1993, S. 10).

1987 wurde in der Berliner AIDS-Hilfe das erste Frauenreferat einer AIDS-Hilfe eingerichtet. Dieser Schritt war sehr umstritten. Viele glaubten damals, für Frauen sei aufgrund des Engagements im Bereich Drogen ausreichend gesorgt. Vor dem Hintergrund der Diskussion um frauenspezifische Ansätze in der Drogenarbeit und angesichts steigender Infektionszahlen auch unter nichtdrogenabhängigen Frauen ließ sich die Notwendigkeit einer an den Bedürfnissen betroffener Frauen orientierten AIDS-Hilfe-Arbeit jedoch nicht länger leugnen. Es dauerte allerdings noch fünf Jahre, ehe 1992 eine entsprechende Stelle auch in der Bundesgeschäftsstelle der D.A.H. eingerichtet wurde.

Die Arbeit der AIDS-Hilfe wird über Zuwendungen von Bund, Ländern und Kommunen finanziert, außerdem über Mitgliedsbeiträge und Spenden. Allerdings werben Dachverband wie auch örtliche AIDS-Hilfen seit den letzten Jahren verstärkt für Sponsoring durch die freie Wirtschaft.

Die strukturelle Integration von Frauen in die Selbsthilfeeinrichtungen

Von Anfang an waren Frauen am Aufbau der AIDS-Hilfen beteiligt. Zunächst waren es in erster Linie die Freundinnen schwuler Männer, die sich für deren

Belange einsetzen. Erst spät begannen auch betroffene Frauen, sich als eigenständige Gruppe in die AIDS-Hilfen zu integrieren – eine Integration, die bis heute nicht vollständig gelungen ist. Die Frauen sind dort auf bereits entwickelte Strukturen gestoßen und mußten sich nun – entgegen manchem Widerstand – ihre Nische schaffen. Besonders in den letzten Jahren haben die Mittelkürzungen im Sozialbereich diesen Integrationsprozeß erschwert und behindert. Die Schwierigkeiten, auf die Frauen in den AIDS-Hilfen treffen, spiegeln sich in den Forderungen wider, die 50 infizierte Frauen 1992 auf der Bundespositivenversammlung in Hamburg formulierten. Eingeklagt wurden eine bessere finanzielle Ausstattung des Frauenreferats in der Bundesgeschäftsstelle der D.A.H., die gleichberechtigte Mitsprache auf allen Ebenen, die Verteilung der Mittel gemäß dem prozentualen Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Betroffenen, die Einrichtung von Frauenreferaten in allen örtlichen AIDS-Hilfen, kinderfreundliche und auch der weiblichen Ästhetik entsprechende Ausstattung der Räumlichkeiten (siehe Fischer 1993, S. 49).

1993 wurde das Frauennetzwerk gegründet, eine überregionale Organisation von infizierten Frauen sowie Frauen, die in unterschiedlicher Weise in der AIDS-Arbeit tätig sind. Ziel des Netzwerks ist die Schaffung einer Infrastruktur, die es Frauen ermöglicht, ihre Interessen und Bedürfnisse durchzusetzen: in den AIDS-Hilfen, auf politischer Ebene.

Das Bundesmodellprogramm „Frauen und AIDS“

Von Anfang 1989 bis Ende 1991 wurden im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Frauen und AIDS“ frauenspezifische Ansätze in der AIDS-Arbeit erprobt. Ursprünglich bestand das Projekt aus 20 Einrichtungen in 13 Städten, von denen allerdings nur zwei Drittel auch noch für das Jahr 1992 finanziert wurden. Obwohl die Projektarbeit mit guten Ergebnissen abgeschlossen werden konnte, wurden anschließend nur wenige der beteiligten Einrichtungen von den Ländern und Kommunen weiterfinanziert (siehe Leopold/Steffan/Troscheit-Gajewski 1992, Vorwort).

Das Angebot richtete sich an infizierte und erkrankte wie auch an infektiionsgefährdete Frauen. Schwerpunkte waren die medizinisch-gynäkologische Versorgung und Forschung sowie psychosoziale Betreuung. Von den 20 Einrichtungen waren acht in Kliniken integriert und zwölf dem Bereich Prävention zugeordnet (siehe Leopold/Steffan 1992, S. 18). In diesem Zusammenhang interessieren besonders die in Kliniken angesiedelten Projekte, deren Konzept es war, in den gynäkologischen Abteilungen selbst Stellen für Sozialarbeiterinnen und Psychologinnen zu schaffen. Das Ziel war, den Patientinnen durch das Zusammenwirken von Medizin, Psychologie und Sozialarbeit eine optimale Betreuung zukommen zu lassen (siehe Leopold/Steffan 1992, S. 19). Einmalig blieb das dem Modellprogramm angegliederte Projekt „SkF-Treff für HIV-infizierte und AIDS-kranke Frauen und Kinder“, dessen Träger der Sozialdienst katholischer Frauen des Diözesanvereins für die Erzdiözese Freiburg e.V. ist. Der SkF-Treff ist AIDS-Hilfe ausschließlich für Frauen.

Beratungsstellen der Gesundheitsämter

Für Betroffene besteht außerdem die Möglichkeit, sich an die AIDS-Beratungsstellen der Gesundheitsämter oder der Bezirksamter zu wenden. Allerdings sind diese – bis auf wenige Ausnahmen in den Großstädten²⁵ – selten in der Lage, Infizierten spezifische Unterstützung anzubieten. Ihre Hauptaufgabe ist es zu beraten, auch und gerade im Hinblick auf den HIV-Antikörpertest. In der Regel kooperieren diese Beratungsstellen mit den örtlichen AIDS-Hilfen; z.B. werden HIV-positiv getestete Menschen an die AIDS-Hilfen weiterverwiesen, um dort von den vielfältigen Unterstützungsangeboten Gebrauch machen zu können.

Methode der empirischen Untersuchung

Fragestellung

Die im ersten Kapitel dargestellten Lebenssituationen zeigen, daß infizierte Frauen eine höchst heterogene Gruppe darstellen. Deutlich wird ebenso, daß es bei HIV und AIDS Aspekte rein frauenspezifischer Art gibt. So sind Frauen z.B. durchschnittlich zehn Jahre jünger als Männer, wenn sie ihr Testergebnis erhalten²⁶. Das hat Konsequenzen für die Lebensplanung und die wirtschaftliche Situation.

AIDS-Hilfe in der Bundesrepublik orientiert sich zwar vorrangig an den Bedürfnissen der Schwulen und der Drogengebraucher. Trotzdem nehmen die AIDS-Hilfen eine überaus wichtige Position im Hinblick auf die psychosoziale Betreuung positiver Frauen ein, auch wenn sich die AIDS-Hilfe-Arbeit für Frauen auf regionaler wie auf Bundesebene derzeit noch im Aufbau befindet.

Diese Untersuchung geht der Frage nach, wie sich infizierte Frauen ihre Versorgung vorstellen, wobei die Heterogenität der Gruppe und die sich daraus ergebenden Kriterien für spezifische Unterstützungsangebote berücksichtigt werden. Ebenso soll das Beachtung finden, was den infizierten Frauen gemeinsam ist. Hieraus könnten die Grundlagen für eine psychosoziale Versorgungsstruktur entwickelt werden. Schließlich soll diese Untersuchung darüber Aufschluß geben, wie es um die medizinische Versorgung der Frauen bestellt ist.

Erhebung

Exploration, Population und Methodenwahl

Die Feldexploration wurde mit Hilfe von Interviews mit Expertinnen vorgenommen: infizierten Frauen sowie Mitarbeiterinnen von AIDS-Hilfen und anderen Einrichtungen in der Bundesrepublik, wobei in Selbsthilfeeinrichtungen die Stellen im Bereich Frauen häufig mit HIV-positiven Frauen besetzt sind. Besondere Aufmerksamkeit galt dabei der Arbeit der Selbsthilfeeinrichtungen insbesondere im Frauenbereich und den Unterschieden zwischen den Betroffenen-Gruppen. Die Fragestellung in Verbindung mit den bei der Exploration gewonnenen Erkenntnissen ließ eine Bearbeitung durch eine quantitative Methode sinnvoll erscheinen, zumal in diesem Bereich bislang wenig quantitative Forschung betrieben wurde.

In Deutschland gibt es etwa 10.500 HIV-infizierte Frauen (AIDS/HIV Quartalsbericht IV/94 des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, S. 15). Es war notwendig, eine Erhebung im Gebiet der gesamten Bundesrepublik durchzuführen, um eine ausreichend große Fallzahl zu erhalten. Als einzig geeignete Methode bot sich die schriftliche Befragung mit Hilfe standardisierter Fragebögen an. HIV-infizierte Frauen sind eine schwer erreichbare Population. Sie leben verstreut in

ganz Deutschland und legen darüber hinaus großen Wert auf Anonymität. Es gibt keine zentrale Erfassungsstelle, über die sie erreichbar wären. Der einzige Weg zu ihnen führt über „Knotenpunkte“. In Deutschland sind dies AIDS-Hilfen, Schwerpunktpraxen, die Einrichtungen des Bundesmodellprojekts und die AIDS-Beratungsstellen der Gesundheitsämter oder der Bezirksamter²⁷.

Die Erhebung über Knotenpunkte hat Nachteile. Eine selektive Auswahl ist auf diese Weise nicht zu vermeiden. Frauen, die sich an keine dieser Stellen wenden, hatten von vornherein keine Chance, an der Befragung teilzunehmen. Außerdem ergibt sich die Situation, daß der Rücklauf doppelt gefiltert wird, denn nur ein bestimmter Teil der verschickten Fragebögen gelangt überhaupt in die Hände infizierter Frauen. Von den Fragebögen, die ihre Adressatinnen erreichen, wird wiederum nur ein bestimmter Prozentsatz ausgefüllt und zurückgeschickt. Bereits im Vorfeld war fraglich, ob drogenabhängige Frauen mit dieser Methode erreicht werden können. Die Lebensumstände lassen ihnen nur wenig Raum für Dinge, die nicht unmittelbar zur eigenen Lebenserhaltung beitragen.

Diese Erhebungsmethode ist jedoch die einzige Möglichkeit, um eine quantitative Untersuchung durchführen zu können. Qualitative Forschung über den Versorgungsbedarf von Fixerinnen wurde bereits betrieben (siehe Leopold/Steffan/Troscheit-Gajewski, 3. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm „Frauen und AIDS“). Die Ergebnisse dieser Untersuchung können zur Kontrolle der Daten und ergänzend bei deren Interpretation hinzugezogen werden.

Stichprobe

Die auf diese Weise gezogene Stichprobe ist nicht repräsentativ für die Population der HIV-infizierten Frauen im Hinblick auf das quantitative Verhältnis einzelner Gruppen zueinander. Repräsentativität kann schon deshalb nicht erreicht werden, weil keine exakten Angaben existieren, die als Maßstab für eine Stichprobenziehung dienen könnten. Die wenigen bekannten Parameter, z.B. Infektionsweg oder Altersverteilung, erweisen sich in diesem Zusammenhang als nicht sinnvoll. Eine Erhebung mit diesen Vorgaben wäre nicht durchführbar, und die ohnehin schwer zu erreichende Population würde dadurch zusätzlich eingegrenzt.

Schwerpunkt dieser Arbeit ist ein Gruppenvergleich. Ziel ist es, zu Aussagen über verschiedene Gruppen zu kommen, die im nachhinein dort, wo es sinnvoll erscheint, anhand der bekannten Parameter in ein quantitatives Verhältnis zueinander gesetzt werden können. Es ist zu erwarten, daß durch den Fragebogen engagierte Frauen leichter erreicht werden können als weniger engagierte und daß sie eine größere Bereitschaft zeigen, sich an der Untersuchung zu beteiligen, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnte. Dieser Effekt läßt sich bei der gewählten Methode nicht ausschließen, er hat in der Regel jedoch keinen nennenswerten Einfluß auf die Aussagefähigkeit einer Untersuchung. Dennoch sollte dies bei der Interpretation der Ergebnisse – insbesondere derjenigen, die das Engagement der Frauen betreffen – berücksichtigt werden.

Instrument

Als Erhebungsinstrument wurde ein Fragebogen entwickelt, und zwar auf der Basis der Erfahrungen, die im Rahmen der Interviews mit Expertinnen und der Beobachtung der AIDS-Hilfe-Arbeit gewonnen wurden. Der Fragebogen ist in mehrere Schwerpunkte gegliedert. Zum einen werden die sozio-demographischen Daten der befragten Frauen erhoben. Zum anderen gibt es jeweils zu den Themen Familie und Partnerschaft, Kinder und Schwangerschaft, medizinische Versorgung, berufliche und wirtschaftliche Situation sowie Erwartungen an Selbsthilfeeinrichtungen einen standardisierten Fragenblock. Jeder Block wird durch offene Fragen ergänzt, um Antworten außerhalb der vorgegebenen Items zu ermöglichen und dadurch tiefere Einblicke in bestimmte Zusammenhänge zu erhalten. Die Antworten auf die offenen Fragen werden bei der Auswertung, wenn es sich anbietet, im nachhinein quantifiziert.

Pretest

Der erste Entwurf des Fragebogens wurde im Rahmen eines Treffens engagierter Frauen bei der Berliner AIDS-Hilfe (BAH) einem Pretest unterzogen. Bei den Frauen handelte es sich um ehemalige Drogengebraucherinnen, um substituierte Frauen und um Frauen ohne Drogenerfahrung. Fixerinnen waren nicht anwesend.

Diese Zusammensetzung schien die Vermutungen im Hinblick auf das zukünftige Sample bereits zu bestätigen. Das eigenhändige Verteilen des Fragebogens erlaubte es, die ersten diesbezüglichen Reaktionen der anwesenden Frauen zu beobachten. Geprüft werden sollte, ob die Frauen die Intention und Vorgehensweise der Untersuchung akzeptieren. Sie zeigten sich interessiert, und es gab keinerlei ablehnende Reaktion.

Jedem Fragebogen lag ein Rückumschlag und ein Begleitschreiben bei, in dem die Autorin und die Ziele der Untersuchung vorgestellt und Anonymität zugesichert wurden. Die Frauen wurden aufgefordert, schriftliche Kommentare zu Form und Inhalt des Fragebogens abzugeben.

Während der folgenden drei Wochen kamen von den 25 verteilten Fragebögen 9 Exemplare zurück. Allerdings bestand kein Anlaß, von diesem Ergebnis auf die tatsächlich zu erwartende Rücklaufquote zu schließen. Zum einen handelte es sich bei diesen Befragten um eine Gruppe besonders engagierter Frauen. Zum anderen wurde durch den persönlichen Kontakt ihre Bereitschaft erhöht, den Fragebogen auszufüllen. Anhand ihrer schriftlichen Kommentare wurde der erste Entwurf des Fragebogens noch einmal gründlich überarbeitet. Sein Umfang wurde durch ein neues Layout von 12 auf 6 Seiten reduziert.

Organisation der Erhebung

Die Fragebögen sollten durch AIDS-Hilfen, Schwerpunktpraxen, die Einrichtungen des Bundesmodellprojekts und die AIDS-Beratungsstellen der Bezirksämter

in Berlin verteilt werden. In vielen Fällen fanden persönliche Kontakte statt, bevor die schriftlichen Unterlagen zugesandt wurden. Die nicht persönlich angesprochenen Einrichtungen wurden angeschrieben und um Mitarbeit gebeten. Die Kontaktpersonen wurden gebeten, den Frauen das Projekt vorzustellen und ihnen den Fragebogen nebst Begleitschreiben und frankiertem wie adressiertem Rückumschlag anzubieten. An Einrichtungen, zu denen kein persönlicher Kontakt bestand, wurden mehrere Fragebögen, meist fünf oder zehn, gesandt. Ansonsten wurden so viele Fragebögen zugeschickt, wie von den Kontaktpersonen angegeben worden waren. Insgesamt wurden 1.500 Fragebögen verteilt. Eine Liste der Einrichtungen, durch die die Fragebögen verteilt wurden, befindet sich im Anhang.

Finanzierung

Der beigelegte frankierte Rückumschlag sollte die Teilnahme an der Untersuchung so leicht wie möglich machen. Der damit verbundene Kostenaufwand war jedoch zu hoch, um privat finanziert werden zu können. Bei einem Treffen des Frauennetzwerks wurden schließlich Kontakte zu Mitarbeiterinnen der Deutschen AIDS-Stiftung „Positiv leben“ (DAS) und der Nationalen AIDS-Stiftung (NAS) geknüpft. So wurde es möglich, die Erhebung über Projektanträge zu finanzieren. Die DAS übernahm Portogebühren für 600 Rückumschläge und leistete eine Nachfinanzierung für zusätzlich entstandene Portokosten (Gebührenerhöhung der Post). Außerdem erboten sich die Mitarbeiterinnen, etwa 100 Fragebögen über ihren Verteiler zu versenden. Die NAS sandte Briefmarken für 50 Umschläge zu. Über die D.A.H. wurde der Versand von 750 weiteren Fragebögen organisiert, die (allerdings mit unfrankierten Rückumschlägen) mit dem turnusmäßigen Rundbrief allen deutschen AIDS-Hilfen zugingen.

Verlauf der Erhebung

Im Januar 1993 wurde das Projekt bei einem bundesweiten Treffen des Frauennetzwerks vorgestellt. Hier wurden letzte Impulse für die Konzeption des Fragebogens gegeben. Da die Frauen des Netzwerks die ersten Kontaktpersonen an den Knotenpunkten außerhalb Berlins waren, wurden im Februar und März '93 erst einmal an sie Fragebögen gesandt. Gleichzeitig begann die Verteilung in Berlin durch die örtliche AIDS-Hilfe und über die AIDS-Beratungsstellen der Bezirksämter.

Die Teilnahme an einem von der NAS organisierten Workshop zum Thema „Frauen und AIDS“ in Köln ermöglichte die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfeeinrichtungen und Beratungsstellen in ganz Deutschland. Zur selben Zeit wurde über den Verteiler der D.A.H. der Versand von 750 Fragebögen an alle deutschen AIDS-Hilfen organisiert. Im April 1993 wurden zwei Schwerpunktpraxen, in denen viele infizierte Frauen behandelt werden, und die gynäkologische Station einer Universitäts-Frauenklinik in Berlin kontaktiert. Im Juni wurden Frage-

bögen an alle Praxen und Einrichtungen außerhalb Berlins verschickt, die am Bundesmodellprojekt „Frauen und AIDS“ beteiligt waren.

In der letzten Etappe der Erhebung wurden die Anlaufstellen für FixerInnen in Berlin angesprochen. Die MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen standen (mit einer Ausnahme) der Untersuchung grundsätzlich positiv gegenüber; aufgrund von Arbeitsüberlastung konnte jedoch nur geringes Engagement erwartet werden. Aber gerade hier wäre aktives Mitwirken besonders wichtig gewesen, da FixerInnen leichter durch persönlichen Kontakt als durch anonyme Fragebögen erreicht werden können. Hinzu kam, daß den MitarbeiterInnen oft gar nicht bekannt war, welche der betreuten Frauen HIV-positiv getestet waren.

Rücklauf

Der Rücklauf wurde über die Berliner AIDS-Hilfe und die Deutsche AIDS-Hilfe organisiert. Dies wurde ermöglicht durch die enge Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen. Von 1.550 verteilten Fragebögen kamen 134 zurück, was knapp 8,7% entspricht. Bedenkt man, daß zum Erhebungszeitpunkt die Gesamtzahl der in der Bundesrepublik lebenden infizierten Frauen auf nur 9.500 geschätzt wurde (AIDS/HIV Quartalsbericht IV/93, S. 15) und es sich hier um eine schwer erreichbare Population handelt, so kann von einem guten Ergebnis gesprochen werden.

Zu berücksichtigen ist außerdem der doppelte Filtereffekt des gewählten Verteilungsverfahrens. Geht man auf der Ebene des ersten Filters – das sind die Personen, die den Fragebogen weiterreichen sollen – von einem „normalen“ Verteilungsverhalten von 30% aus, reduziert sich die Summe der tatsächlich weitergereichten Fragebögen auf etwa 500. Werden hiervon 134 zurückgesandt, beträgt der Rücklauf immerhin 27%.

Die ersten Fragebögen gingen im März, die letzten im Oktober 1993 ein. Im Mai war der größte Rücklauf mit 24 Fragebögen zu verzeichnen. Im März, April, Juni und Juli kamen jeweils zwischen 15 und 20 Fragebögen zurück. Ab August wurde der Rücklauf merklich schwächer.

Bei dem gewählten Erhebungsverfahren war es nicht möglich, die Fragebögen zu kennzeichnen, um auf ihren Ursprung schließen zu können. Abgesehen von dem damit verbundenen Aufwand wäre eine Markierung von den Adressatinnen möglicherweise als Verletzung der Anonymitätssicherung gedeutet worden. Eingangsdatum und Herkunftsort wurden – soweit leserlich – dem Poststempel entnommen. Als weitere Orientierungshilfe diente der Eingangsstempel der AIDS-Hilfen. Einige Fragebögen jedoch (insgesamt 31), vor allem solche aus Berlin, kamen ohne Eingangsdatum zurück. Auch bei der Ortsbestimmung gab es Probleme. Bei 31 Rückantworten war der Poststempel so unleserlich, daß der Herkunftsort nicht festgestellt werden konnte. Eine Liste der 35 bekannten Herkunftsorte befindet sich im Anhang.

Auswertung der empirischen Untersuchung

Beschreibung des Samples

Der Auswertung liegt ein Sample von 134 HIV-infizierten Frauen zugrunde. Im Folgenden ist oft von „Frauen mit Drogenkontakten“ und „Frauen ohne Drogenkontakte“ die Rede. Werden die so bezeichneten Gruppen nicht ausdrücklich genauer bestimmt, sind unter der ersten ehemals oder aktuell intravenös drogengebrauchende Frauen zu verstehen, also Substituierte, Ex-Userinnen und Fixerinnen. Als „Frauen ohne Drogenkontakte“ werden Frauen bezeichnet, die nie intravenös Drogen injiziert haben.

Infektionsweg

Die befragten Frauen erfuhren zwischen 1980 und 1993 von ihrer Infektion²⁸. Als Infektionsweg gibt die Hälfte von ihnen heterosexuellen Geschlechtsverkehr an²⁹. Fast 40% nennen intravenösen Drogengebrauch³⁰, vier Frauen Bluttransfusionen, und eine gibt homosexuellen Geschlechtsverkehr mit einer Frau an³¹.

Abb. 1: Infektionsweg

Frauen			Partner		
	N	%		N	%
IVDA	53	39,6	IVDA	24	34,3
trans	4	3,0	bisexuell	13	18,6
homo	1	0,7	Endemiegebiet	14	20,0
hetero	70	52,2	Bluter	2	2,9
k.A.	6	4,5	unbekannt	17	24,3

IVDA = intravenöser Drogengebrauch
 trans = Bluttransfusion
 homo = homosexueller Geschlechtsverkehr
 hetero = heterosexueller Geschlechtsverkehr

Drei Viertel der 70 Frauen, die heterosexuellen Geschlechtsverkehr als Infektionsweg nennen, wurde zumindest im nachhinein das Infektionsrisiko der Männer, durch die sie sich infiziert haben, bekannt. Gut ein Drittel hat sich bei Fixern – aktuellen oder ehemaligen – angesteckt, 20% bei bisexuellen Männern

und 20% bei Männern aus Endemiegebieten. Zwei Frauen wurden durch Geschlechtsverkehr mit einem Bluter infiziert.

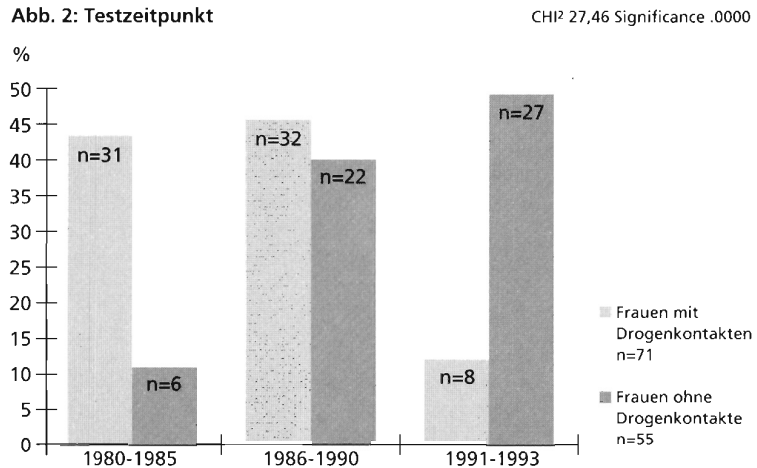
Ein Viertel gibt einen Mann ohne bekanntes Risiko als Überträger des Virus an. Von diesen 17 Frauen haben zwölf nie intravenös Drogen konsumiert. Vier haben ehemals gefixt oder werden substituiert. Bei einer ist das Verhältnis zu Drogen unklar. Der Anteil dieser Frauen an der Gesamtheit der Befragten beträgt 13%.

Ab dem Testzeitpunkt 1990 wird dieser Infektionsweg ausschließlich von Frauen ohne Drogenkontakte angegeben. Zwar läßt sich vom Zeitpunkt der Testung nicht auf den der Infektion schließen; daß letzterer in allen Fällen vor der Zeit lag, als mit der Aufklärung der Bevölkerung begonnen wurde, ist aber eher unwahrscheinlich³². Es scheint eine Dunkelziffer infizierter Männer und Frauen zu geben, die sich eines eingegangenen Risikos nicht bewußt sind und/oder von ihren Partnerinnen und Partnern nicht als Personen mit Infektionsrisiko gesehen werden. Eine Entwarnung in der heterosexuell aktiven Bevölkerung, indem einzig auf das bei Menschen aus den Hauptbetroffenengruppen bestehende Infektionsrisiko hingewiesen wird, ist aus diesem Grunde nicht angebracht.

Gegenläufige epidemiologische Entwicklungen zeichnen sich ab bei einem Vergleich der heterosexuell infizierten Frauen ohne Drogenkontakte und der Frauen, die auf unterschiedliche Weise im Zusammenhang mit eigenen Drogenkontakten infiziert wurden. Bei ersteren steigt zwischen 1986 und 1989 die Zahl der HIV-AK-positiven Testergebnisse um das 4,5fache gegenüber den Zahlen der Vorjahre an und verdoppelt sich noch einmal zwischen 1991 und 1993. Die Hälfte der Frauen in dieser Gruppe erhielten ihr Testergebnis 1991 und später. Frauen mit Drogenkontakten hingegen erfuhren ihre Diagnose zu 45% bereits vor 1986³³. Nur etwa 10% in dieser Gruppe wurden zwischen 1991 und 1993 getestet.

Testzeitpunkt

Abb. 2: Testzeitpunkt



In der Gruppe der heterosexuell infizierten Frauen ohne Drogenkontakte findet der verstärkte Anstieg positiver Testergebnisse später statt als bei den aktuell oder ehemals drogengebrauchenden Frauen. Das erklärt sich einerseits dadurch, daß das Risikobewußtsein in der Allgemeinbevölkerung erst im Zuge der 1987 einsetzenden staatlichen Aufklärungskampagnen zu wachsen begann (siehe Estermann 1991) und die Mediziner – in Sachen Test bisher auf die Risikogruppen konzentriert – hierauf entsprechend reagierten. Andererseits verbreitet sich das Virus in Populationen, deren Gewohnheiten und Lebensumstände weniger infektionsrelevant sind, weitaus langsamer als in den „klassischen“ Hauptbetroffenengruppen. Zudem handelt es sich bei homosexuellen Männern und DrogengebraucherInnen um relativ geschlossene Gruppen, was infektionsrelevante Risiken betrifft – ein Umstand, der die Verbreitung des HIV in diesen Populationen begünstigt hat.

Auffallend ist der Rückgang der positiven Testergebnisse in der Gruppe der Frauen mit Drogenkontakten ab 1991. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses muß Verschiedenes berücksichtigt werden: Die Teilnehmerinnen dieser Untersuchung wurden in erster Linie durch die AIDS-Hilfen und ähnliche Einrichtungen erreicht. Frauen mit Drogenkontakten brauchen im Durchschnitt etwas länger, ehe sie sich nach Erhalt des Testergebnisses an eine AIDS-Hilfe wenden, als Frauen ohne Drogenkontakte. Der Mittelwert für den Testzeitraum 1986 bis 1990 – und nur dieser ist aufgrund der Fallzahlen und der strukturellen Voraussetzungen³⁴ von Bedeutung – liegt bei 1,5 Jahren für Frauen mit Drogenkontakten und bei 1,1 Jahren für Frauen ohne Drogenkontakte. Dies könnte bedeuten, daß Frauen mit Drogenkontakten, die ihr Testergebnis erst in jüngerer Zeit erhielten, von den AIDS-Hilfen noch gar nicht erreicht worden sind und sich deshalb auch nicht an dieser Untersuchung beteiligen konnten.

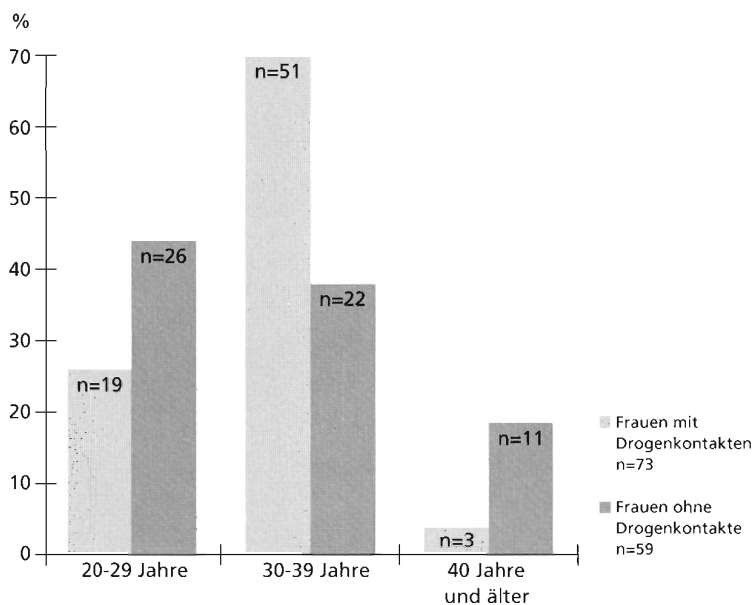
Der geringe Unterschied zwischen den Mittelwerten legt jedoch den Schluß nahe, daß die zeitliche Verschiebung in puncto Erreichbarkeit nur in geringem Maße Einfluß auf die vorliegenden Zahlen hatte. Der Rückgang positiver Testergebnisse in der Gruppe der Frauen mit Drogenkontakten läßt sich wahrscheinlich auch damit erklären, daß aktuell fixende Frauen aufgrund ihrer Lebensumstände im Rahmen dieser Untersuchung nur schlecht erreicht werden konnten. Die beobachtete Tendenz dürfte aber vor allem auch auf die erfolgreiche Aufklärungsarbeit unter Drogenabhängigen zurückzuführen sein, die einen Rückgang der Neuinfektionen bewirkt hat³⁵.

In der Tendenz entsprechen die vorliegenden Daten der durch das AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes dargestellten Entwicklung. Dies gilt auch für den beobachteten Zuwachs in der Gruppe der heterosexuell infizierten Frauen ohne Drogenkontakte (HIV/AIDS Quartalsbericht IV/94, S. 16). Die Zunahme positiver Testergebnisse in dieser Gruppe ab 1991 läßt darauf schließen, daß die in der Allgemeinbevölkerung gestarteten Aufklärungskampagnen nicht unbedingt zu einem Rückgang infektionsrelevanter Verhaltensweisen geführt haben; wohl kaum gründen alle positiven Testergebnisse der letzten Jahre auf Infektionen, die vor 1987 stattfanden. Es ist damit zu rechnen, daß in dieser Population die Zahl der Neuinfektionen weiterhin zunehmen wird.

Alter

Die befragten Frauen sind im Alter von 21 bis 53 Jahren, wobei etwa die Hälfte der Altersgruppe der 30- bis 39jährigen zugehört. Ein Drittel der Frauen ist zwischen 20 und 29 Jahre alt, etwa 10% sind 40 Jahre und älter.

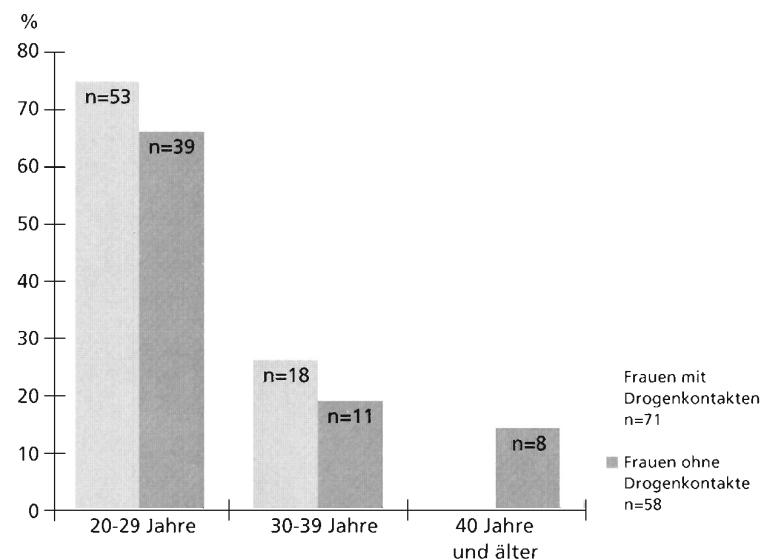
Abb. 3: Alter der Frauen zum Erhebungszeitpunkt



CHI² 15,87 Significance .0004

Zum Zeitpunkt der Diagnose waren 70% der Frauen unter 30 Jahre alt, einige sogar jünger als 20. Entsprechend der oben geschilderten Unterschiede hinsichtlich des Zeitpunkts der Testdurchführung ergeben sich Altersunterschiede: 70% der Frauen mit Drogenkontakten gehören zur Altersgruppe der 30- bis 39jährigen. In der Gruppe der Frauen, die nie gefixt haben, sind jedoch fast die Hälfte zwischen 20 und 29 Jahre alt. Was die relativ schwache Präsenz der Frauen mit Drogenkontakten in der Altersgruppe der 20- bis 29jährigen anbetrifft, ist zu berücksichtigen, daß aktuell fixende Frauen, die mit großer Wahrscheinlichkeit in diesem Alter sind, kaum erreicht wurden.

Abb. 4: Alter der Frauen zum Testzeitpunkt



CHI² 10,61 Significance .0049

Die Ergebnisse, die das Alter der Frauen zum Testzeitpunkt betreffen, entsprechen den bereits oben beschriebenen Erfahrungen der Mitarbeiterinnen von Selbsthilfeeinrichtungen und werden in ihrer Tendenz durch die Angaben des AIDS-Zentrums gestützt (AIDS/HIV Quartalsbericht IV/94, S. 14).

Frauen im Alter bis 30 Jahren sind anscheinend besonders infektionsgefährdet. Typisch für Frauen dieser Altersgruppe ist Promiskuität in Form sequentieller Monogamie. Bei einem romantischen Liebesideal fällt es schwer, zu Beginn einer neuen Beziehung präventive Maßnahmen anzusprechen, weil dadurch der Anschein ihrer Einzigartigkeit zerstört würde. Vermutlich sind in dieser Altersgruppe auch Frauen mit hedonistischem Liebesideal überproportional vertreten; hier steht der Kondombenutzung das Prinzip des Lustgewinns entgegen. Zum Tragen kommt außerdem, daß junge Menschen kaum auf die sozialen Komponenten intimer Situationen vorbereitet werden. Es werden keine Kommunikationsmuster angeboten, in die eine Verständigung zu präventiven Maßnahmen integriert werden könnte (siehe Gerhards/Schmidt 1992, S. 19-31).

Für Fixerinnen gilt, daß Kontakte zur Drogenszene in der Regel vor dem 30. Lebensjahr geknüpft werden, selten später. In einer Studie über die Berliner Heroinszene aus dem Jahr 1992 (siehe Grünbeck/Markert/Tiemann 1994, S. 54) wird das Alter des Einstiegs in den intravenösen Konsum durchschnittlich mit 19 Jahren angegeben. Skarabis/Patzak nennen für das Jahr 1979 ein durchschnittliches Einstiegsalter von 20 Jahren (siehe Skarabis/Patzak 1981, S. 125).

Bildung

Schule

Im Hinblick auf Schulbildung sind neben einem Vergleich zwischen Frauen mit und Frauen ohne Drogenkontakten auch die Unterschiede zwischen Ex-Userinnen und Substituierten von Belang. Fixerinnen werden beim Gruppenvergleich aufgrund ihrer geringen Zahl vernachlässigt. Das Bildungsniveau wurde in die Kategorien „niedrig“, „mittel“, „hoch“ eingeteilt: kein Abschluß/Hauptschulabschluß gilt als niedriges, Real- und Handelsschulabschluß als mittleres und Abitur mit/ohne abgeschlossenem Studium als hohes Bildungsniveau.

Frauen ohne Drogenkontakte sind zu 70% der Gruppe mit hohem Bildungsniveau zuzuordnen. Das Gegenteil ist bei den Substituierten der Fall. Von ihnen haben 65% eine niedrige Schulbildung. Die Ex-Userinnen liegen zwischen diesen beiden Gruppen. Etwa 40% haben einen niedrigen, 35% einen mittleren und 25% einen hohen Bildungsabschluß.

Tab. 1: Schulabschluss

	Ex-Userinnen	Substituierte	ohne Drogenkontakte	insg.
niedrig	11	26	5	42
%	39,3	65,0	8,3	32,8
mittel	10	11	13	34
%	35,7	27,5	21,7	26,6
hoch	7	3	42	52
%	25,0	5,5	70,0	40,6
Summe	28	40	60	128

CHI² 50.61 Significance .0000

Das durchschnittliche Einstiegsalter bei den Substituierten wie bei den Ex-Userinnen in diesem Sample liegt bei 18,5 Jahren. Die Drogenkarriere ist bei ehemaligen Fixerinnen im Schnitt jedoch kürzer als bei Substituierten – knapp 9 Jahre gegenüber 11 Jahren. Die Ex-Userinnen sind durchschnittlich seit 6 Jahren drogenfrei, die substituierten Frauen erhalten im Schnitt seit 2,5 Jahren Ersatzstoffe. Letzteres kann darauf zurückgeführt werden, daß die Substitution erst seit wenigen Jahren in größerem Umfang praktiziert wird.

Aus den erhobenen Daten läßt sich nicht ersehen, ob ein Schulabschluss vor oder nach der Zeit der Drogenabhängigkeit gemacht wurde. Vor Beginn ihrer Drogenkarriere haben die Frauen beider Gruppen dieselben zeitlichen Voraussetzungen, um einen Schulabschluss zu machen. Später jedoch haben Ex-Userinnen die größeren Chancen, Versäumtes nachzuholen. Ihr Ausstieg aus der Szene bedeutete einen klaren Bruch mit dem früheren Leben, verbunden mit der

Motivation, etwas Neues zu beginnen. Ebenso stand ihnen mehr Zeit zur Verwirklichung ihrer Pläne zur Verfügung.

Die bereits geschilderten Lebensumstände substituierten Frauen hingegen bieten keine gute Voraussetzung für den Beginn oder die Wiederaufnahme einer Schulausbildung. In Betracht zu ziehen wäre ein Zusammenhang zwischen vorhandenem Schulabschluß und der Motivation, eine Drogenkarriere durch Abstinenz zu beenden.

Auffallend ist der große Anteil von Höhergebildeten in der Gruppe der Frauen ohne Drogenkontakte. Inwieweit dies aus deren sozialer Situation resultiert, müßte näher beleuchtet werden. Denkbar wäre, daß höhergebildete Frauen aus der Allgemeinbevölkerung durch die Selbsthilfeeinrichtungen, über die ja ein großer Teil dieser Erhebung gelaufen ist, besser erreicht werden. Ebenso könnte es sein, daß sich Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau nur schwer auf eine Begegnung mit den Hauptbetroffenengruppen der Schwulen und der Fixer einlassen können und deshalb die Selbsthilfeeinrichtungen meiden. Möglicherweise haben sie stärker mit eigenen Vorurteilen zu kämpfen – und gleichzeitig mit der Angst, andere könnten dieselben Vorurteile gegen sie selber hegen.

Berufsausbildung

Der bei der Schulbildung beschriebene Trend setzt sich bei der Berufsausbildung fort. Von den substituierten Frauen haben bis zu 60% keine Berufsausbildung. Zwei Drittel der Ex-Userinnen hingegen beantworten diese Frage mit ja. Von den Frauen ohne Drogenkontakte haben 80% eine Berufsausbildung.

Tab. 2: Berufsausbildung

	Ex-Userinnen	Substituierte	ohne Drogenkontakte	insg.
ja	18	15	46	79
%	66,7	39,5	79,3	64,2
nein	9	23	12	44
%	33,3	60,5	20,7	35,8
Summe	27	38	58	123

CHI² 15.94 Significance .0003

Erwerbstätigkeit

Nur etwa 35% der Frauen sind erwerbstätig. Auch in dieser Hinsicht gibt es Unterschiede zwischen den beschriebenen Gruppen. Über 80% der Substituierten, rund 65% der Ex-Userinnen und 50% der Frauen ohne Drogenkontakte gehen keiner geregeltten Erwerbstätigkeit nach.

Tab. 3: Erwerbstätigkeit

	Ex-Userinnen	Substituierte	ohne Drogenkontakte	insg.
regelm.	10	7	29	46
%	35,7	17,5	48,3	35,9
unregelm.	18	33	31	82
%	64,3	82,5	51,7	64,1
Summe	28	40	60	128

CHI² 9.91 Significance .0070

In keiner der Gruppen steht die hohe Zahl Nichterwerbstätiger lediglich mit einem Mangel an Ausbildung in Zusammenhang. Ein für diese Population wahrscheinlicher Grund für Erwerbslosigkeit, nämlich eine manifeste AIDS-Erkrankung, war jedoch nicht exakt meßbar³⁶.

Was die Unterschiede zwischen Substituierten und Ex-Userinnen anbetrifft, so spielt auch hier die Dauer der Substitution und des Clean-Seins eine Rolle. Ehemalige Fixerinnen hatten mit durchschnittlich sechs Jahren Clean-Sein mehr Zeit, um sich beruflich zu integrieren, als Frauen mit 2,5 Jahren Substitution. Zu über 50% wird in der Gruppe der Substituierten Arbeitslosigkeit als Grund für Erwerbslosigkeit genannt. Die Lebens- und Ausbildungssituation dieser Frauen in Verbindung mit der allgemein ungünstigen Lage auf dem Arbeitsmarkt dürften den beruflichen Einstieg erschweren. Für sie wären sicherlich Jobs in einem Umfeld von Vorteil, wo die Substitutionsbehandlung sowie die beruflichen und sozialen Defizite – entstanden durch eine meist nicht abgeschlossene Drogenkarriere – akzeptiert und aufgefangen werden.

In der Gruppe der Frauen ohne Drogenkontakte ist eine begonnene Ausbildung einer der Gründe für Erwerbslosigkeit. Von 60 Frauen sind 12, also 20%, Schülerinnen oder Studentinnen. Das ist auf das relativ niedrige Alter der Frauen zurückzuführen. Ein weiterer Grund für Erwerbslosigkeit – auch bei Ex-Userinnen – sind Kinder unter fünf Jahren. Acht der 28 Ex-Userinnen und neun Frauen ohne Drogenkontakte haben Kinder in diesem Alter.

Finanzielle Situation

Der geringen Erwerbstätigkeit entspricht eine insgesamt schlechte Einkommenssituation. Bei über 60% der Frauen beträgt das Einkommen weniger als DM 1.500,—. Ein Drittel der Frauen lebt von Sozialhilfe. Nur etwa 10% haben monatlich mehr als DM 2.500,—.

Erwartungsgemäß sind die Substituierten wirtschaftlich am schlechtesten gestellt. Fast 50% haben weniger als DM 800,— im Monat, 90% unter DM 1.500,—. Über die Hälfte lebt von Sozialhilfe.

Doch auch in den anderen Gruppen sind die Einkommensverhältnisse nicht rosig. Ein Drittel der Frauen ohne Drogenkontakte und die Hälfte der Ex-Userinnen leben von weniger als DM 1.500,— im Monat.

Tab. 4: Finanzielle Situation

DM	Ex-Userinnen	Substituierte	ohne Drogenkontakte	insg.
unter 800	8	18	8	34
%	28,6	47,4	13,3	27,0
800-1500	6	16	20	42
%	21,4	42,1	33,3	33,3
1500-2500	13	4	20	37
%	46,4	10,5	33,3	29,4
über 2500	1	0	12	13
%	3,6	0	20,0	10,3
Summe	28	38	60	126

CHI² 30.38 Significance .0000

Von den Frauen, die mit dem Partner oder Ehemann in einer Lebensgemeinschaft leben, haben 40% ein gemeinsames Einkommen von unter DM 2.000,— – was bei fast allen der substituierten Frauen und bei der Hälfte der Ex-Userinnen zutrifft. Bei einigen dieser Paare leben außerdem Kinder unter 18 Jahren im Haushalt.

Tab. 5: Finanzielle Situation gemeinsam lebender Paare

DM	Ex-Userinnen	Substituierte	ohne Drogenkontakte	insg.
unter 2000	5	8	3	16
%	-	-	-	43,2
2000-3000	0	1	4	5
%	-	-	-	13,5
3000-4000	3	0	4	7
%	-	-	-	18,9
über 4000	3	0	6	6
%	-	-	-	24,3
Summe	11	9	17	37

CHI² 15.08 Significance .0196

Auch die Lebensgemeinschaft mit einem Partner verbessert nicht unbedingt die wirtschaftliche Situation der Frauen, zumindest nicht, was das offizielle Einkommen angeht. In einigen Fällen (n=7) verfügen nur die Frauen über ein festes Einkommen.

Von den Frauen, die alleine oder in einer WG wohnen, hat ein Viertel ein Einkommen von unter DM 800,— monatlich, 60% haben weniger als DM 1.500,—. Die Hälfte der Frauen mit Kindern lebt von weniger als DM 1.500,—.

Tab. 6: Einkommen der alleine und in WGs lebenden Frauen

DM	N	%
unter 800	20	25,6
800-1500	28	35,9
1500-2500	23	29,5
2500-3500	7	9,0

Finanzielle Unterstützung

Über 70% der Frauen mit niedrigem Einkommen bis DM 1.500,— und 30% der Frauen mit mittlerem Einkommen haben schon einmal finanzielle Unterstützung – Stiftungsgelder und/oder Mehrbedarf, z.B. durch das Sozial- oder Arbeitsamt – in Anspruch genommen. Von den Sozialhilfeempfängerinnen haben 90% bereits einmal Mehrbedarf beantragt.

Tab. 7: Zusammenhang zwischen Einkommen und finanzieller Unterstützung

	bis DM 1500	DM 1500-2500	über DM 2500	insg.
Stiftungsgelder	6	4	0	10
%	7,7	10,8	0	46,0
Mehrfbedarf	28	4	0	32
%	35,9	10,8	0	25,4
Stift. u. Mehrbedarf	22	4	0	26
%	28,2	10,8	0	20,6
keine Unterstützung	22	25	0	58
%	28,2	67,6	0	46,0
Summe	78	37	11	126

CHI² 32.78 Significance .0000

Stiftungsgelder wurden bereits von einem Viertel der Frauen, besonders von denen der Einkommensgruppe bis DM 1.500,—, in Anspruch genommen. Allerdings haben fast 30% der Frauen dieser Einkommensgruppe bisher keine einzige der vorhandenen Möglichkeiten genutzt.

Tab. 8: Finanzielle Unterstützung

	Ex-Userinnen	Substituierte	ohne Drogenkontakte	insg.
Stiftungsgelder	4	4	4	10
%	14,8	10,5	7,1	8,3
Mehrfbedarf	7	2	3	27
%	25,9	5,3	5,4	22,3
Stift. u. Mehrbedarf	8	15	3	26
%	29,6	39,5	5,4	21,5
keine Unterstützung	8	17	46	58
%	29,6	44,7	82,1	47,9
Summe	27	38	56	121

CHI² 57.82 Significance .0000

Zwischen der Inanspruchnahme von finanzieller Unterstützung und der Gruppenzugehörigkeit besteht ein Zusammenhang. Dabei spielt der jeweilige Anteil von Sozialhilfeempfängerinnen unter den Frauen eine Rolle. 90% der Substituierten haben schon einmal Mehrbedarf oder Stiftungsgelder beantragt, gegenüber 70% der Ex-Userinnen und knapp 20% der Frauen ohne Drogenkontakte. Von den Frauen mit einem Einkommen unter DM 1.500,—, die noch nie finanzielle Unterstützung beantragt haben, sind 70% solche ohne Drogenkontakte. Auch sie sollten verstärkt auf die Nutzung dieser Möglichkeiten hingewiesen werden.

Der größte Teil der Frauen lebt in schlechten finanziellen Verhältnissen, ja am Existenzminimum. Wenn selbst ein Einkommen von DM 1.500,— nur ein spartanisches Dasein ermöglicht, wie erst sieht es bei weniger als DM 800,— aus! Den besonders schlecht gestellten Substituierten wird der Ausstieg aus der Szene, die ja immer auch eine zusätzliche Einkommensquelle darstellt, erschwert wenn nicht gar unmöglich.

Soziale Situation

Wohnsituation

Die meisten Frauen leben allein oder mit Kind(ern), gefolgt von den Frauen, die gemeinsam mit dem Partner oder mit Partner und Kind wohnen. Allein oder mit Kind in einer WG leben rund 15%, vier Frauen leben bei den Eltern.

Tab. 9: Wohnsituation

	N	%
allein	56	41,8
WG	22	16,4
mit Partner	49	36,6
Eltern	4	3,0
k.A.	3	2,2

Bei den Substituierten, den Ex-Userinnen und den Frauen ohne Drogenkontakte liegt der Anteil der allein oder allein mit Kind Lebenden gleichermaßen bei etwas über 40%. Unterschiede gibt es hingegen im Hinblick auf das Zusammenleben mit Partnern: über 50% der Ex-Userinnen leben in einer Lebensgemeinschaft mit dem Partner, aber nur jeweils etwa ein Drittel der Substituierten und der Frauen ohne Drogenkontakte. Frauen dieser Gruppen leben wiederum häufiger in einer Wohngemeinschaft als Ex-Userinnen. Dies trifft auf fast ein Viertel der Frauen ohne Drogenkontakte und etwa 15% der substituierten zu.

Tab. 10: Wohnsituation nach Gruppen

	Ex-Userinnen	Substituierte	ohne Drogenkontakte	insg.
allein	12	16	27	55
%	44,4	41,0	45,0	43,7
WG	1	6	14	21
%	3,7	15,4	23,3	16,7
mit Partner	14	14	18	46
%	51,9	35,9	30,0	36,5
Eltern	0	3	1	4
%	0	7,7	1,7	3,2
Summe	27	39	60	126

CHI² 10.68 Significance .0986

Ex-Userinnen wie auch substituierte Frauen sind größtenteils in einem Alter, in dem die Partnerschaft die vorrangige Lebensform darstellt. Der hierzu festgestellte Unterschied zwischen beiden Gruppen ist deshalb überraschend, vor allem, weil Frauen mit Partner – diejenigen eingeschlossen, die nicht mit ihm zusammenleben – in der Gruppe der Substituierten eher leicht überrepräsentiert sind. Eine Erklärung hierfür wäre, daß über die Hälfte der substituierten Frauen mit Partner diesen noch aus der Zeit vor der Substitution kennt. Vielleicht hat die Substitution das Zusammenleben mit einem nicht substituierten Partner unmöglich gemacht. Im Gegensatz dazu haben über 80% der Ex-Userinnen ihre Partner nach oder in der Zeit des Drogenentzugs kennengelernt³⁷.

Frauen ohne Drogenkontakte sind tendenziell jünger und haben ein höheres Bildungsniveau als Frauen mit Drogenkontakten. Sie experimentieren eher mit anderen Lebensformen und gehen feste Beziehungen in Form von Heirat und Zusammenleben – auch aufgrund der oft langen Ausbildungszeiten – erst relativ spät ein.

Partnerschaft

Etwa die Hälfte der Frauen hat einen festen Partner. Von diesen Beziehungen bestehen wiederum fast die Hälfte länger als fünf Jahre, sie sind also als stabil zu betrachten. Der Anteil der Frauen mit Partner variiert in den einzelnen Gruppen kaum. Substituierte Frauen und Ex-Userinnen tendieren etwas stärker zu Partnerschaften als Frauen ohne Drogenkontakte, was wahrscheinlich mit den zwischen diesen Gruppen herrschenden Altersunterschieden zusammenhängt.

Tab. 11: Partnerschaft

	Ex-Userinnen	Substituierte	ohne Drogenkontakte
kein Partner	10	17	33
%	35,7	42,5	55,9
Partner	18	23	26
%	64,3	57,5	44,1
davon infiziert	5	10	6
%	29,4	43,5	22,2
Summe	28	40	59

CHI² 3.64 Significance .1619

In einem Drittel der Partnerschaften ist der Partner ebenfalls positiv getestet. Demnach haben gut 15% aller befragten Frauen einen infizierten Partner.

Tab. 12: Partnerschaft

	N	%
kein Partner	62	46,3
Partner	72	53,7
davon infiziert	22	16,4
insgesamt	134	100

Bei 45% der Substituierten, 30% der Ex-Userinnen und nicht ganz einem Fünftel der Frauen ohne Drogenkontakte, die eine Beziehung haben, besteht diese mit einem infizierten Partner. Überraschenderweise leben nicht alle Frauen mit

ihren positiven Partnern zusammen. Fast ein Viertel der Frauen lebt allein, in einer WG oder bei den Eltern. Vier der Paare, bei denen beide Partner infiziert sind, haben Kinder, die allerdings selbst nicht positiv sind.

Auch haben nicht alle Frauen diese Partner bereits vor dem Erhalt ihres Testergebnisses kennengelernt; die Partner müssen also nicht unbedingt diejenigen Männer sein, durch die die Frauen angesteckt wurden. Weit über die Hälfte, nämlich 70% aller befragten infizierten Frauen mit Beziehungen, haben ihre Partner nach dem Erhalt ihres Testergebnisses kennengelernt. Fast ein Drittel aller Frauen ist also nach der Diagnose eine neue Beziehung eingegangen. Sie lernten ihre jetzigen Partner zwischen weniger als einem Jahr und acht Jahren nach der Diagnose kennen. Die Befürchtung vieler Frauen, mit einem positiven Testergebnis keinen Partner mehr zu finden, bestätigt sich offenbar nicht.

Während etwa die Hälfte der Frauen ohne Drogenkontakte ihren Partner nach dem Testergebnis kennenlernte, liegt der Anteil bei den Substituierten und Ex-Userinnen bei jeweils etwa 65%. Wahrscheinlich ist dieses Ergebnis zum Teil darauf zurückzuführen, daß der zwischen Test und Erhebung liegende Zeitraum von Gruppe zu Gruppe variiert. Substituierte und Ex-Userinnen, die im Schnitt früher getestet wurden als Frauen ohne Drogenkontakte, hatten mehr Zeit, um neue Beziehungen einzugehen. Darüber hinaus bewegen sich diese Frauen in einem Umfeld, in dem AIDS präsent ist, und das macht es für Infizierte vielleicht leichter, einen neuen Partner kennenzulernen.

Kinder

Fast 40% der Frauen haben ein, maximal drei Kinder im Alter von weniger als einem Jahr bis zu 25 Jahren. Allerdings lebt nur ein Teil der Kinder bei ihren Müttern. Insgesamt haben 25 Frauen Kinder unter 18 Jahren, die bei ihnen leben. In der Gruppe der Ex-Userinnen leben 8 von 12 Müttern mit ihren Kindern zusammen, in der Gruppe der Substituierten nur 4 von 15. Dieser Umstand läßt sich durch die Drogenkarriere der Frauen und die damit verbundenen Lebensumstände erklären. Die meisten der Kinder, die vor dem Entzug oder vor Beginn der Substitution geboren wurden, leben heute nicht bei ihren Müttern. Fast alle Kinder hingegen, die später zur Welt kamen, leben heute auch bei ihren Müttern.

Auch in der Gruppe der Frauen ohne Drogenkontakte leben zwei Kinder nicht bei der Mutter. Unklar ist, ob der Grund hierfür in der Erkrankung der Mutter liegt.

Fünf Frauen haben Kinder mit positivem Testergebnis. Zwei Frauen haben ein Kind unter einem Jahr mit noch unklarem Serostatus. Die infizierten Kinder sind zwischen 3 und 10 Jahren alt³⁸. Drei davon leben bei ihren Müttern, zwei substituierten Frauen und einer Ex-Userin. Die beiden noch nicht einjährigen Kinder leben bei ihren Müttern, einer Ex-Userin und einer Frau, die nie gefixt hat.

Insgesamt wurden nach dem Zeitpunkt der Testdurchführung 13 Kinder geboren, sechs davon zwischen zwei und sechs Jahren nach der Diagnose. Sieben der 13 Kinder sind heute negativ, vier positiv, und bei zweien ist der endgültige Serostatus noch nicht bekannt.

Hieraus wird deutlich, daß sich auch infizierte Frauen Kinder wünschen, daß sie schwanger werden und ihre Kinder austragen. Ein Drittel beantwortet die

Frage nach dem Kinderwunsch ganz klar mit „ja“, fast ein Fünftel mit „weiß nicht“, die Hälfte mit „nein“. Dabei ist das Antwortverhalten weder von der Gruppenzugehörigkeit noch dem Alter oder der Lebenssituation – Partnerschaft, Wohnverhältnisse – abhängig.

Andererseits haben fast 20% der Frauen bereits einen Schwangerschaftsabbruch aufgrund der HIV-Infektion hinter sich, und über ein Drittel würde im Falle einer Schwangerschaft einen Abbruch durchführen lassen. Fast 30% wissen nicht, ob sie das Kind behalten würden oder nicht.

Tab. 13: Verhalten im Falle einer Schwangerschaft

	N	%
bereits Abbruch durchführen lassen	16	11,9
würde Abbruch durchführen lassen	49	36,6
kein Abbruch	7	5,2
bereits Abbruch durchführen lassen, würde es wieder tun	1	0,7
bereits Abbruch durchführen lassen, würde es nicht mehr tun	6	4,5
weiß nicht	37	27,6
bereits Abbruch durchführen lassen, weiß nicht	3	2,2

Die Antworten der Frauen auf die Frage nach Kinderwunsch und Verhalten im Falle einer Schwangerschaft sind teilweise ambivalent. So geben neun Frauen an, sich ein Kind zu wünschen, würden jedoch im Falle einer Schwangerschaft einen Abbruch durchführen lassen. Etliche der Frauen mit Kinderwunsch haben bereits eine Abtreibung hinter sich; einige würden in Zukunft eine andere Entscheidung treffen.

Daraus ist zu entnehmen, daß die Entscheidung gegen ein Kind oft aus Vernunft und gegen das Gefühl getroffen wird. Eine solche Entscheidung, aber auch schon das Unterdrücken des Kinderwunsches oder der Gedanke an seine Umsetzung kann eine starke emotionale Belastung sein. Da sich fast alle Frauen im gebärfähigen Alter befinden, werden sich auch alle auf die eine oder andere Art mit diesem Thema auseinandersetzen. Diesem Aspekt sollte in Selbsthilfeeinrichtungen Rechnung getragen werden.

Testsituation

Insgesamt 40% der Befragten erfuhren das Testergebnis bei einem niedergelassenen Arzt, 20% im Krankenhaus, 10% beim Gesundheitsamt und 10% im Gefängnis. Die übrigen erhielten die Diagnose beim Tropeninstitut, der Blutspendezentrale oder im Rahmen einer Therapie.

Tab. 14: Wo der Test durchgeführt wurde

	N	%
Arzt	58	43,3
Krankenhaus	27	20,1
Gesundheitsamt	14	10,4
Tropeninstitut	8	6,0
Blutspendezentrale	6	4,5
Therapie	4	3,0
Strafvollzug	13	9,7
Sonstige	4	3,0

Die Hälfte der Frauen ohne Drogenkontakte und die Hälfte der Ex-Userinnen, aber nur ein Viertel der Substituierten ließen sich in einer Arztpraxis testen. Ein Drittel der Substituierten erhielt das Testergebnis im Krankenhaus, ein Fünftel im Gefängnis. Der Unterschied zwischen den Substituierten und den Ex-Userinnen resultiert aus der Tatsache, daß letztere ihr Testergebnis zu über 60% zur Zeit des Clean-Werdens, d.h. nach der Entscheidung für eine Therapie oder einen Entzug oder danach erhielten. Substituierte Frauen erfuhren das Testergebnis zu 80% vor Beginn und zu etwa 15% mit Beginn der Substitution, was eher bedeutet, daß die Diagnose zur Aufnahme der Substitution führte.

Die Situation der Ex-Userinnen zum Testzeitpunkt ähnelte demnach eher der Situation der Frauen ohne Drogenkontakte. Entsprechend ähnlich verhielten sie sich, was die Wahl des Ortes der Testdurchführung anbetrifft. Die heute substituierten, zum Testzeitpunkt noch akut abhängigen Frauen ließen den Test eher dann machen, wenn sie durch Zwang oder sonstige Umstände mit Institutionen wie Gefängnis oder Krankenhaus in Berührung kamen. Frauen, die das Testergebnis unter solchen Bedingungen erhalten, befinden sich in einer extremen Belastungssituation. Es überrascht, daß immerhin 3 von 13 Frauen, die das Ergebnis im Gefängnis erhielten, seit jener Zeit clean sind.

Deutlich wird, daß sich in den letzten Jahren immer mehr Frauen in Arztpraxen testen ließen. Erhielten bis 1985 noch ein Drittel der Frauen die Diagnose beim niedergelassenen Arzt, so waren es zwischen 1986 und 1990 bereits 45% und zwischen 1991 und 1993 über die Hälfte.

Der Anteil der in Krankenhäusern durchgeführten Tests bleibt über die Jahre mit einem Fünftel annähernd konstant.

Nach 1990 hat keine der Frauen ein positives Testergebnis im Gefängnis erhalten, was mit den zwischen 1991 und 1993 rückläufigen Fallzahlen in der Gruppe der Frauen mit Drogenkontakten, aber auch mit einer Veränderung der Testpraxis in den Strafanstalten zusammenhängen kann.

Der Trend, sich in Arztpraxen testen zu lassen, steht im Zusammenhang mit den bereits geschilderten Unterschieden bei den Testzeitpunkten: Substituierte und Ex-Userinnen ließen sich eher vor 1990 testen, jedoch weniger in Arztpraxen. Seit Ende der 80er Jahre steigt die Zahl der positiven Diagnosen bei den Frauen ohne Drogenkontakte; sie lassen den Test häufiger in Arztpraxen durchführen.

Gynäkologen und Hausärzte sollten hierauf vorbereitet sein, denn es ist davon auszugehen, daß der Test häufig im Rahmen des Schwangerschaftsscreenings durchgeführt wird. Zu diesem Zweck sucht kaum eine Frau eine Schwerpunktpraxis auf.

Die Testsituation wurde in einer offenen Frage erhoben. Die Frauen sollten frei assoziieren, woran sie sich im Zusammenhang mit dem Test erinnern. Die Antworten wurden im nachhinein kategorisiert. Die häufigsten Nennungen betrafen die Kategorien Krankheit, Therapie/Entzug, Ausbildung, Drogenabhängigkeit, Schwangerschaft/Abtreibung und Tod/Erkrankung des Partners. Neun Frauen gaben an, ohne Wissen und Zustimmung getestet worden zu sein.

Tab. 15: Nennungen im Zusammenhang mit dem Test

	Nennungen*	% von 134
Abhängigkeit	18	13,4
Therapie/Entzug	22	16,4
Strafvollzug	9	6,7
Ausbildung	19	14,1
Tod/Krankheit des Partners	11	8,2
Schwangerschaft/Abtreibung	12	8,9
Krankheit	27	20,1
unwissentlich getestet	9	6,7

* Es handelt sich hierbei um Mehrfachnennungen. Die Prozentuierung bezieht sich jeweils auf alle befragten Frauen.

Jeweils ein Drittel der Ex-Userinnen und substituierten Frauen erwähnen in Zusammenhang mit dem Test Therapie oder Entzug. Eine Frau ohne Drogenkontakte erhielt ihre Diagnose im Rahmen einer Psychotherapie. 10% der Ex-Userinnen und 38% der substituierten Frauen sprechen von akuter Drogenabhängigkeit zum Testzeitpunkt. Ausbildung nennen 18% der Ex-Userinnen und 23% der Frauen ohne Drogenkontakte, aber keine der substituierten Frauen. Frauen ohne Drogenkontakte erwähnen zu 15% die Erkrankung oder den Tod des Partners, gegenüber jeweils einer Frau in den beiden anderen Gruppen. Krankheit spielt in allen Gruppen bei etwa 20% der Frauen eine Rolle.

Therapie oder Entzug – eine Situation, in der sich Frauen aus Drogenzusammenhängen zum Testzeitpunkt häufig befinden – kann als tiefgreifender Einschnitt in ihrem Leben gewertet werden. Der Schritt dorthin erfolgt entweder freiwillig oder unter Zwang. In beiden Fällen kann ein positives Testergebnis demotivierende Wirkung haben, es kann aber auch der Anstoß für eine tiefgreifende Veränderung sein.

Daß Frauen ohne Drogenkontakte relativ häufig Ausbildung erwähnen, liegt wahrscheinlich an ihrem niedrigen Alter. Ex-Userinnen wiederum machen oft während oder nach der Therapie eine Ausbildung. Ein positives Testergebnis in

der Ausbildung bedeutet meist, daß berufliche Ziele in Frage gestellt werden (siehe „Die Lebenswelten infizierter Frauen“).

Bei Frauen ohne Drogenkontakte spielt der Tod oder die Erkrankung des Partners eine größere Rolle als bei Frauen der anderen Gruppen. Gleichzeitig mit ihrem Testergebnis müssen sie verkraften, daß ihnen ein elementarer Lebensinhalt entzogen wird (siehe auch „Partnerinnen von Männern aus Hauptbetroffenengruppen“).

Krankheit und Schwangerschaft nennen die Frauen aller Gruppen zu etwa gleichen Teilen. Mit einem positiven Testergebnis während der Schwangerschaft geht auch immer die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung einher (siehe „Die Lebenswelten infizierter Frauen“).

Entsprechend der Entwicklung bei den Testzeitpunkten (siehe „Infektionsweg“) ändern sich die Angaben zur Testsituation. Waren bis zum Testzeitpunkt 1987 Therapie und Entzug mit 27% und Abhängigkeit mit 22% die am häufigsten genannten Testsituationen, so tritt ab 1988 eine Veränderung ein. Jetzt ist Krankheit mit 30% der am häufigsten genannte Zusammenhang, gefolgt von Ausbildung mit 17%. Möglicherweise war zunächst die Zugehörigkeit zu einer Hauptbetroffenengruppe ausschlaggebend für den Test, während später eher das Auftreten von Symptomen in den Vordergrund trat, was mit sich brachte, daß nun auch vermehrt Menschen aus der Allgemeinbevölkerung getestet wurden.

Nach 1987 spielt der Tod oder die Erkrankung des Partners – entsprechend der steigenden Zahl infizierter Frauen ohne Drogenkontakte – eine zunehmende Rolle. Nur 2% der Frauen, die zwischen 1980 und 1987 ihr Testergebnis erhielten, erwähnen diesen Zusammenhang, hingegen 13% derjenigen, die ihr Testergebnis zwischen 1988 und 1993 erfuhren.

Medizinische Versorgung

Behandlung

Symptome einer AIDS-Erkrankung haben 70% der Frauen des Samples entwickelt, 30% sind symptomfrei.

Krankheitsstadien und Schwere der Erkrankung können im Rahmen dieser Untersuchung nicht gemessen werden. Symptomatik und Asymptomatik wiederum stehen in keinem Zusammenhang mit der Gruppenzugehörigkeit oder damit, wie lange jemand bereits mit der Diagnose „HIV-positiv“ lebt.

Das Alter der Frauen spielt jedoch eine Rolle. So sind in der Altersgruppe der 20- bis 29jährigen 40% der Frauen symptomfrei, bei den über 30jährigen sind es hingegen nur 23%. Insgesamt haben fast 90% der Frauen Kontakt zu ÄrztInnen, Krankenhausstationen, GynäkologInnen oder gynäkologischen Stationen, die sich auf HIV und AIDS spezialisiert haben. 11% haben keine Kontakte zu Spezialisten oder sind überhaupt nicht in medizinischer Behandlung.

Im Rahmen der medizinischen Betreuung von Spezialisten kompetent behandelt zu werden, ist für HIV-infizierte Frauen demnach sehr wichtig, und zwar unabhängig davon, ob Symptome vorliegen oder nicht.

Tab. 16: Kontakt zu Spezialisten

	symptomfrei	in %	symptomatisch	in %	total	in %
kein Kontakt zu Spezialisten	7	18,4	8	8,3	15	11,2
Kontakt zu Spezialisten	31	81,6	88	91,7	119	88,8
total	38	100,0	96	100,0	134	100,0
in %	28,4		71,6		100	

Aufgeschlüsselt ergibt sich folgendes Bild: 70% der Frauen haben Kontakt zu spezialisierten ÄrztInnen, 45% zu spezialisierten Krankenhausstationen und jeweils etwa 20% zu GynäkologInnen und zu gynäkologischen Stationen. Darüber hinaus wird die Nutzung spezialisierter und nichtspezialisierter Angebote individuell kombiniert. 35% der Frauen nehmen zusätzlich eine nichtspezialisierte medizinische Versorgung in Anspruch. Knapp 30% der Frauen haben neben ihrer schulmedizinischen Versorgung Kontakt zu HeilpraktikerInnen. Keine Frau ist ausschließlich in alternativ-medizinischer Behandlung. Immerhin lassen sich aber 26 Frauen von HeilpraktikerInnen behandeln, die auf HIV und AIDS spezialisiert sind.

Tab. 17: Wahl der Behandelnden

	N	%
überhaupt keine Behandlung	5	3,7
Behandlung ausschließlich durch Spezialisten	50	37,3
Behandlung durch Spezialisten + Nichtspezialisten	33	24,6
Behandlung durch Spezialisten + Naturheilkundler	22	16,4
Behandlung ausschließlich durch Nichtspezialisten	8	6,0
Behandlung durch Nichtspezialisten + Naturheilkundler	2	1,5
Behandlung durch Spezialisten + Nichtspezialisten + Naturheilkundler	14	10,4
insgesamt	134	100,0

Die Behandlung durch SpezialistInnen ist kaum davon abhängig, ob die Frauen in einer Großstadt, Kleinstadt oder in ländlicher Region leben³⁹. Allerdings haben 57% der Frauen aus kleinstädtischen oder ländlichen Regionen Kontakt zu spezialisierten Krankenhausstationen, gegenüber nur 36% der Großstädterinnen. Der Grund hierfür könnte sein, daß die Frauen, die sich zur Behandlung ohnehin in die nächstgelegene Großstadt begeben müssen, dort eher eine Klinik statt eine Schwerpunktpraxis aufsuchen.

Frauen ohne Drogenkontakte konsultieren zu 95% SpezialistInnen im schulmedizinischen Bereich. Das gilt ebenso für 89% der Ex-Userinnen und 80% der substituierten Frauen.

Einen entscheidenden Einfluß auf die Wahl der Behandelnden hat die Schulbildung: Jeweils etwa 95% der Frauen mit hohem und mittlerem Abschluß, aber nur 76% mit niedrigem Abschluß haben Kontakt zu SpezialistInnen. 81% der Frauen mit höherem Schulabschluß sind bei niedergelassenen spezialisierten ÄrztInnen in Behandlung, gegenüber 68% der Frauen mit mittlerem und 59% der Frauen mit niedrigem Schulabschluß. Ebenso gibt es Unterschiede hinsichtlich der Behandlung durch spezialisierte oder nichtspezialisierte HeilpraktikerInnen. Die Substituierten sind hier mit weniger als 20% stark unterrepräsentiert, gegenüber 37% der Frauen ohne Drogenkontakte und 29% der Ex-Userinnen. 41% der Frauen mit hoher, 30% der mit mittlerer, aber nur 13% der mit niedriger Bildung konsultieren HeilpraktikerInnen.

Was die Konsultation niedergelassener GynäkologInnen anbetrifft, gibt es Unterschiede zwischen den Ex-Userinnen, den Substituierten und den Frauen ohne Drogenkontakte. Substituierte Frauen haben zu 80% keinen Kontakt zu GynäkologInnen. Ein Grund hierfür könnte sein, daß sie aufgrund ihrer Lebensbedingungen nicht die üblichen Routine- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, die andere Frauen ab einem bestimmten Alter regelmäßig in die gynäkologische Praxis führen. Anscheinend wenden sie sich bei akuten Problemen eher gleich an Stationen in den Kliniken. Dieses Ergebnis dürfte ein Hinweis darauf sein, daß die spezialisierten gynäkologischen Abteilungen, die im Rahmen des Modellprojekts „Frauen und AIDS“ in Kliniken installiert wurden, von substituierten Frauen in hohem Maße akzeptiert werden. Demgegenüber sind 30% der Frauen ohne Drogenkontakte bei nicht auf HIV/AIDS spezialisierten GynäkologInnen in Behandlung. Wahrscheinlich bestanden diese Kontakte schon vor der Zeit der Diagnosestellung.

Auffallend hoch in der Gruppe der Substituierten ist der Anteil der Frauen ohne medizinische Versorgung; er liegt bei 10%. Auch, was die ausschließliche Versorgung durch nichtspezialisierte MedizinerInnen anbetrifft, sind sie leicht überrepräsentiert gegenüber 7% der Ex-Userinnen und 2% der Frauen ohne Drogenkontakte.

Die Behandlung durch SpezialistInnen plus HeilpraktikerInnen wird von jeweils etwa 20% der Frauen mit höherer und der mit mittlerer Bildung bevorzugt. Im Gegensatz dazu haben nur 6% der Frauen mit niedriger Bildung diese Kombination gewählt. Fast 20% der Frauen mit hohem Bildungsabschluß haben sich für die Kombination SpezialistInnen plus NichtspezialistInnen plus HeilpraktikerInnen entschieden, dagegen nur jeweils etwa 5% der Frauen mit niedrigem und der mit mittlerem Bildungsabschluß.

Kontakte zu gynäkologischen und zu anderen Stationen in Krankenhäusern werden dann aufgenommen, wenn Symptome vorliegen. 90% der symptomfreien Frauen haben keinen Kontakt zu gynäkologischen und 66% keinen zu anderen Stationen.

Medikamente und Naturheilmittel

Keine Medikamente oder Naturheilmittel nehmen 41% der Frauen. 28% nehmen ausschließlich Medikamente, 11% ausschließlich Naturheilmittel, und 20% der Frauen nehmen sowohl Medikamente als auch Naturheilmittel. Die Einnahme von Medikamenten und Naturheilmitteln ist davon abhängig, ob Symptome vorliegen oder nicht. Bei Vorliegen von Symptomen werden eher Medikamente eingenommen als Naturheilmittel. Erstaunlich ist, daß ein Drittel der Frauen mit Symptomen weder Medikamente noch Naturheilmittel nimmt. Allerdings nehmen zwischen 10% und 15% der symptomfreien Frauen Medikamente oder Naturheilmittel oder beides.

Tab. 18: Einnahme von Medikamenten und Naturheilmitteln

	ohne Symptome	in %	mit Symptomen	in %	total	in %
kein Mittel	24	63,2	31	32,3	55	41,0
nur Naturheilmittel	4	10,5	12	12,5	16	11,9
nur Medikamente	6	15,8	31	32,3	37	27,6
Medik. + Naturheilm.	4	10,5	22	22,9	26	19,4
total	38	100,0	96	100,0	134	100,0

Ob Medikamente oder Naturheilmittel oder ob überhaupt irgendwelche Mittel genommen werden, hängt – wie die gewählte medizinische Versorgung – von der Schulbildung ab. Über die Hälfte der Frauen mit niedrigem Bildungsabschluß nimmt weder Medikamente noch Naturheilmittel. 41% der Frauen mit mittlerer Schulbildung nehmen ausschließlich schulmedizinische Medikamente. Von den Frauen mit hohem Bildungsabschluß nehmen 22% Naturheilmittel, und 26% kombinieren Medikamente und Naturheilmittel.

Ein Zusammenhang besteht auch zwischen dem Alter der Frauen und der Einnahme von Mitteln – wahrscheinlich deshalb, weil in der Altersgruppe der über 30jährigen häufiger Symptome auftreten. Die Hälfte der 20- bis 29jährigen nehmen überhaupt keine Mittel, 65% der Frauen über 30 Jahren nehmen hingegen welche.

Je höher das Einkommen, desto häufiger werden Naturheilmittel genommen: Von den Frauen mit weniger als DM 800,— nehmen nur etwa 15% Naturheilmittel, von den Frauen, die über ein Einkommen zwischen DM 800,— und DM 1.500,— verfügen, nimmt bereits ein gutes Drittel Naturheilmittel. Frauen mit einem Einkommen zwischen DM 1.500,— und DM 2.500,— nehmen zu 50%, diejenigen mit mehr als DM 2.500,— zu 60% Naturheilmittel. Noch immer müssen Naturheilmittel, selbst wenn sie verschreibungspflichtig sind, weitgehend selbst bezahlt werden.

Tab. 19: Höhe des Einkommens und Einnahme von Naturheilmitteln

	unter 800 DM		800-1500 DM		1500-2500 DM		über 2500 DM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Naturheilmittel	5	16,1	14	36,8	14	48,3	6	60
kein								
Naturheilmittel	26	83,9	24	63,2	15	51,7	4	40

In der Gruppe der Frauen ohne Drogenkontakte nehmen auffallend viele ausschließlich Naturheilmittel, nämlich 20% gegenüber 2,5% der Substituierten und 7% der Ex-Userinnen. Das hängt wahrscheinlich damit zusammen, daß nur 35% der Frauen ohne Drogenkontakte überhaupt keine Mittel nehmen, gegenüber 43% der Ex-Userinnen und fast der Hälfte der Substituierten. Möglicherweise nehmen Frauen ohne Drogenkontakte, auch wenn sie keine Symptome haben, prophylaktisch Naturheilmittel. Auffallend viele Ex-Userinnen, nämlich 29%, kombinieren Medikamente mit Naturheilmitteln, was sich möglicherweise auf bessere Bildung und eine altersbedingt erhöhte Symptomatik zurückführen läßt.

Arzt oder Ärztin – Wer soll behandeln?

Eine gynäkologische Behandlung durch eine Frau ziehen 42% der Befragten vor. Die Hälfte der Frauen hat keine Präferenzen. Nur 7% bevorzugen einen männlichen Gynäkologen. Im Bereich Allgemeinmedizin möchten 16% aller Frauen lieber von einer Frau behandelt werden; 78% sind hier indifferent, und 6% ziehen einen Mann vor. Was die Naturheilkunde angeht, so wenden sich 17% der Frauen, die sich auf diese Weise behandeln lassen, lieber an eine Frau, 80% ist das Geschlecht gleichgültig, und eine Frau bevorzugt einen männlichen Alternativmediziner. Fast 10% der Frauen möchten in allen medizinischen Bereichen ausschließlich von Frauen behandelt werden.

Ob eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe gewünscht wird, hängt auch von der Schulbildung ab. Von den Frauen mit höherer Schulbildung möchten 58% von einer Frau gynäkologisch behandelt werden, von den Frauen mit mittlerer Schulbildung jedoch nur 42% und von den Frauen mit niedriger Schulbildung nur noch 27%. Menschen mit höherer Bildung nehmen ihre Bedürfnisse offensichtlich eher wahr und äußern sie auch.

Die gleiche Tendenz, wenn auch etwas schwächer, zeichnet sich bei Allgemeinmedizin und Naturheilkunde ab. Etwa ein Viertel der Frauen mit höherem Schulabschluß bevorzugt eine Ärztin, gegenüber 15% der Frauen mit mittlerem und 6% mit niedrigem Bildungsabschluß. Jeweils ein Viertel der Frauen mit höherer und mit mittlerer Bildung möchte von einer Heilpraktikerin behandelt werden, aber nur 3% der Frauen mit niedrigem Schulabschluß.

Einige Frauen möchten in allen medizinischen Fachrichtungen ausdrücklich von einem Mann behandelt werden. Hier spielt wahrscheinlich das Alter eine Rol-

le. 7 von 10 Frauen, die einen männlichen Gynäkologen, 7 von 8 Frauen, die einen männlichen Allgemeinmediziner und 2 Frauen, die einen männlichen Naturheilkundler wünschen, sind über 30 Jahre alt. Frauen, die männliche Ärzte bevorzugen, machen in dieser Altersgruppe jedoch nur einen sehr geringen Prozentsatz aus. Von den über 30jährigen wünschen sich 8% einen männlichen Gynäkologen und 8% einen männlichen Allgemeinmediziner als Behandelnden. Im Bereich Naturheilkunde möchten nur 3% von einem Mann behandelt werden.

Der Prozentsatz der Frauen, die sich Frauen als behandelnde Ärztinnen oder Heilpraktikerinnen wünschen, ist erheblich. Dieser Aspekt sollte in Kliniken und Schwerpunktpraxen – in der Regel Gemeinschaftspraxen – vor allem im Bereich Gynäkologie stärker als bisher berücksichtigt werden.

Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen

Kontakt zu mindestens einer Selbsthilfeeinrichtung haben oder hatten 93% der Frauen: zu AIDS-Hilfen 85%, zu Selbsthilfeprojekten für Betroffene⁴⁰ 21%, 18% zu Selbsthilfeprojekten für UserInnen und Ex-UserInnen und 33% zu anderen Einrichtungen.

Der hohe Anteil der Frauen, die andere Einrichtungen nennen, überrascht. Bei den Nennungen handelt es sich meist um Angebote, die in AIDS-Hilfen integriert sind, oder aber um Drogenberatungsstellen oder ähnliches, die nicht als Selbsthilfeeinrichtung bezeichnet werden können. Die Nennungen lassen sich zum Teil nur schwer einordnen. Diese Variable wird deshalb bei der weiteren Auswertung vernachlässigt.

Über die Hälfte der Frauen hat ausschließlich Kontakt zu AIDS-Hilfen, fast 30% haben Kontakt zu AIDS-Hilfen und zu Selbsthilfeläden. Nur 3% haben ausschließlich Kontakt zu Selbsthilfeprojekten, was damit zusammenhängt, daß diese zum Teil von AIDS-Hilfen gegründeten Einrichtungen auch über die AIDS-Hilfen vermittelt werden. Kontakte zu Selbsthilfeprojekten im Drogenbereich stehen oft nicht mit der HIV-Infektion in Zusammenhang.

Tab. 20: Kontakt zu Selbsthilfeeinrichtungen

	N	%
kein Kontakt	15	11,2
nur AIDS-Hilfe	76	56,7
AIDS-Hilfe und andere Einrichtung	38	28,4
nur andere Einrichtung	4	3,0

Daß die AIDS-Hilfe so häufig von den Frauen genannt wird, kann daran liegen, daß ein großer Teil der Erhebung über diese Organisationen gelaufen ist. Andererseits ist davon auszugehen, daß die AIDS-Hilfen für infizierte Frauen die wichtigsten Anlaufstellen im psychosozialen Bereich sind.

Fälle mit Kontakten zu AIDS-Hilfen (N = 114) bilden die Grundlage für folgende Betrachtungen: Die Frauen, die Kontakt zu einer AIDS-Hilfe haben, nahmen diesen zwischen zwei Jahren⁴¹ vor und acht Jahren nach der Diagnose auf. Bereits im Jahr der Diagnosestellung kamen 36% zu einer AIDS-Hilfe, 23% im Jahr darauf. Die Frauen, die ein früheres Jahr als das der Diagnosestellung angeben, hatten wahrscheinlich vor dem Test Beratungsgespräche.

Die Länge des Zeitraums zwischen Testergebnis und Kontaktaufnahme steht in Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der Diagnose. Der Mittelwert für die Jahre bis einschließlich 1985 beträgt 4,2 Jahre. Dagegen liegt er für die Jahre zwischen 1986 bis 1990 bei 1,3 Jahren. Der Mittelwert für die Jahre 1991 bis 1993 liegt bei 0,2 Jahren, was sich allerdings daraus ergibt, daß für diesen Zeitraum nur die Frauen erfaßt wurden, die sich innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums an die AIDS-Hilfen gewandt haben. Während 82% der Frauen, die zwischen 1980 und 1985 ihr positives Testergebnis erhielten, erst 2 Jahre oder später den Kontakt zu einer AIDS-Hilfe aufnahmen, brauchten in der Gruppe der Frauen, die ihre Diagnose zwischen 1986 und 1990 erfuhren, nur noch 34% 2 Jahre und länger für diesen Schritt. Sichtbar wird also eine deutliche Verkürzung des Zeitraums zwischen Diagnose und Kontaktaufnahme zu einer AIDS-Hilfe.

Tab. 21: Mittelwerte der Zeiträume zwischen Testergebnis und Kontaktaufnahme zu Selbsthilfeeinrichtungen

Testzeitpunkt	mean	N
1980-85	4,2	28
1986-90	1,3	53
1991-93	0,2	29

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, daß die meisten Gründungen von AIDS-Hilfen erst nach 1985 erfolgten, und AIDS-Hilfe in ihren Anfängen fast ausschließlich schwul orientiert war (siehe „Die Situation von Frauen in den AIDS-Hilfen“).

Der Mittelwert aus den Zeiträumen zwischen Testergebnis und Kontaktaufnahme bei Frauen aus der Großstadt und denen aus der Kleinstadt beträgt 1,6 Jahre. Allerdings gibt es in der Gruppe der in Kleinstädten wohnenden Frauen stärkere Varianzen als bei den Großstädterinnen. Der Mittelwert bei den auf dem Land wohnenden 8 Frauen liegt erheblich höher als bei den Frauen aus Groß- und Kleinstädten, nämlich bei 2,6 Jahren.

Insgesamt leben 11 Frauen auf dem Land, von denen 2 gar keinen Kontakt zu einer AIDS-Hilfe haben. Eine Frau macht hierzu keine Angabe.

Einfluß auf den Zeitraum zwischen Testergebnis und Kontaktaufnahme hat der Aspekt Partnerschaft. Frauen mit Partner brauchen durchschnittlich 2 Jahre, ehe sie Kontakt zu einer Selbsthilfeeinrichtung aufnehmen, hingegen Frauen ohne Partner nur 1,5 Jahre. Nicht feststellbar ist jedoch, ob zum Zeitpunkt des Tests oder der Kontaktaufnahme eine Partnerschaft bestand.

Möglicherweise sind ohne Partner lebende Frauen eher daran gewöhnt, sich institutionelle Unterstützung zu holen. Jedenfalls haben sich 73% der Frauen ohne Partner bereits in dem auf das Testergebnis folgenden Jahr an die AIDS-Hilfe gewandt, gegenüber 50% der Frauen mit Partner.

Tab. 22: Partnerschaft und Zeitraum bis zur Kontaktaufnahme zu Selbsthilfeeinrichtungen

	mean	N
kein Partner	1,5	54
mit Partner	2,0	56

Das Alter hat ganz offensichtlich Einfluß auf den Zeitraum zwischen Testergebnis und Kontaktaufnahme zu einer AIDS-Hilfe. Dies hat vor allen Dingen damit zu tun, daß die heute 30- bis 39jährigen Frauen ihr Testergebnis in einer Zeit erhielten, als es nur wenige AIDS-Hilfen gab oder diese nicht auf die Bedürfnisse von Frauen eingestellt waren.

Tab. 23: Alter und Zeitraum bis zur Kontaktaufnahme zu Selbsthilfeeinrichtungen

	mean	N
20-29 Jahre	1,3	40
30-39 Jahre	2,3	57
40 Jahre und älter	0,8	12

Obwohl Ex-Userinnen und substituierte Frauen hier die gleichen Voraussetzungen hatten, gibt es Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Wie bereits unter „Testsituation“ beschrieben, erhielten die meisten Ex-Userinnen ihr positives Testergebnis erst, nachdem sie clean waren. Viele substituierte Frauen hingegen befanden sich zum Zeitpunkt des Tests in einer Situation akuter Abhängigkeit – ein Hinweis darauf, daß nicht nur äußere Umstände, z.B. mangelnde Selbsthilfeangebote, eine Rolle spielen, sondern auch die Lebensumstände der Frauen (siehe „Fixerinnen“ und „Substituierte“). Mit Abhängigkeit einhergehende Verdrängungsmechanismen und durch Kriminalisierung hervorgerufene Aversionen gegen alles Institutionelle behindern die Kontaktaufnahme.

Je später die Frauen ihr positives Testergebnis erhielten, desto kürzer war der Zeitraum bis zur Kontaktaufnahme – ein Trend, der sich in allen Gruppen bestätigt. Bei denjenigen Ex-Userinnen, die ihr Testergebnis zwischen 1980 und 1985 erhielten, lag der Durchschnitt bei 3,8 Jahren; bei denjenigen, die ihr Testergebnis zwischen 1986 und 1990 erhielten, lag er bei nur 0,7 Jahren. Diejeni-

gen substituierten Frauen, die ihr Testergebnis zwischen 1980 und 1985 bekamen, brauchten durchschnittlich 5 Jahre, ehe sie sich an eine Selbsthilfeeinrichtung wandten, diejenigen, die sich zwischen 1986 und 1990 testen ließen, brauchten hingegen nur 2,4 Jahre.

In beiden Gruppen ist somit ein deutlicher Trend zu immer kürzeren Zeiträumen feststellbar. Dementsprechend haben nur 20% der substituierten Frauen den Kontakt zur AIDS-Hilfe innerhalb eines Jahres nach Erhalt des Testergebnisses hergestellt, gegenüber 65% der Ex-Userinnen und 85% der Frauen ohne Drogenkontakte.

Tab. 24: Drogenkontakt und Zeitraum bis zur Kontaktaufnahme zu Selbsthilfeeinrichtungen

	mean	N
Ex-Userinnen	1,9	23
Substituierte	3,5	30
ohne Drogenkontakte	0,8	53

Eine weitere entscheidende Einflußgröße ist auch hier wieder die Schulbildung. Während Frauen mit niedriger Bildung durchschnittlich 3 Jahre brauchen, bis sie Kontakt zu einer Selbsthilfeeinrichtung aufnehmen, brauchen Frauen mit mittlerer Bildung nur 1,5 Jahre und Frauen mit hohem Bildungsabschluß gar nur 0,9 Jahre. Einfluß hierauf haben wiederum die je nach Gruppe unterschiedlichen Testzeitpunkte (siehe „Infektionsweg“)⁴². Höhergebildete Frauen erhielten ihr Testergebnis eher zu einer Zeit, als es bereits viele AIDS-Hilfen gab. Eventuell fällt es diesen Frauen auch leichter, sich an Institutionen zu wenden. Von den Frauen mit hohem Bildungsniveau wandten sich 80% innerhalb eines Jahres an die AIDS-Hilfe, gegenüber nur 38% der Frauen mit niedrigem Bildungsniveau.

Tab. 25: Bildung und Zeitraum der Kontaktaufnahme zu Selbsthilfeeinrichtungen

	mean	N
niedrig	3,0	37
mittel	1,5	26
hoch	0,9	47

Gründe für die Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfeeinrichtung

Die Frage nach den Gründen für eine Kontaktaufnahme wurde offen erhoben. Die Antworten wurden im nachhinein codiert. Die Frauen sollten spontan an-

geben, was ihnen hierzu einfällt. Die Frage bezog sich nicht auf AIDS-Hilfen speziell, sondern auf Selbsthilfeeinrichtungen allgemein.

Die folgende Auswertung berücksichtigt nur diejenigen Fragebögen, die Angaben zu diesem Thema enthalten. Von 134 befragten Frauen waren dies 124. Dabei ist nicht auszuschließen, daß sich manche Angaben auch auf Einrichtungen beziehen, die nicht der Selbsthilfe zuzuordnen sind; inhaltlich ändert sich dadurch nichts, da einzig die Situation erhoben werden sollte, in der Frauen institutionelle Unterstützung suchen.

Codiert wurden die sechs besonders häufig genannten Gründe für die Kontaktaufnahme zu einer Einrichtung. Am häufigsten wurden „psychische Probleme“ angegeben, und zwar von 39% der Frauen. Für 21% ist der Wunsch nach Kontakt zu Menschen in vergleichbarer Situation ausschlaggebend, 6% wünschen ausdrücklich den Kontakt zu Frauen. Informationsbedarf geben 15% an, und für 14% war das Testergebnis der Grund, sich an eine Selbsthilfeeinrichtung zu wenden. Praktische Gründe nennen 10%. Hierzu gehören Beratungsbedarf in rechtlichen und sozialen Angelegenheiten, Pflegebedürftigkeit des Partners, Haushaltshilfe, Obdachlosigkeit, finanzielle Unterstützung und psychosoziale Betreuung der Familie. Substitution oder Therapie nennen 9% als Anlaß für eine Kontaktaufnahme.

Dieses Muster ist bei allen Gruppen weitgehend gleich. Eine Abweichung gibt es bei den substituierten Frauen, die neben psychischen Problemen Therapie oder Substitution sowie praktische Gründe als häufigste Anlässe für eine Kontaktaufnahme nennen. Anders als bei Ex-Userinnen und Frauen ohne Drogenkontakte spielt in dieser Gruppe das Testergebnis und der Informationsbedarf als Grund für die Kontaktaufnahme nur eine untergeordnete Rolle. Diese Unterschiede ergeben sich aus der Lebenssituation der substituierten Frauen, von denen manche zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme noch akut abhängig waren.

Aufgrund der Verschiebung im Hinblick auf die Testzeitpunkte (siehe „Infektionsweg“) und der Tendenz zu schnellerer Kontaktaufnahme nach Erhalt des Testergebnisses ist damit zu rechnen, daß sich in Zukunft vermehrt solche Frauen an Selbsthilfeeinrichtungen wenden, für die der Test und die Beratung im Vordergrund stehen. Die Mitarbeiterinnen der AIDS-Hilfen sollten hierauf vorbereitet sein, um mit den psychischen Problemen der Frauen angemessen umgehen und Krisensituationen auffangen zu können.

Angebote bei Selbsthilfeeinrichtungen

Der Fragebogen bezog sich auf solche Angebote, von denen auszugehen ist, daß sie auch bekannt sind. Eine Verzerrung bei den Antworten ergibt sich daraus, daß nicht jede AIDS-Hilfe diese Angebote bereithält. Die Antworten lassen also einerseits darauf schließen, welche Angebote genutzt werden, andererseits, welche Angebote es vor Ort gibt.

„Persönliche Beratung“ wurde am häufigsten angegeben. Dieses Angebot wurde von der Hälfte der Frauen bereits in Anspruch genommen. An Gesprächsgruppen nehmen 41% der Frauen teil. Ebenfalls 41% haben sich bereits

einmal in sozialen und rechtlichen Angelegenheiten beraten lassen. Ein Viertel der Frauen nimmt an Freizeitaktivitäten teil, und ein Viertel wird therapeutisch begleitet. 16% haben einmal an einem Kreativworkshop teilgenommen, und 15% haben telefonische Beratung in Anspruch genommen. Körperarbeit⁴³ machen 11% der Frauen, und 9% nehmen an sportlichen Aktivitäten teil. Eine Haushaltshilfe haben 10%. Kinderbetreuung, Freizeitaktivitäten mit Kindern und Hauskrankenpflege stehen am Ende der Liste. Ein Fünftel der Frauen nimmt keines der genannten Angebote in Anspruch.

Tab. 26: Nutzung der Angebote in Selbsthilfeeinrichtungen

	N	%
Persönliche Beratung	72	53,7
Sozial-u.Rechtsberatung	55	41,0
Gesprächsgruppen	55	41,0
Freizeitaktivitäten	33	24,6
Therapeutische Begleitung	32	23,9
Kreativworkshops	22	16,4
Telefonische Beratung	20	14,9
Körperarbeit	15	11,2
Haushaltshilfe	13	9,7
Sport	12	9,0
Kinderbetreuung	5	3,7
Freizeit mit Kindern	2	1,5
Hauskrankenpflege	2	1,5
kein Angebot	27	20,1

Inwieweit das Angebot „persönliche Beratung“ genutzt wird, steht mit Berufstätigkeit in Zusammenhang – was auf den ersten Blick erstaunen mag. Etwa 70% der unregelmäßig oder gar nicht berufstätigen Frauen haben sich schon einmal persönlich beraten lassen, aber nur knapp 30% der regelmäßig berufstätigen. Persönliche Beratung wird also vor allem erst dann wahrgenommen, wenn etwas zur Normalität des Alltags Gehörendes fehlt, wie z.B. die Berufstätigkeit. Ein Grund hierfür kann Drogenabhängigkeit, ein anderer Krankheit sein.

Inwieweit die persönliche Beratung in Anspruch genommen wird, hängt außerdem davon ab, ob Symptome vorliegen. Von den Frauen mit Symptomen haben 60% dieses Angebot bereits einmal genutzt, hingegen nur 40% der Frauen ohne Symptome. Eine Rolle spielt auch, ob die Frauen in einer Großstadt, einer Kleinstadt oder in ländlichen Gebieten leben. Erstaunlicherweise haben 60% der in Kleinstädten oder auf dem Land lebenden Frauen das Angebot der persönlichen Beratung bereits genutzt, aber nur knapp die Hälfte der in

Großstädten lebenden. Möglicherweise ist der Informationsstand bei letzteren von vorneherein höher; Informationsbedarf wäre hier dann seltener ein Grund, um sich beraten zu lassen. Vielleicht auch sind die Städterinnen an das relativ isolierte Leben in der Stadt so gewöhnt, daß sie dazu neigen, alleine mit schwierigen Situationen fertig zu werden. Eine andere Erklärung könnte sein, daß es in der Stadt mehr Möglichkeiten zum Austausch gibt. Das können öffentliche Einrichtungen sein oder solche der Selbsthilfe, z.B. im Bereich Drogen. Dort geführte Gespräche werden nicht zwangsläufig im Sinne einer Beratung gesehen. Vielleicht können sich in der Großstadt lebende Frauen auch eher an ihren Freundes- und Bekanntenkreis wenden, als dies in einer Kleinstadt oder auf dem Land möglich wäre. In manch sozialem Umfeld kann ein unüberlegtes Wort den völligen Verlust der Anonymität in allen Lebensbereichen zur Folge haben. Möglich, daß Frauen in Kleinstädten oder auf dem Lande deshalb mehr auf institutionelle Unterstützung angewiesen sind.

Die Zahlen machen jedenfalls deutlich, daß „persönliche Beratung“ ein allgemein gut zugängliches Angebot darstellt, was jedoch noch keinen Aufschluß über seine Qualität und Zugangsmodalitäten gibt.

Inwieweit die Sozial- und Rechtsberatung genutzt wird, ist abhängig von der Wohnsituation, dem Einkommen und davon, ob jemand bereits Symptome hat. Über die Hälfte der alleinlebenden Frauen hat dieses Angebot schon einmal in Anspruch genommen, aber nur knapp ein Drittel der mit ihrem Partner lebenden Frauen und ein knappes Viertel der Frauen, die in einer Wohngemeinschaft leben. Wahrscheinlich ist bei alleinlebenden Frauen der Bedarf an Betreuung und Pflege größer, an Leistungen also, die sonst eher von anderen im Haushalt lebenden Personen erbracht werden.

Von den Frauen mit einem Einkommen zwischen DM 800,— und DM 1.500,— DM haben 60% schon einmal die Sozial- oder Rechtsberatung konsultiert. In dieser Gruppe befinden sich vor allem diejenigen Sozialhilfeempfängerinnen, die bei der Beantragung von zusätzlichen Mitteln, die bei Infektion und Erkrankung beansprucht werden können, Hilfe benötigen, oder die aufgrund von Drogengebrauch juristische Probleme haben. Frauen mit niedrigerem Einkommen sind außerdem eher an Zuschüssen durch Stiftungen interessiert.

Der Anteil der Frauen, die bereits einmal bei einer Sozial- oder Rechtsberatung waren, sinkt auf 32%, wenn das monatliche Einkommen zwischen DM 1.500,— und DM 2.500,— beträgt und auf 31% bei den Frauen, die über DM 2.500,— zur Verfügung haben. Bei den Frauen, die weniger als DM 800,— Einkommen haben, wurde das Angebot von 38% in Anspruch genommen – von relativ wenigen also. Zu berücksichtigen ist jedoch, daß unter diesen Frauen sich auch solche befinden, die in Haushalten mit einem insgesamt sehr viel höheren Einkommen leben. Andere mögen vielleicht bei ihrem Bemühen, ihre Lebenssituation durch Rat und Hilfe von außen zu verbessern, resigniert haben.

Die Hälfte der Frauen mit Symptomen haben sich schon einmal sozialrechtlich beraten lassen, gegenüber knapp 15% der symptomfreien Frauen. Wenn Symptome auftreten, verändert sich in der Regel die soziale und finanzielle Lage der Betroffenen; viele scheiden aus dem Berufsleben aus, verschiedene finanzielle wie auch praktische Hilfen werden beantragt.

Inwieweit die Frauen das Angebot „Freizeitaktivitäten“ nutzen, hängt von ihrer Wohnsituation ab. Fast 40% der alleinlebenden Frauen machen davon Gebrauch, gegenüber jeweils knapp 15% derjenigen, die mit ihrem Partner, und derjenigen, die in einer Wohngemeinschaft leben. Frauen, die mit anderen Personen zusammenleben, verbringen mit diesen einen wesentlichen Teil ihrer Freizeit und haben deshalb geringeren Bedarf an Angeboten dieser Art. Die Hälfte der Frauen mit Kindern nimmt an Freizeitaktivitäten (ohne Kinder) teil, gegenüber einem knappen Fünftel der Frauen ohne Kinder. Wird parallel dazu eine Kinderbetreuung angeboten, dürften diese Angebote für Mütter besonders attraktiv sein. Sicherlich liegt den Frauen mit Kindern gerade an solchen Freizeitaktivitäten, die sie nicht selbst organisieren müssen und die einfach nur der Erholung dienen.

Die Teilnahme an Kreativworkshops steht mit Schulbildung, Wohnsituation und Partnerschaft in Zusammenhang. 30% der Frauen mit hohem, 12% mit mittlerem und 4% mit niedrigem Bildungsniveau haben dieses Angebot schon einmal genutzt. Eine hohe Bildung erleichtert den Zugang zu Angeboten dieser Art, bei denen es um Selbsterfahrung und Bewußtwerdung geht und um Themen, auf die eine höhere Schulbildung bereits vorbereitet hat. Dadurch wird die Bereitschaft gefördert, sich mit der Krankheit und dem persönlichen Umgang mit ihr auseinanderzusetzen. Ein Viertel der alleinlebenden Frauen, ein knappes Fünftel der Frauen in Wohngemeinschaften und nur 6% der Frauen mit Partner haben bereits an einem Kreativworkshop teilgenommen. Einen Kreativworkshop zu besuchen bedeutet meist, für längere Zeit abwesend zu sein, was in einer Partnerschaft offenbar vermieden wird. Zudem dürften manche der Bedürfnisse, denen in Kreativworkshops Raum gegeben wird, bereits in der Partnerschaft befriedigt werden. Weniger als 10% der Frauen in Partnerschaften – die nicht mit dem Partner zusammenlebenden eingeschlossen – nutzen dieses Angebot, hingegen ein Viertel der Frauen ohne Partner.

Die Inanspruchnahme einer therapeutischen Begleitung hängt mit Erwerbstätigkeit zusammen. Ein Drittel der regelmäßig arbeitenden Frauen nehmen das Angebot wahr, aber nur ein knappes Fünftel der nicht regelmäßig arbeitenden Frauen. Eine berufliche Tätigkeit scheint demnach auch der Bereitschaft, an sich selbst zu arbeiten, förderlich zu sein. Zum anderen wird das Angebot häufiger genutzt, wenn bereits Symptome aufgetreten sind. Von den Frauen mit Symptomen nehmen 28% eine therapeutische Begleitung in Anspruch, aber nur knapp 15% der symptomfreien Frauen. Das Auftreten von Krankheitszeichen erfordert demnach eher professionelle Hilfe, um diese Situation bewältigen zu können.

Inwieweit die Frauen an Gesprächsgruppen teilnehmen, hat damit zu tun, in welcher Region sie leben. Frauen aus kleinstädtischen oder ländlichen Gebieten beteiligen sich zu 60% an Gesprächsgruppen, aber nur 30% der Frauen aus Großstädten. Hier also das gleiche Ergebnis wie beim Angebot „persönliche Beratung“, und einige der dort genannten Gründe könnten durchaus auch hier zutreffen. Daß gerade in Kleinstädten oder auf dem Lande so viele Frauen an Gesprächsgruppen teilnehmen, könnte außerdem daran liegen, daß die recht kleinen AIDS-Hilfen dort keine weiteren Angebote bereithalten; die Frauen könnten somit nicht zwischen mehreren Möglichkeiten wählen.

Die Inanspruchnahme des Angebots „Körperarbeit“ hat wiederum etwas mit Schulbildung zu tun. Ein Fünftel der Frauen mit höherer Schulbildung nimmt dieses Angebot wahr, aber nur etwa 10% der Frauen mit mittlerem und keine Frau mit niedrigem Bildungsniveau. Wie Kreativworkshops sind auch Angebote zur Körperarbeit leichter für Frauen mit höherer Bildung zugänglich. Auch Arbeit und Einkommen beeinflussen das Nutzungsverhalten. Regelmäßig arbeitende Frauen mit höherem Einkommen nutzen dieses Angebot häufiger, wobei auch hier Bildung eine Rolle spielt. Bei nicht erwerbstätigen Frauen mit niedrigem Einkommen könnte jedoch auch Erkrankung ein Grund dafür sein, weshalb in dieser Gruppe weniger Frauen Angebote zur Körperarbeit wahrnehmen.

Von den mit Kind lebenden Frauen nutzen 16% das Angebot „Kinderbetreuung“. An Freizeitaktivitäten mit Kindern nimmt nur eine Frau teil. Das könnte zum einen daran liegen, daß diese Angebote sehr selten bereitgehalten werden. Zum anderen haben Frauen, deren Kinder nichts von der Infektion wissen, häufig Angst, diese mit Selbsthilfeeinrichtungen in Kontakt zu bringen.

Die Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe hängt von Verschiedenem ab. Eine Haushaltshilfe haben ausschließlich Frauen mit Symptomen, von diesen allerdings nur knapp 4%. Dieses Ergebnis kommt vielleicht auch dadurch zustande, daß mit der Variablen „Frauen mit Symptomen“ lediglich gemessen werden kann, ob Symptome bestehen, nicht aber, wie schwer die Erkrankung ist. Knapp 15% der nicht regelmäßig arbeitenden Frauen haben eine Haushaltshilfe, aber nur 2% der regelmäßig arbeitenden. Hier spielt sicherlich Arbeitsunfähigkeit aufgrund schwerer Symptomatik eine Rolle. Das Zusammenleben mit einem Kind stellt eine weitere Einflußgröße dar. Ein Viertel der Frauen mit Kind hat eine Haushaltshilfe, gegenüber 6% ohne Kind. Aufgrund der durch ein Kind entstehenden Mehrarbeit im Haushalt nehmen die Frauen im Krankheitsfall dieses Angebot offensichtlich stärker wahr.

Wo keines der Angebote genutzt wird, stellen wiederum Region und Gesundheitszustand Einflußgrößen dar. In der Großstadt nimmt ein Viertel der Frauen kein Angebot wahr, in kleinstädtischen und ländlichen Regionen nur rund 10%. Auch hier dürfte das bereits oben Gesagte zutreffen, nämlich daß es in Großstädten mehr Alternativen im Hinblick auf Unterstützungsangebote und Ansprechpartner gibt.

Während ein Drittel der symptomfreien Frauen kein Angebot wahrnimmt, sind es von denjenigen mit Symptomen nur 15%. Symptomfreie Frauen dürften demnach nicht in dem Maße auf psychische und praktische Unterstützung angewiesen sein wie Frauen mit Symptomen; und Angebote zur Freizeitgestaltung, die für sie eher in Frage kämen, sind für sie offenbar nicht von so großer Notwendigkeit. Mit zunehmender Symptomatik jedoch nehmen die Belastungen zu – die physischen wie die psychischen. Und damit steigt das Bedürfnis, unterstützt zu werden.

Zwischen den Ex-Userinnen, den Substituierten und den Frauen ohne Drogenkontakte gibt es keine signifikanten Unterschiede, was die Nutzung von Angeboten anbelangt, ausgenommen Kreativworkshops und Körperarbeit. Ein Viertel der Frauen ohne Drogenkontakte nehmen an Kreativworkshops

teil, hingegen nur jeweils 10% der Ex-Userinnen und der substituierten Frauen. Etwas anders ist das Verhältnis bei Körperarbeit: etwa 15% der Frauen ohne Drogenkontakte und ebensoviele der Ex-Userinnen nutzen dieses Angebot, aber keine einzige substituierte Frau. Die genannten Unterschiede zwischen den Gruppen dürften sich auf Unterschiede in Bildungsniveau und Lebenssituation zurückführen lassen.

Frauenspezifische Angebote

Fast alle Frauen – über 90% der Befragten – halten es für sehr wichtig, daß es in Selbsthilfeeinrichtungen spezielle Angebote für Frauen und auch weibliche Ansprechpartnerinnen gibt. Nur die Hälfte der Frauen, die Kontakt zu einer AIDS-Hilfe haben, gibt an, daß es in den ihnen bekannten Einrichtungen festangestellte Mitarbeiterinnen für den Bereich Frauen gibt. Ein Viertel gibt an, daß es dort keine gibt, und knapp 20% antworten mit „weiß nicht“. Letztgenannte Antwort läßt zwei Interpretationen zu: Die Frauen wissen nicht, ob die ihnen dort begegnenden Frauen fest angestellt sind, oder sie haben dort überhaupt keine Mitarbeiterin gesehen. Beide Interpretationen lassen jedoch den Schluß zu, daß es in diesen Einrichtungen keine feste und ausdrücklich für den Bereich Frauen definierte Stelle gibt.

Etwa 60% der in Großstädten lebenden Frauen geben an, daß es bei den ihnen bekannten Selbsthilfeeinrichtungen für diesen Bereich festangestellte Frauen gibt. Das gleiche antworten rund 40% der in Kleinstädten oder auf dem Land lebenden Befragten.

Die Hälfte aller Frauen nimmt frauenspezifische Angebote wahr, aber nur 40% geben an, daß es bei den ihnen bekannten Einrichtungen solche Angebote gibt. Diese Diskrepanz kommt dadurch zustande, daß viele Frauen an überregionalen Veranstaltungen teilnehmen, wie z.B. den bundesweiten Frauentreffen und -workshops im Waldschlößchen.

Gut ein Viertel der Frauen nutzen frauenspezifische Angebote, obwohl die Einrichtungen, zu denen sie Kontakt haben, nichts dergleichen anbieten. Etwa ein Viertel nimmt solche Angebote bei den Einrichtungen wahr, die sie kennen. Ebenfalls ein Viertel gibt an, daß es bei den ihnen bekannten Einrichtungen keine frauenspezifischen Angebote gibt und sie auch keine wahrnehmen, und 20% nutzen keine frauenspezifischen Angebote, selbst wenn es sie gibt.

Tab. 27: Nutzung frauenspezifischer und sonstiger Angebote

	frauenspezifische Angebote		keine frauenspezifischen Angebote			
	N	% total N	N	% total N	N	% total N
wird genutzt	30	27,0	29	26,1	59	53,1
wird nicht genutzt	23	20,7	29	26,1	52	46,8
total	53	47,7	58	52,2	111	

Inwieweit es frauenspezifische Angebote gibt, hängt von der Größe des Ortes ab, in der Selbsthilfeeinrichtungen angesiedelt sind. Die Hälfte der in Großstädten lebenden Frauen gibt an, daß es solche Angebote gibt, hingegen nur ein Drittel der in einer Kleinstadt oder auf dem Land wohnenden.

Frauenspezifische Angebote sind offenbar nicht flächendeckend gewährleistet. Ebenso wenig gibt es überall festangestellte Mitarbeiterinnen für den Bereich Frauen. Das gilt ganz besonders für kleinstädtische und ländliche Regionen, aber durchaus auch für Großstädte.

Um zu erfahren, welche frauenspezifischen Angebote gewünscht werden, wurde noch einmal abgefragt, bei welchen der auf der Liste aufgeführten Angebote es wichtig wäre, sie auch speziell für Frauen bereitzuhalten. An erster Stelle wurde „persönliche Beratung“ genannt, und zwar von 80% der Frauen, gefolgt von „therapeutische Begleitung“, die 75% der Frauen nannten. Zieht man in Betracht, daß nur ein knappes Viertel der Frauen letztere in Anspruch nimmt, verwundert diese hohe Zahl. Sie zeigt jedoch nicht nur an, wie wichtig den Frauen eine an ihren Belangen orientierte Begleitung ist, sondern weist ebenso darauf hin, daß es hier offensichtlich erhebliche Defizite gibt.

Drei Viertel erachten Gesprächsgruppen speziell für Frauen als wichtig, 70% Kinderbetreuung. Letztere Zahl übersteigt erheblich die Zahl der Frauen mit Kindern, womit klar wird, daß auch Frauen ohne Kinder dieses Angebot als integralen Bestandteil frauenfreundlicher Strukturen in Selbsthilfeeinrichtungen betrachten. Zwei Drittel halten frauenspezifische Hauskrankenpflege für notwendig; offensichtlich möchten viele Frauen ausschließlich von Frauen gepflegt werden und/oder eine Pflege erhalten, die die weiblichen Aspekte von Krankheit besonders berücksichtigt. Wo und wie diese zum Ausdruck kommen, mußte noch näher definiert werden.

Freizeitaktivitäten mit Kindern erachten 60% als wichtiges frauenspezifisches Angebot. Hier gilt, was bereits bei Kinderbetreuung festgestellt wurde. Sozial- und Rechtsberatung wird ebenfalls von 60% der Frauen angegeben. Tatsächlich ergeben sich bei Frauen spezielle Notlagen, die ein ebensolches Beratungsangebot erfordern – z.B. bei Frauen mit Drogenkontakten, die häufig Probleme mit dem Sorgerecht haben. Notlagen können sich auch aufgrund des Alters und der Lebensgeschichte der Frauen ergeben. Bekannt ist auch, daß es Frauen besonders schwerfällt, die ihnen zustehenden Hilfen in Anspruch zu nehmen. Eine frauenspezifische Beratung könnte dies berücksichtigen und die Ratsuchenden in der Wahrnehmung ihrer berechtigten Ansprüche besonders bestärken.

Haushaltshilfen speziell für Frauen halten 60% der Frauen für wichtig, was darauf zurückgeführt werden kann, daß Frauen häufig einen Mehrpersonenhaushalt führen.

Nur 50% erachten eine speziell für Frauen eingerichtete telefonische Beratung für notwendig. Daß diesem Angebot nachrangige Bedeutung beigemessen wird, dürfte daran liegen, daß es häufiger von allgemein Ratsuchenden genutzt wird als von HIV-infizierten Menschen. Nur etwa 10% der betroffenen Frauen haben von diesem Angebot bisher Gebrauch gemacht.

Fast die Hälfte der Frauen wünscht, daß Körperarbeit und Freizeitaktivitäten auch speziell für Frauen angeboten werden. Weniger als die Hälfte haben diesen Wunsch im Hinblick auf Kreativworkshops und sportliche Aktivitäten.

Tab. 28: Wunsch nach frauenspezifischen Angeboten

	N	%
Persönliche Beratung	109	81,3
Therapeutische Begleitung	100	74,6
Gesprächsgruppen	99	73,9
Kinderbetreuung	94	70,1
Hauskrankenpflege	89	66,4
Freizeit mit Kindern	81	60,4
Sozial-u.Rechtsberatung	81	60,4
Haushaltshilfe	80	59,7
Telefonische Beratung	72	53,7
Körperarbeit	63	47,0
Kreativworkshops	59	44,0
Sport	38	28,4
Frauen insgesamt	134	100,0

Angebote unterhaltender Art – ausgenommen solche für Mutter und Kind – rangieren somit am Schluß. Trotzdem wünscht nahezu die Hälfte der Frauen gerade hier Frauenspezifisches. Betreuende und beratende Angebote werden grundsätzlich in frauenspezifischer Form gewünscht.

Vergleicht man die Angaben zu Angebotswünschen mit denen zur Angebotsnutzung und berücksichtigt man, daß nur 50% der Frauen angeben, daß es vor Ort frauenspezifische Angebote gibt, dann wird deutlich, daß das als wichtig Erachtete nur wenig mit dem tatsächlich Vorhandenen übereinstimmt.

In der Regel ist davon auszugehen, daß Angebote speziell für Frauen auch von Frauen offeriert werden. Vor allem die persönliche Beratung, zugleich das von den Frauen am häufigsten wahrgenommene Angebot, bedingt einen weiblichen Ansprechpartner. Das gilt ebenso für die Leitung von Gesprächsgruppen und für die therapeutische Begleitung: ein Mann wäre hier schlichtweg fehl am Platze. Das mag anders aussehen bei Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung, Dienstleistungen also, die durchaus auch von Männern erbracht werden können.

Daß in den Selbsthilfeeinrichtungen Handlungsbedarf besteht, ist offensichtlich. Klar sein dürfte, daß den Wünschen der Frauen in puncto frauenspezifische Angebote in den Bereichen Beratung, Betreuung und Freizeit nur entsprochen werden kann, wenn in den Selbsthilfeeinrichtungen verstärkt auf die Mitwirkung kompetenter Mitarbeiterinnen gesetzt wird.

Bei einigen angebotsbezogenen Wünschen lassen sich bestimmte Einflußfaktoren ausmachen. So bei Sozial- und Rechtsberatung, wo Erwerbstätigkeit und Einkommen eine Rolle spielen. Fast 70% der nicht regelmäßig Erwerbstätigen erachten dieses Angebot speziell für Frauen als wichtig, hingegen nur knapp die Hälfte der regelmäßig Berufstätigen. Dies ist ein Hinweis darauf, daß dieses

Angebot besonders stark von solchen Frauen genutzt wird, die vom Arbeits- oder Sozialamt Mittel beziehen, womit meist auch ein eher niedriges Einkommen verbunden ist. Zwei Drittel der Frauen mit weniger als DM 800,— und ebensoviele der Frauen mit einem Einkommen zwischen DM 800,— und DM 1.500,— wünschen dieses Angebot speziell für Frauen, hingegen nur 55% derjenigen mit einem Einkommen zwischen DM 1.500,— und DM 2.500,— und nur 31% derjenigen, die mehr als DM 2.500,— pro Monat haben.

Welche Bedeutung einer speziell für Frauen eingerichteten Gesprächsgruppe beigemessen wird, steht damit in Zusammenhang, wo die Frauen leben. Über 80% der in einer Kleinstadt oder auf dem Land Lebenden halten ein solches Angebot für wichtig, aber nur knapp 70% der Großstädterinnen.

Was Körperarbeit speziell für Frauen anbelangt, spielt – wie auch bei der Nutzung dieses Angebots – Erwerbstätigkeit eine Rolle. Über 60% der regelmäßig erwerbstätigen Frauen halten dieses Angebot für wichtig, aber auch 40% der nicht regelmäßig arbeitenden Frauen. Auch Bildung scheint einen Einfluß hierauf zu haben: Knapp 60% der Frauen mit höherem Schulabschluß, ein Drittel der Frauen mit mittlerem und fast 45% der Frauen mit niedrigem Abschluß schätzen dieses Angebot als wichtig ein.

Fast das gleiche gilt für Kreativworkshops als Angebot speziell für Frauen. Für wichtig halten es fast 60% der höhergebildeten Frauen, 30% der mit mittlerem und 40% der mit niedrigem Bildungsniveau. Das entspricht nur zum Teil den Angaben, die zur Nutzung gemacht wurden. Was hier überrascht, ist der hohe Anteil von Frauen mit niedriger Bildung. An den bundesweit angebotenen Kreativworkshops für Frauen nehmen lediglich knapp 5% der Frauen mit niedriger Schulbildung teil, gegenüber etwa 10% der Frauen mit mittlerer und 30% der mit höherer Bildung. Offensichtlich werden Angebote dieser Art zwar als wichtig eingeschätzt, es scheint jedoch Einflußgrößen zu geben, die die Nutzung erschweren. Z.B. werden viele der Frauen mit niedrigem Bildungsniveau substituiert – gut vorstellbar, daß in dieser Situation Bedürfnisse zwar formuliert, jedoch nicht ausgelebt werden. Die alles überlagernde Auseinandersetzung mit der Sucht verhindert dies.

Die Diskrepanz zwischen Bedürfnisäußerung und Handeln dürfte jedoch am stärksten vom Grad der Bildung abhängen: So erachten knapp 60% der Ex-Userinnen, 50% der Frauen ohne Drogenkontakte und ein Drittel der substituierten Frauen Körperarbeit als Angebot für Frauen als wichtig. Das entspricht, zumindest im Verhältnis, der Nutzung des Angebots: jeweils 15% der Frauen ohne Drogenkontakte und der Ex-Userinnen, keine der Substituierten nehmen an solchen Veranstaltungen teil.

Das eben Geschilderte läßt sich auch bei dem Wunsch „Sport speziell für Frauen“ beobachten. Knapp 40% der Frauen mit höherer, unter 20% der mit mittlerer und fast ein Viertel der mit niedriger Schulbildung halten dieses Angebot für wichtig. Daß Frauen mit höherer Bildung hier so stark vertreten sind, liegt möglicherweise daran, daß in dieser Gruppe Sport als Mittel zur Stabilisierung des Immunsystems weitaus bekannter ist denn bei weniger gebildeten Frauen.

Indices

Die Wünsche hinsichtlich frauenspezifischer Angebote wurden im weiteren einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen⁴⁴. Dazu wurden die bei den Variablen vorgegebenen Antworten „weniger wichtig“ und „nicht notwendig“ auf „nein“ codiert. Fehlende Werte wurden paarweise ausgeschlossen, um eine allzu starke Reduzierung der Fallzahl zu vermeiden.

Das Ergebnis waren vier Faktoren. Auf den ersten Faktor laden die Variablen „Freizeitaktivitäten“, „Kinderbetreuung“ und „Freizeitaktivitäten mit Kindern“. Dieser Faktor wird mit „Freizeit“ bezeichnet; Kinderbetreuung ist als mittelbares Freizeitangebot zu verstehen. Auf den zweiten Faktor laden „Rechts- und Sozialberatung“, „Haushaltshilfe“ und „Hauskrankenpflege“. Dieser Faktor erhält das Label „Betreuung“; Rechts- und Sozialberatung zielen auf besondere Notlagen, die oft einer Betreuung bedürfen. Der dritte Faktor, auf den „telefonische Beratung“, „persönliche Beratung“ und „Gesprächsgruppen“ laden, erhält die Bezeichnung „Kommunikation“. Auf den vierten Faktor laden „Körperarbeit“ und „Sport“. Er wird mit „Bewegung“ etikettiert.

Tab. 29: Faktorenanalyse

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Telefonische Beratung	.15418	-.07217	.58298	.08491
Persönliche Beratung	.04332	.24291	.67370	-.02286
Rechts- und Sozialberatung	.22873	.64787	-.21483	.22778
Freizeitaktivitäten	.70413	-.01497	.28046	.18404
Kreativworkshops	.49226	-.06951	.52997	.22129
Therapeutische Begleitung	-.02068	.31003	.17793	.42663
Gesprächsgruppen	-.07647	.01301	.78660	.17106
Körperarbeit	-.13650	.06597	.13299	.83377
Sport	.28410	.02899	.04316	.76817
Kinderbetreuung	.73290	.36945	.07971	-.13964
Freizeit mit Kindern	.81179	.25962	-.12511	-.01399
Haushaltshilfe	.14124	.80731	.12467	.09643
Hauskrankenpflege	.09702	.83123	.09523	-.00293

Aus den auf die Faktoren ladenden Variablen werden additive Indices gebildet. Mit diesen soll festgestellt werden, in welchen Bereichen die Frauen schwerpunktmäßig frauenspezifische Angebote für notwendig erachten. Fehlende Werte werden als „nicht notwendig“ interpretiert.

Fast die Hälfte der Frauen hält es für wichtig, daß alle im Bereich Kommunikation abgefragten Angebote speziell für Frauen bereitgehalten werden. Weitere 40% halten es für notwendig, daß zumindest ein oder zwei der Angebote speziell für Frauen konzipiert sind. Wenig mehr als 10% halten in diesem Bereich kein frauenspezifisches Angebot für nötig.

45% der Frauen erachten es als nötig, daß alle im Bereich Betreuung abgefragten Angebote speziell für Frauen bereitgehalten werden. Ein Drittel findet dies bei zwei oder drei Angeboten wichtig, und ein Fünftel sieht keine Notwendigkeit für ein frauenspezifisches Angebot.

Bei „Freizeit“ beziehen sich zwei der drei Angebote, aus denen dieser Index gebildet ist, auf Kinder und dadurch bereits auf spezifisch weibliche Bedürfnisse. Hier geht es also um die Frage, ob diese überhaupt offeriert werden sollen. Über ein Drittel der Frauen möchte, daß alle angeboten werden, etwa 40% möchten eines oder zwei der Angebote realisiert wissen, und weniger als ein Viertel hält keines der Angebote für notwendig.

Ein Viertel der Frauen möchte, daß beide dem Bereich „Bewegung“ zugeordneten Angebote speziell für Frauen bereitgehalten werden. Ein weiteres Viertel wünscht dies zumindest bei einem Angebot, die Hälfte der Frauen jedoch hält dies bei keinem der beiden Angebote für nötig.

Frauenspezifische Angebote werden also in den Bereichen „Betreuung“ und „Kommunikation“ als wichtiger erachtet denn in den Bereichen „Freizeit“ und „Bewegung“.

Engagement in der AIDS-Arbeit

Fast 60% der Frauen engagieren sich in der AIDS-Arbeit. Ein Drittel hat bereits anonym Interviews gegeben, jeweils 30% haben Protestschreiben unterstützt oder ehrenamtlich bei einer Selbsthilfeeinrichtung mitgearbeitet. Jeweils ein Viertel hat bei internen und öffentlichen Aktionen geholfen, 20% haben bereits nicht-anonym Interviews gegeben, und über 10% der Frauen arbeiten als bezahlte Mitarbeiterinnen in Selbsthilfeeinrichtungen⁴⁵.

Tab. 30: Engagement

	N	%
Engagement allgemein	78	58,2
Interviews anonym	48	35,8
Protestschreiben	41	30,6
ehrenamtliche Mitarbeit	40	29,9
Mithilfe bei öffentlichen Aktionen	36	26,9
Mithilfe bei internen Aktionen	33	24,6
Interviews nicht-anonym	26	19,4
Bezahlte Mitarbeit	17	12,7
insgesamt	134	100,0

Engagement allgemein ist abhängig von Alter, Einkommen und Diagnosezeitpunkt. Über 60% der 20- bis 29jährigen, 60% der 30- bis 39jährigen und fast 30% der über 40jährigen engagieren sich in der AIDS-Arbeit. Frauen über 40 en-

gagieren sich demnach weniger. Vermutlich fühlen sie sich in den Selbsthilfeeinrichtungen weniger gut aufgehoben. Außerdem wird die Mitarbeit in einer solchen Einrichtung automatisch mit persönlicher Betroffenheit assoziiert, was zum Problem werden kann, wenn das soziale Umfeld mit dem Thema AIDS nicht umgehen kann und von starken Vorurteilen geprägt ist. Solches dürfte auf die Generation der über 40jährigen eher zutreffen als auf jüngere Menschen.

Von den befragten Frauen mit weniger als DM 800,— Monatseinkommen sind fast 50% in der AIDS-Arbeit aktiv, von denen mit einem Einkommen zwischen DM 800,— und DM 1.500,— sogar 70%. Die Frauen mit einem Einkommen zwischen DM 1.500,— und DM 2.500,— engagieren sich zu 65% und Frauen mit einem Einkommen über DM 2.500,— zu knapp 40%.

Daß Frauen mit weniger als DM 800,— Monatseinkommen sich weniger stark engagieren, dürfte daran liegen, daß sie recht häufig mit existentiellen Problemen zu kämpfen haben. Engagement bedarf einer ausreichend gesicherten Existenz. Die ist bei den Frauen mit mehr als DM 2.500,— Monatseinkommen zwar gegeben, trotzdem zeigt diese Gruppe das geringste Engagement. Ein Grund hierfür kann volle berufliche Auslastung sein. Berufliches Ansehen und ein gehobener sozialer Status wiederum können die Ursache für Angst vor dem Verlust der Anonymität und den damit verbundenen Folgen sein. Eine unterzeichnete Petition, die Beteiligung an einer öffentlichen Aktion – das Engagement kann leicht entdeckt werden. Außerdem dürfte das bereits zu den über 40jährigen Gesagte auch hier zutreffen: Diese Frauen fühlen sich in Selbsthilfeeinrichtungen wahrscheinlich nicht sehr wohl, finden sich dort doch mehrheitlich Frauen, deren gesamte Lebenssituation sich sehr von der ihren unterscheidet.

Von den befragten Frauen, die ihre Diagnose vor 1985 erhielten, engagieren sich 65% in der AIDS-Arbeit allgemein, ebenso 70% derjenigen, die ihr Testergebnis zwischen 1986 und 1990 bekamen, und ein Drittel derjenigen, die sich zwischen 1991 und 1993 testen ließen. Der geringe Anteil engagierter Frauen, die ihr Testergebnis zwischen 1991 und 1993 erfuhren, macht deutlich, daß es eine gewisse Zeit dauert, ehe der Schock, den ein positives Testergebnis auslöst, überwunden ist. Offensichtlich erst dann entsteht der Wunsch, sich zu engagieren.

Einige Arten des Engagements weisen spezifische Zusammenhänge auf, so z.B. die Unterstützung von Anträgen und Protestschreiben. Hier spielt es eine Rolle, ob bereits Symptome vorliegen und wann jemand das Testergebnis erhalten hat. Ein Drittel der Frauen mit Symptomen hat sich bereits auf diese Weise engagiert, hingegen nur knapp 20% der symptomfreien Frauen. Möglicherweise haben die Themen, die zu solchem Engagement veranlassen, für Frauen mit Symptomen mehr Relevanz als für Frauen ohne Symptome.

Von den Frauen, die ihre Diagnose vor 1985 erhielten, haben 40% Anträge oder Protestschreiben unterstützt, ebenso 35% der Frauen, die ihr Testergebnis zwischen 1986 und 1990 erfuhren, und 11% der Frauen, die sich zwischen 1991 und 1993 testen ließen. Je länger also sich die Frauen mit dem positiven Testergebnis auseinandersetzen können, desto größer wird das Interesse, sich auf diese Weise zu engagieren.

Ehrenamtliche Mitarbeit weist einen leichten Zusammenhang mit dem Alter der Frauen auf. Von den 20- bis 29jährigen arbeiten 40% ehrenamtlich bei ei-

ner Selbsthilfeeinrichtung mit, ebenso 30% der Frauen, die zwischen 30 und 39 Jahre alt sind, und nur eine einzige Frau, die älter als 40 ist. Auch Partnerschaft spielt hier eine Rolle. Frauen ohne Partner arbeiten zu fast 40% ehrenamtlich in einer Selbsthilfeeinrichtung mit, Frauen mit Partner zu knapp einem Viertel. Frauen investieren offensichtlich einen großen Teil ihrer Energie in ihre Partnerschaft, was anderen Interessen weniger Raum läßt.

Bezahlte Mitarbeit in einer Selbsthilfeeinrichtung weist erwartungsgemäß einen Zusammenhang mit regelmäßiger Beschäftigung auf. Tatsächlich arbeiten nur etwa 20% der Frauen, die einer regelmäßigen Beschäftigung nachgehen, bei einer Selbsthilfeeinrichtung mit. Jeweils über 5% der befragten Frauen gehen einer regelmäßigen oder unregelmäßigen bezahlten Tätigkeit bei einer Selbsthilfeeinrichtung nach.

Die Bereitschaft, ein anonymes Interview für Zeitung oder Rundfunk zu geben, korreliert damit, ob Kinder – unter 18, bei ihren Müttern lebend – vorhanden sind. Über die Hälfte der Frauen mit Kind hat ein anonymes Interview gegeben, hingegen knapp ein Drittel der Frauen ohne Kind. Beim Thema „Frauen und AIDS“ stößt in der Öffentlichkeit vor allem der Aspekt „Kinder“ auf besonderes Interesse. Journalisten versuchen deshalb ganz gezielt, betroffene Mütter als Interviewpartner zu gewinnen.

Eine weitere Rolle spielt, wann die Frauen ihr Testergebnis erfuhren. Ein anonymes Interview gegeben haben etwa ein Drittel der Frauen, die ihre Diagnose vor 1985 erhielten, etwa ein Viertel derjenigen, die sie zwischen 1986 und 1990 erhielten und 6% derjenigen, die sie zwischen 1991 und 1993 erhielten.

Um festzustellen, ob die seit Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfe vergangene Zeit Einfluß auf das Engagement der Frauen hat, wurden lediglich die Fälle betrachtet, wo ausschließlich zur AIDS-Hilfe Kontakt besteht. Damit wird sichergestellt, daß der Zusammenhang zwischen Einrichtung und Mitarbeit eindeutig ist. Die Fallzahl beläuft sich auf N = 76. Es engagieren sich drei Viertel der Frauen, die 1989 und früher den Kontakt zur AIDS-Hilfe aufnahmen, etwa 60% derjenigen, die ihn zwischen 1990 und 1991 aufnahmen, und fast 15% derjenigen, die ihn 1992 oder 1993 aufnahmen. Je länger also die Frauen zu einer AIDS-Hilfe Kontakt haben, desto wahrscheinlicher wird es, daß sie sich in irgendeiner Form an der AIDS-Arbeit beteiligen.

Bei einigen Arten des Engagements ist dieser Zusammenhang besonders deutlich. Etwa 40% der Frauen, die zwischen 1985 und 1989 den Kontakt zur AIDS-Hilfe aufnahmen, haben einen Antrag oder ein Protestschreiben unterstützt. Von denen, die zwischen 1990 und 1991 zur AIDS-Hilfe kamen, ein Viertel und von denen, die zwischen 1992 und 1993 zu ihr stießen, nur knapp 5%.

Im Hinblick auf die Bereitschaft, für Zeitung und Rundfunk Interviews zu geben, läßt sich eine ähnliche Entwicklung beobachten. Die Hälfte der Frauen, die zwischen 1985 und 1989 den Kontakt zur AIDS-Hilfe aufnahmen, 30% derjenigen, die dies zwischen 1990 und 1991 taten, und 10% derjenigen, die zwischen 1992 und 1993 zu einer AIDS-Hilfe kamen, haben sich auf diese Weise engagiert. Die Bereitschaft, anonym in den Medien über die eigene Situation und Geschichte zu sprechen, nimmt mit den Jahren des Kontakts zur AIDS-Hilfe offenbar zu. In der Regel wenden sich Journalisten an die AIDS-Hilfe, um über sie Kontakt zu infizierten Frauen zu bekommen.

Etwas anders sieht es bei der Mithilfe bei öffentlichen Aktionen, der Teilnahme an Podiumsdiskussionen oder bei Interviews fürs Fernsehen aus. Knapp 30% der befragten Frauen, die zwischen 1985 und 1989 den Kontakt zur AIDS-Hilfe aufnahmen, haben an öffentlichen Aktionen teilgenommen, fast 40% derjenigen, die zwischen 1990 und 1991 und nur 10% derjenigen, die zwischen 1992 und 1993 zu ihr kamen.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich für die Teilnahme an Podiumsdiskussionen und Interviews fürs Fernsehen ab. Fast ein Fünftel der Frauen, die zwischen 1985 und 1989 und knapp ein Viertel derjenigen, die zwischen 1990 und 1991 den Kontakt zur AIDS-Hilfe aufnahmen, haben schon einmal an einer Podiumsdiskussion oder einem Interview fürs Fernsehen teilgenommen, jedoch keine einzige der Frauen, die später zu einer AIDS-Hilfe kamen.

Ein relativ hoher Prozentsatz der Frauen, die 1990/91 den Kontakt zu einer AIDS-Hilfe aufnahmen, war also schon nach kurzer Zeit bereit, bestimmte Aufgaben zu übernehmen und sogar an die Öffentlichkeit zu gehen. Infostände und das Verteilen von Flugblättern, die als Beispiele für öffentliche Aktionen genannt wurden, dienen der Informationsvermittlung. Es geht dabei nicht um das eigene Schicksal, sondern um die Situation HIV-Positiver und AIDS-Krankter im allgemeinen und um Prävention. Ein solches Engagement drückt Solidarität und Selbstbewußtsein aus. Die Teilnahme an Diskussionsrunden oder Interviews fürs Fernsehen hingegen ist fast immer mit Anonymitätsverlust verbunden und erfordert besonderen Mut. Motivierend wirkt aber sicherlich auch die Erkenntnis, daß das Mitteilen eigener Erfahrungen dazu beiträgt, das Bild positiver Frauen in der Öffentlichkeit zu prägen und ihre Situation zu verbessern.

Insbesondere ab 1990 kommen zunehmend selbstbewußte Frauen zu den AIDS-Hilfen, die bereit sind, an die Öffentlichkeit zu gehen. Inzwischen hatte sich auch der gesellschaftliche Umgang mit dem Thema AIDS und den Betroffenen verbessert, war also zweifellos dazu angetan, ein solches Engagement zu fördern. Für Frauen, die sich 1992/93 an eine AIDS-Hilfe gewandt hatten, kann dieser Trend keine Bestätigung finden. Zum einen ist der Anteil der Frauen, die erst seit kurzer Zeit von ihrem Positivsein wissen, in dieser Gruppe besonders hoch, und für sie steht zunächst im Vordergrund, diesen Schock zu verarbeiten. Zum anderen ist oft eine Eingewöhnungszeit notwendig, bevor jemand im Rahmen von Selbsthilfe öffentlich aktiv wird.

Die hier präsentierten Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund betrachtet werden, daß es gerade die engagierten Frauen sind, die durch die Befragung erreicht wurden. Aus dem untersuchten Sample lassen sich deshalb nicht ohne weiteres Rückschlüsse auf die Gesamtheit der infizierten Frauen ziehen.

Schwerpunktsetzungen für die künftige AIDS-Arbeit

Die Frauen wurden gefragt, welche Bereiche in der AIDS-Arbeit in den kommenden Jahren besonders gefördert werden sollten. Aus sechs möglichen Antwortvorgaben sollten sie zwei auswählen.

Jeweils 47% nannten die Bereiche „Frauen“⁴⁶ und „Betreuung“ als einen zu fördernden Schwerpunkt, 43% nannten „Öffentlichkeitsarbeit“.

Tab. 31: Schwerpunkte für die künftige AIDS-Arbeit

	Nennungen	in %
Drogen	21	15,6
Öffentlichkeitsarbeit	58	43,2
Prävention	19	14,1
Strafvollzug	11	8,2
Frauen	64	47,7
Betreuung	63	47,0
Befragte insgesamt	134	100,0

Diese Bereiche wurden auch am häufigsten in Kombination genannt: ein Fünftel „Frauen“ + „Betreuung“, ebenfalls fast 20% „Öffentlichkeitsarbeit“ + „Betreuung“, knapp 15% „Frauen“ + „Öffentlichkeitsarbeit“.

Diese Kombinationen tauchen – wenn auch leicht variiert – auch bei der Betrachtung einzelner Gruppen auf. Frauen mit Symptomen nennen zu 53% den Bereich „Frauen“ und kombinieren zu einem Viertel „Frauen“ und „Betreuung“. Die Hälfte der Frauen ohne Symptome nennt hingegen „Öffentlichkeitsarbeit“ als künftigen Schwerpunktbereich.

In der Gruppe der Frauen mit höherer Bildung ist „Frauen“ mit 60% die häufigste Nennung, jeweils zu einem Viertel kombiniert mit „Betreuung“ und „Öffentlichkeitsarbeit“. Hingegen nennt jeweils die Hälfte der Frauen mit niedrigem und mittlerem Schulabschluß „Betreuung“ als den in Zukunft auszubauenen Bereich. Allerdings nennen Frauen mit mittlerem Schulabschluß ebenfalls zur Hälfte „Öffentlichkeitsarbeit“.

Die Gruppe der Frauen, die bis zum Jahre 1985 von ihrer HIV-Infektion erfuhr, ist die einzige, die dem Bereich „Drogen“ eine Bedeutung für die Zukunft beimißt. Das liegt wahrscheinlich daran, daß diese Frauen fast alle über eigene Drogenerfahrungen verfügen. Doch auch hier kommt der Bereich „Drogen“ mit 30% erst an dritter Stelle, nach „Frauen“ mit 55% und „Betreuung“ mit 40%. Frauen, die zwischen 1986 und 1990 ihr Testergebnis erhielten, nennen zur Hälfte „Betreuung“, und diejenigen, die es später erhielten, nennen jeweils zu 55% „Öffentlichkeitsarbeit“ und „Frauen“.

Folgende Aussagen beziehen sich lediglich auf die Frauen, die ausschließlich zu AIDS-Hilfen Kontakt haben. Bei den Frauen, die den Kontakt zwischen 1985 und 1991 aufnahmen, ist mit 58% die häufigste Nennung „Betreuung“. Die sich vor 1989 an eine AIDS-Hilfe wandten, nennen „Frauen“ mit fast 50% am zweithäufigsten. Die dies zwischen 1990 und 1991 taten, nennen hingegen zu 50% „Öffentlichkeitsarbeit“. Die Frauen, die 1992 und später zu einer AIDS-Hilfe kamen, nennen zu 70% „Öffentlichkeitsarbeit“ als den künftig auszubauenen Bereich.

Frauen, die den Kontakt bis 1991 aufgenommen hatten, möchten also eher den Bereich „Betreuung“ gefördert sehen, während diejenigen, die erst in jüngerer Zeit zur AIDS-Hilfe kamen, dies eher für die „Öffentlichkeitsarbeit“ wün-

schen. Berücksichtigt man, daß die Zahl der HIV-Infektionen bei den Frauen ohne Drogenkontakte zugenommen hat, so rühren diese Unterschiede sicherlich aus dem wachsenden Bedürfnis, das von „Prostitution“ und „Drogen“ geprägte Bild der infizierten Frauen zu ändern, um ihnen den offenen Umgang mit ihrer Infektion oder Erkrankung leichter zu machen.

Bei allen Gruppen stehen die Bereiche „Betreuung“, „Frauen“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ im Vordergrund, dort also soll nach Ansicht der Frauen in den nächsten Jahren schwerpunktmäßig Zeit und Geld investiert werden. In welcher Form dies geschehen soll, hängt wiederum von den unterschiedlichen Bedürfnissen der Frauen ab.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Lebenssituation

Die 134 Frauen des Samples befinden sich fast alle im Alter zwischen 20 und 39 Jahren. Sie wurden vorwiegend durch intravenösen Drogengebrauch oder heterosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert. Die Frauen erhielten ihre Diagnose größtenteils im Alter zwischen 20 und 29 Jahren. Die Frauen mit Drogenkontakten erhielten ihr Testergebnis meist früher als die anderen Frauen; sie sind heute eher zwischen 30 und 39 Jahre alt. Die Frauen ohne Drogenkontakte, die ihr Testergebnis erst in jüngerer Zeit erhielten, sind hingegen eher der Altersgruppe der 20- bis 29jährigen zuzurechnen.

Die Frauen ohne Drogenkontakte haben fast alle eine Berufsausbildung: Auffällig ist hier der hohe Anteil von Frauen mit höherem Schulabschluß. Frauen mit Drogenkontakten stammen oft aus schlechten sozialen Verhältnissen, haben in frühem Alter angefangen, Drogen zu nehmen, und haben oft mehrere Jahre ihres Lebens in der Szene verbracht. Dementsprechend schlecht ist um ihre schulische und berufliche Ausbildung bestellt. Bei den Ex-Userinnen ist das Bildungsniveau allerdings deutlich besser als bei den substituierten Frauen, was mit der jeweils unterschiedlichen Lebenssituation und -geschichte zusammenhängen dürfte.

Hinsichtlich Erwerbstätigkeit und Einkommen unterscheiden sich die Befragten weniger stark, als die Bildungsunterschiede vermuten lassen. Nur ein Drittel der Frauen ist erwerbstätig, die Hälfte hat ein Einkommen von weniger als DM 1.500,—. Dieser Umstand läßt sich nur teilweise mit Drogenkontakten in Verbindung bringen. In dieser Gruppe ist der Prozentsatz der nichterwerbstätigen Frauen und der Frauen mit niedrigem Einkommen zwar höher, beides kommt aber auch bei jeweils einem Drittel der Frauen ohne Drogenkontakte vor.

Die meisten der befragten Frauen, nämlich 40% leben allein oder allein mit Kind. Die zweithäufigste Lebensform ist das Zusammenleben mit dem Partner. Ex-Userinnen wohnen eher gemeinsam mit dem Partner, während Frauen ohne Drogenkontakte und substituierte Frauen auch oft in Wohngemeinschaften leben.

Etwa 50% haben einen festen Partner. Weit über die Hälfte der Frauen haben den Partner erst nach Erhalt ihres Testergebnisses kennengelernt. Ein Drittel der Partner ist ebenfalls HIV-infiziert. Bei den Substituierten trifft dies auf die Hälfte der Partner zu.

Viele Frauen mit Drogenkontakten haben Kinder, die vor Beginn der Substitution oder des Clean-Werdens zur Welt kamen und nicht bei ihnen leben. Ein Fünftel aller Frauen hat Kinder unter 18 Jahren, mit denen sie zusammenleben.

HIV-infizierte Frauen sind fast alle im gebärfähigen Alter, was bedeutet, sich mit Schwangerschaft und Kinderwunsch auseinandersetzen zu müssen. Ein Drittel der befragten Frauen wünscht sich – unabhängig von ihrer aktuellen Lebenssituation – ein Kind. Die Angaben zu Kinderwunsch und Verhalten im Falle einer Schwangerschaft sind teilweise ambivalent und weisen auf innere Zerrissenheit angesichts dieser Themen hin. Diese Aspekte sind in den Angeboten

von Beratungsstellen und Selbsthilfeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen den Eindruck, daß HIV-infizierte Frauen eine höchst heterogene Gruppe bilden. Unterschiede zeigen sich beim Alter, dem Bildungsniveau, der Erwerbstätigkeit, dem Einkommen und der sozialen Situation. Was die drei letztgenannten Punkte angeht, zeigen sich auch Gemeinsamkeiten: die befragten Frauen sind nur zu einem sehr geringen Prozentsatz erwerbstätig, sehr viele leben in schlechten Einkommensverhältnissen und viele wohnen allein.

Medizinische Versorgung

Zwei Drittel der Frauen des Samples haben bereits Symptome einer AIDS-Erkrankung entwickelt. Ein Drittel ist symptomfrei.

Fast alle Frauen sind bei AllgemeinmedizinerInnen oder GynäkologInnen in Behandlung, die auf die HIV-Infektion spezialisiert sind. Ein Drittel konsultiert zusätzlich HeilpraktikerInnen. Frauen aus kleinstädtischen oder ländlichen Regionen begeben sich, wenn sie zur Behandlung ohnehin in die nächstgelegene Großstadt müssen, dort eher in spezialisierte Fachabteilungen der Kliniken als zu niedergelassenen ÄrztInnen.

Bei der Gestaltung der medizinischen Versorgung spielt das Bildungsniveau eine Rolle. Höhergebildete Frauen tendieren etwas stärker dazu, sich von spezialisierten ÄrztInnen behandeln zu lassen als Frauen mit mittlerem und niedrigem Bildungsniveau. Nur wenige Frauen mit niedrigem Bildungsabschluß sind bei HeilpraktikerInnen in Behandlung.

Wer Naturheilmittel nimmt, verfügt in der Regel über ein besseres Einkommen. Dies hängt sicherlich auch mit den zum Teil recht hohen Preisen dieser Mittel zusammen.

Bei der gynäkologischen Versorgung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Substituierten und den anderen Gruppen. Nur ein Fünftel der Erstgenannten hat Kontakt zu niedergelassenen GynäkologInnen. Offensichtlich finden regelmäßige Routineuntersuchungen kaum statt, und bei akuter Problematik werden eher gleich die Fachabteilungen der Kliniken konsultiert.

Im Bereich Gynäkologie bevorzugen 40% der Frauen eine Behandlung durch eine Frau, im Bereich Allgemeinmedizin und Naturheilkunde jeweils 15% der Befragten. Ob eine Frau oder ein Mann als Arzt oder Naturheilkundler gewünscht wird, hängt ebenfalls mit der Schulbildung zusammen. Höhergebildete Frauen bevorzugen in allen Bereichen die Behandlung durch eine Frau.

Der hohe Anteil von Frauen, die SpezialistInnen konsultieren, läßt darauf schließen, daß diese Art der medizinischen Versorgung grundsätzlich gewährleistet ist. Jedoch sollte geprüft werden, inwieweit es Frauen aus ländlichen Regionen möglich ist, in ihrer näheren Umgebung solchermaßen versorgt zu werden. Wo dies nicht der Fall ist, sollten Fortbildungen angeboten werden.

Zu überlegen ist außerdem, wie substituierten Frauen der Zugang zu regelmäßiger gynäkologischer Betreuung erleichtert werden kann. In gewissem Umfang ist dieser Aspekt bei der Einrichtung spezialisierter gynäkologischer Statio-

nen bereits erfolgreich berücksichtigt worden, wie die Fallzahlen bestätigen. Zweifellos müssen aber gerade in unterversorgten Gebieten weitere Bemühungen in diese Richtung erfolgen.

Psychosoziale Unterstützung

Über 90% der befragten Frauen haben Kontakt zu einer Selbsthilfeeinrichtung. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Erhebung über Organisationen ebendieser Art gelaufen ist.

Die durchschnittliche Zeitdauer, die zwischen dem Erhalt des Testergebnisses und der Aufnahme des Kontakts zu einer Selbsthilfeeinrichtung liegt, hat sich im Laufe der Jahre verringert. Dieser Trend bestätigt sich auch bei den substituierten Frauen. Sie brauchen jedoch, wahrscheinlich aufgrund ihrer Lebenssituation und -geschichte, im Schnitt deutlich länger als Ex-Userinnen oder Frauen ohne Drogenkontakte, ehe sie sich an eine AIDS-Hilfe wenden.

Zu überlegen wäre, auf welche Art drogenabhängigen und substituierten Frauen der Zugang zu Selbsthilfeeinrichtungen erleichtert werden könnte. In einigen Städten gibt es bereits erfolgreich arbeitende Streetwork-Projekte und besonders niedrigschwellige Anlaufstellen, auch speziell für Frauen (Bundesmodellprojekt). Sie sollten, auch im Hinblick auf die HIV-Prävention, weiter ausgebaut statt – wie derzeit leider der Fall – abgebaut werden.

Psychische Probleme und der Wunsch nach Kontakten zu Menschen in vergleichbarer Situation sind vorrangige Gründe dafür, Kontakt zu einer Selbsthilfeeinrichtung aufzunehmen. Als weitere Anlässe werden Informationsbedarf und der HIV-Antikörperstest genannt. Bei den substituierten Frauen hingegen waren es neben psychischen Problemen vor allem Therapie oder Substitution, die zur Kontaktaufnahme veranlaßten. Auch hier kommt wieder zum Tragen, daß viele Substituierte zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme noch Fixerinnen waren.

Das von den Frauen am häufigsten wahrgenommene Angebot ist „persönliche Beratung“, gefolgt von „Gesprächsgruppen“ sowie „Sozial- und Rechtsberatung“. Berufstätige Frauen und Frauen ohne Symptome suchen weitaus seltener eine persönliche Beratung als nicht regelmäßig Erwerbstätige oder Frauen mit Symptomen, wobei zwischen Nichterwerbstätigkeit und dem Vorliegen von Symptomen ein gewisser Zusammenhang besteht. Beides kann aber auch jeweils für sich genommen mit besonderen psychischen Belastungen verbunden sein. Auf dem Land oder in der Kleinstadt lebende Frauen nutzen dieses Angebot stärker als Großstädterinnen, was auf einen Mangel an Gesprächsalternativen im privaten wie institutionellen Bereich schließen läßt. Dieselbe Tendenz läßt sich beim Angebot „Gesprächsgruppen“ feststellen.

Alleinlebende Frauen, Frauen mit Symptomen und Frauen mit geringem Einkommen nutzen das Angebot „Sozial- und Rechtsberatung“ besonders häufig, was mit einem erhöhten Bedarf an Betreuung, Pflege und finanzieller Unterstützung zusammenhängen dürfte, bei deren Beantragung Hilfe notwendig ist. Alleinlebende Frauen nutzen Freizeitangebote deutlich öfter als Frauen, die mit dem Partner oder in einer WG leben. Auch Frauen, die Kinder haben, nutzen diese Angebote häufiger als Frauen ohne Kinder.

Frauen mit höherem Bildungsabschluß nehmen eher an Kreativworkshops teil als Frauen mit niedrigerem Bildungsabschluß. Bildung erleichtert den Zugang zu diesem Angebot. Dasselbe gilt für Körperarbeit. Auch nehmen Frauen ohne Partner häufiger an Kreativworkshops teil als Frauen mit Partner.

Therapeutische Begleitung wird eher von Frauen mit Symptomen in Anspruch genommen als von Frauen ohne Symptome. Eine Haushaltshilfe wird fast ausschließlich von ersteren in Anspruch genommen.

Frauen ohne Symptome verzichten häufiger auf die Nutzung von Angeboten als Frauen mit Symptomen, die sich aufgrund psychischer und körperlicher Belastungen an Selbsthilfeeinrichtungen wenden.

Frauenspezifische Angebote

Fast alle Befragten erachten Angebote speziell für Frauen und weibliche Ansprechpartner als sehr wichtig. Demgegenüber mangelt es in den Selbsthilfeeinrichtungen an frauenspezifischen Angeboten und festangestellten Mitarbeiterinnen. Dieses Mißverhältnis sollte bei künftigen Konzeptionen zur AIDS-Arbeit berücksichtigt und ausgeglichen werden.

In Großstädten gibt es mehr Einrichtungen mit festangestellten Mitarbeiterinnen für den Bereich „Frauen“ sowie mit frauenspezifischen Angeboten als auf dem Land und in Kleinstädten. In den Forderungen nach Schaffung solcher Angebote in diesen Regionen sollte die Zahl der dort lebenden infizierten Frauen berücksichtigt werden. Grundsätzlich wäre es jedoch wichtig, daß jede Selbsthilfeeinrichtung zumindest über eine Teilstelle für den Bereich „Frauen“ verfügt und wenigstens die am stärksten nachgefragten Angebote bereithält.

„Persönliche Beratung“ ist das am häufigsten genannte Angebot, das speziell für Frauen bereitgehalten werden soll. Es folgen therapeutische Begleitung, Gesprächsgruppen sowie Sozial- und Rechtsberatung. Aber auch Kinderbetreuung, Hauskrankenpflege, Freizeitaktivitäten mit Kindern und Haushaltshilfen speziell für Frauen halten mehr als 60% für wichtig. Unterhaltungs- und Bewegungsangebote rangieren am Schluß.

Frauen mit niedrigem Einkommen und nicht regelmäßig erwerbstätige halten eine Sozial- und Rechtsberatung speziell für Frauen für notwendiger als andere. Sie sind auch die besonders starken Nutzerinnen dieses Angebots.

Gesprächsgruppen speziell für Frauen werden vor allem von in Kleinstädtischen und ländlichen Regionen lebenden Frauen gewünscht.

Der Wunsch nach Körperarbeit und Kreativworkshops speziell für Frauen variiert je nach Bildungsniveau. Er wird vor allem von höhergebildeten Frauen geäußert, überraschenderweise aber auch von denjenigen mit niedrigem Bildungsabschluß. Das gleiche gilt für den Sport als Angebot speziell für Frauen.

Substituierte wiederum halten Angebote zur Körperarbeit für weniger wichtig als Ex-Userinnen und Frauen ohne Drogenkontakte.

Anhand einer explorativen Faktorenanalyse wurde ermittelt, daß Angebote in den Bereichen „Betreuung“ und „Kommunikation“ als wichtiger eingeschätzt werden als in den Bereichen „Freizeit“ und „Bewegung“. Selbsthilfe-

einrichtungen sollten also wenigstens Beratung und Gesprächsgruppen als Angebote speziell für Frauen bereithalten.

Engagement in der AIDS-Arbeit

In der AIDS-Arbeit engagieren sich 60% der befragten Frauen. Frauen der mittleren Einkommensgruppen engagieren sich häufiger als Frauen mit niedrigem oder hohem Einkommen.

Frauen, die ihr Testergebnis zwischen 1991 und 1993 erhielten, engagieren sich seltener als Frauen, die von ihrer HIV-Infektion schon länger wissen. Engagement ist auch dort häufiger zu beobachten, wo bereits seit längerem Kontakt zu einer AIDS-Hilfe besteht. Offensichtlich fördert ein solcher Kontakt das Selbstbewußtsein – eine wichtige Voraussetzung für ein Engagement.

Frauen mit Symptomen unterstützen Anträge und Protestschreiben häufiger als Frauen ohne Symptome.

Frauen ohne Partner arbeiten häufiger ehrenamtlich bei einer Selbsthilfeeinrichtung mit als Frauen mit Partner.

Anonyme Interviews für Zeitung und Rundfunk werden häufiger von Frauen mit Kindern gegeben als von Frauen ohne Kinder. Auch die seit Erhalt des Testergebnisses und seit Aufnahme des ersten Kontakts zu einer Selbsthilfeeinrichtung vergangene Zeit spielt hierbei eine Rolle. Je länger beides zurückliegt, desto größer wird die Bereitschaft, anonyme Interviews zu geben. Frauen, die zwischen 1990 und 1992 zu einer AIDS-Hilfe kamen, sind eher bereit, aus der Anonymität hervorzutreten als Frauen, die den Kontakt bereits in früheren Jahren gesucht haben. Bei ersteren handelt es sich vor allem um heterosexuell infizierte Frauen ohne Drogenkontakte, denen daran gelegen ist, auf eine Veränderung des Bildes hinzuwirken, das infizierte Frauen in der Öffentlichkeit haben. Bei Frauen, die erst 1992 oder später Kontakt zur AIDS-Hilfe aufgenommen haben, zeigt sich diese Tendenz noch nicht. Sie brauchen offensichtlich noch einige Zeit, um das Testergebnis zu verarbeiten und sich in einer Selbsthilfeeinrichtung einzugewöhnen.

Schwerpunkte der künftigen AIDS-Arbeit

„Frauen“, „Betreuung“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ wurden am häufigsten als die künftig auszubauenden Bereiche genannt.

Frauen mit Symptomen erachten vor allem „Betreuung“ als wichtig, asymptotische Frauen hingegen „Öffentlichkeitsarbeit“.

Höhergebildete möchten vor allem den Schwerpunkt „Frauen“ ausgebaut wissen, sicherlich deshalb, weil diese Gruppe für Frauenfragen besonders sensibilisiert ist. Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau hingegen geben der „Betreuung“ den Vorzug.

„Öffentlichkeitsarbeit“ wird vor allem von den Frauen als Schwerpunkt genannt, die in jüngster Zeit ihr Testergebnis erhielten oder erst vor kurzem zur AIDS-Hilfe Kontakt aufgenommen haben. Wer hingegen schon länger von der

HIV-Infektion weiß oder bereits länger Kontakt zur AIDS-Hilfe hat, gibt eher den Bereichen „Betreuung“ und „Frauen“ den Vorzug. Diesem Trend entspricht die Beobachtung, daß die zwischen 1990 und 1992 zur AIDS-Hilfe gekommenen Frauen eine relativ hohe Bereitschaft zeigen, ihre Anonymität aufzugeben. Es darf davon ausgegangen werden, daß sich infizierte Frauen in zunehmendem Maße öffentlich für ihre Belange engagieren werden.

Anmerkungen

- 1 Nach Angaben des AIDS-Zentrums vom 31.12.94 sind 46,9% der HIV-positiv getesteten Frauen zwischen 20 und 29 Jahre alt. Weitere 26% sind der Altersgruppe der 30- bis 39jährigen zuzuordnen (AIDS/HIV Quartalsbericht IV/94 des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, S. 14).
- 2 Die finanzielle Benachteiligung von Frauen insgesamt schlägt hier zu Buche. Zur schlechteren Bezahlung kommen berufliche Pausen oder verspäteter Einstieg in den Beruf aufgrund von Mutterschaft oder – wie in diesem Zusammenhang – Drogenabhängigkeit hinzu.
- 3 Dies ergaben Gespräche mit infizierten Müttern und wurde auch von Erika Parsa bestätigt. Sie berichtete davon, wie schwer es den Frauen fällt, Betreuungsangebote wahrzunehmen, obwohl sie offensichtlich überfordert sind und dringend Zeit für sich selbst bräuchten.
- 4 Melitta Walter nennt es ein „ungeschriebenes Gesetz“, daß Frauen für die „körperliche und emotionale Gesunderhaltung der Gesellschaft im allgemeinen und im besonderen“ zuständig sind. Als ein Argument hierfür führt sie den hohen Anteil an Frauen in helfenden Berufen an.
- 5 Gerhards und Schmidt beschreiben in ihrer Untersuchung „Intime Kommunikation“ die Phase des Kennenlernens als ein „sukzessives Prozessieren“ in Form nicht eindeutiger Schritte aufeinander zu, die bei zurückweisender Reaktion des Partners umgedeutet werden können und den Rückzug gestatten (Gerhards, Schmidt 1992, S. 141).
- 6 Belastende Lebensereignisse – z.B. Verlust des Partners durch Trennung oder Tod, Zusammenleben in disharmonischer Beziehung – können zu Veränderungen des Immunstatus führen, die sich anhand von Blutwertmessungen nachweisen lassen (Schulz/Schulz 1990).
- 7 Viele der in diesem Kapitel getroffenen Aussagen gehen auf Gespräche und Interviews mit infizierten Frauen zurück (Frauenbroschüre der Berliner AIDS-Hilfe e.V., S. 13-33; Rieder/Ruppelt 1991).
- 8 Als Endemiegebiete werden solche bezeichnet, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird, z.B. Karibik, Zentral- und Westafrika (AIDS/HIV Quartalsbericht IV/94, S. 2).
- 9 Laut Bernadette Jäger-Collet haben etwa 38% der mit einem bisexuellen Mann verheirateten Frauen von dessen Bisexualität gewußt, als sie die Beziehung eingingen. Die anderen erfahren dies erst im Laufe der Ehe. Jäger-Collet beruft sich hierbei auf Matteson, D.: Bisexual men in marriage; J Homosexual 1985; S. 11; S. 149-170
- 10 Vor allem junge Frauen leben Phasen sequenzieller Monogamie, d.h. sie haben nacheinander mehrere Beziehungen, innerhalb derer sie aber treu sind (Herprich/Flock 1990, S. 49).
- 11 Die Angaben beziehen sich auf die gemeldeten AIDS-Fälle bei Frauen (N = 1211); davon werden 47,5% als IVDA („intravenös drogenabhängig“) eingeordnet (AIDS/HIV Quartalsbericht IV/94, S. 7, Tabelle 5b). Rechnet man bei den HIV-Bestätigungstests die als weiblich gekennzeichneten Fälle heraus, erhält man N = 3256; davon werden 57,4% als IVDA eingeordnet. Die

so errechnete Fallzahl ist nicht exakt, da die Infektionswege PPI („prä- und perinatale Infektion“) und Pattern II („Endemiegebiet“) nicht nach Geschlecht gesplittet sind. Wird in diesen Fällen von einer paritätischen Verteilung der Geschlechter ausgegangen, ergibt sich eine Fallzahl von N = 3856, und der prozentuale Anteil der IVDA-Fälle verringert sich auf 48,5% (ebenda, S. 13, Tabelle 11).

- 12 Über die Definition von „Sucht“ und „Abhängigkeit“ herrscht Uneinigkeit. Mit „Sucht“ werden heute übersteigerte Formen von an sich gewöhnlichen Verhaltensweisen bezeichnet, was nicht unbedingt etwas mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen zu tun haben muß, aber immer zwanghaftes Verhalten impliziert. Ein Expertengremium der WHO lieferte 1952 folgenden auf psychoaktive Substanzen bezogenen Definitionsversuch: „Sucht ist ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch die wiederholte Einnahme einer Droge hervorgerufen wird. Ihre Charakteristika sind (1) ein überwältigendes Bedürfnis, die Drogeneinnahme fortzusetzen und sich diese mit allen Mitteln zu verschaffen; (2) eine Tendenz zur Dosissteigerung; (3) eine psychische und allgemein eine physische Abhängigkeit von den Drogenwirkungen; (4) zerstörerische Wirkung auf das Individuum und die Gesellschaft“ (WHO 1952, 7). Nach dem im selben Jahr mißglückten Versuch, „Sucht“ durch „Gewöhnung“ zu ersetzen, eignete man sich 1964 schließlich auf den Begriff „Drogenabhängigkeit“, da „die Heterogenität der Drogen keinen einheitlichen Suchtbegriff“ mehr zulasse. Drogenabhängigkeit sei „ein Zustand, der sich aus der wiederholten Einnahme einer Droge ergibt, wobei die Einnahme periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann. Ihre Charakteristika variieren in Abhängigkeit von der benutzten Droge...“ (WHO 1964, 9). Die Definitionen der WHO sind als Versuche zu betrachten, wissenschaftliche Ansätze mit den Anforderungen internationaler Suchtstoffabkommen zu verbinden und beziehen insofern die jeweilige Interessenlage und weltanschauliche Bewertungen mit ein (nach Scheerer/Vogt 1989, S. 11-17). In der vorliegenden Arbeit wird Sucht als psychisches Verlangen und Abhängigkeit als körperliche Toleranzentwicklung mit den daraus folgenden Entzugserscheinungen definiert.
- 13 Den Lebensgeschichten vieler FixerInnen läßt sich entnehmen, daß die Suche nach Alternativen oft lange vor dem ersten Kontakt zu harten Drogen begonnen hatte und die Heroinszene nicht die erste Subkultur war, in der sie sich zu Hause fühlten (Noller 1989, S. 79-192; v.Soer/Wolny-Follath 1990).
- 14 Scheerer schätzt den Anteil der GelegenheitskonsumentInnen in den USA auf etwa 40% der HeroingebräucherInnen. Durch selbstbestimmte Normen und Riten halten sie den Konsum unter Kontrolle und vermeiden so die nachteiligen Folgen des Heroinkonsums. Der Gebrauch der Droge erhält seinen Platz im Gefüge ihrer sonstigen Beziehungen und Verpflichtungen (Scheerer 1989, S. 299).
- 15 Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, daß bei Frauen der Erstkonsum häufig im Rahmen der Beziehung zum drogenabhängigen Partner erfolgt.
- 16 Diese Aussage basiert auf persönlichen Gesprächen, die im Verlauf dieser Untersuchung mit infizierten Frauen und SozialarbeiterInnen geführt wurden. Der Autorin ist nicht bekannt, ob es Untersuchungen gibt, in denen dies nachgewiesen wurde.
- 17 Die Handhabung des HIV-Antikörpertests im Strafvollzug ist von Bundesland zu Bundesland verschieden. In Bayern z.B. wird seit Mai 1987 verlangt, daß sich alle Gefangenen dem Test unterziehen (Schuller/Stöver 1989, S. 27).
- 18 Es ist üblich, nach zwei Dritteln der Haftzeit eine Haftprüfung vorzunehmen und bei guter Führung das letzte Drittel zu erlassen.
- 19 Im Oktober 1989 äußerte die Berliner Justizsenatorin Prof. Limbach: „Es besteht dringender Handlungsbedarf, aber es gibt darauf nur eine Antwort. Wir sind noch immer dabei zu sehen, wie wir überhaupt unterbinden können, daß in diesem Maße Drogen in die Anstalt kommen können... Daß es immer Kanäle geben wird, kann ich nicht verneinen. Aber das macht mich

- nicht in den Bemühungen irre, trotz allem zu versuchen, das einigermaßen in den Griff zu bekommen.“ (zitiert nach: Parsa/Rademacher 1990, S. 34)
- 20 Zitat eines Drogenabhängigen in Berlin Tegel: „Die sind schon alle infiziert. Die Pumpen, die im Umlauf sind, sind alle verseucht. Das wissen wir alle, aber das stört niemanden, absolut niemanden. Das ist so, als ob du einem Verhungerten ein Brot hinhältst und sagst, daß die Gelbsucht dran ist oder daß es vergiftet ist. Der beißt trotzdem rein.“ (Kraushaar 1986, S. 97)
- 21 Methadon ist ein synthetisches Opiat mit morphinähnlicher Wirkung. Es war in Deutschland während des 2. Weltkrieges von der Firma Hoechst als Substitut für Morphin entwickelt worden. Nach Kriegsende wurden die Patente von den Alliierten enteignet, und das Präparat wurde in den USA unter dem Freinamen „Methadon“ auf den Markt gebracht. In Deutschland, wieder von Hoechst vertrieben, erhielt es den Namen „Polamidon“. Aus dieser Substanz wurde Ende der 50er Jahre das etwa doppelt bis viermal so starke Levomethadon, in Deutschland L-Polamidon, gewonnen. In der Bundesrepublik ist diese Form des Methadon heute die einzig verschreibungsfähige. Bei den im Folgenden erwähnten Methadonprogrammen wird also L-Polamidon vergeben. Als Substitut für Heroin ist es aufgrund seiner langen Wirkzeit (24 bis 36 Stunden) und der Möglichkeit der oralen Gabe besonders geeignet (Bossong/Scheerer 1989, S. 336).
- 22 Fast alle europäischen Staaten haben zugelassene Methadonprogramme. Hierbei gelten vor allem die Schweiz und die Niederlande als beispielhaft. Sie bieten neben hochschwelligem, mit starker Kontrolle verbundenen Programmen auch niedrigschwellige, kurzfristige Überbrückungsmöglichkeiten an. Außerhalb Europas wird in den USA, in Australien, Kanada, Hongkong, Laos und Thailand substituiert (Weber/Schneider 1992, S. 669).
- 23 Relativ viele schaffen den Sprung in die Abstinenz. Angaben darüber schwanken zwischen 30% und 70% (Bossong/Scheerer 1989, S. 340). Das übersteigt die Erfolgsquote der Abstinenztherapien bei weitem.
- 24 Eine Verbesserung der Beziehung zu Familienangehörigen wird in Untersuchungen immer wieder beobachtet (Weber/Schneider 1992, S. 668, S. 676 ff.)
- 25 Das Angebot in den Beratungsstellen hängt wesentlich von den MitarbeiterInnen ab. Z.B. gab es in Berlin-Kreuzberg eine sehr gute Einzelfallbetreuung vor allem für Drogenabhängige. Leider ist diese Stelle Kürzungen zum Opfer gefallen. Auch die Bezirksämter Schöneberg und Charlottenburg machen im Rahmen ihrer psychosozialen Hilfsdienste Angebote für Infizierte, auch speziell für Frauen.
- 26 46,9% der infizierten Frauen gehören der Altersgruppe der 20-29jährigen an, gegenüber 28,8% der infizierten Männer. Ein weiteres Viertel, nämlich 26% der Frauen sind zwischen 30 und 39 Jahren alt. 31,5% der Männer fallen unter diese Altersgruppe. Nur 9,1% der Frauen sind über 40, gegenüber 23,5% der Männern. Ähnlich ist das Verhältnis bei den Erkrankten: 76% der erkrankten Frauen sind zwischen 20 und 39 Jahren alt, dagegen nur 54% der Männer. Jedoch sind 44,8% der Männer über 40, gegenüber nur 21,7% der Frauen (AIDS/HIV Quartalsbericht IV/94, Tab. 12, S. 14).
- 27 1979 wurde dieses Erhebungsverfahren anlässlich einer Schätzung der Größe der Berliner Heroinszene von Skarabis/Patzak angewandt. Die Wahl dieses Verfahrens anstatt der Ziehung einer Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung nach dem Zufallsprinzip wurde damit begründet, daß die Personen mit den gesuchten Merkmalen nur einen sehr kleinen Teil der Gesamtbevölkerung ausmachen und die Merkmale zudem illegaler Art sind. Allerdings wurde die Erhebung selbst anhand von Akten durchgeführt, was zumindest die Vollständigkeit aller aktenkundig gewordenen Drogengebraucher gewährleistet (Skarabis/Patzak 1981, S. 7ff.).
- 28 Der ELISA-Antikörpertest war Ende 1984 verfügbar und wurde ab Frühjahr 1985 eingesetzt. 8 Frauen geben jedoch an, die Diagnose bereits zwischen 1980 und 1983 erhalten zu haben. Aus den Angaben dieser Frauen zur Testsituation geht zwar hervor, welche Institution die Dia-

gnose gestellt hat, nicht aber, auf welche Weise dies geschah. Es ist nicht mehr feststellbar, ob aufgrund von Symptomen diagnostiziert wurde oder ob sich die Frauen in den Jahreszahlen geirrt haben. Fest steht, daß diese Frauen zu den ersten gehören, die von ihrer Infektion erfuhren.

- 29 Diesen Infektionsweg geben 70 Frauen an. Ein Fünftel von ihnen (14 Frauen) haben selbst eine bestimmte Zeit gefixt, schließen aber aufgrund ihrer Geschichte und Einschätzung ihres Risikoverhaltens den Infektionsweg des intravenösen Drogengebrauchs aus.
- 30 In dieser Gruppe gab es einige Doppelnennungen von Frauen, die zusätzlich heterosexuellen Geschlechtsverkehr als möglichen Infektionsweg nannten. In diesen Fällen wurden sie der Gruppe derjenigen zugeordnet, die durch unsterile Spritzbestecke infiziert wurden. Dies scheint angebracht, weil das Risiko einer HIV-Übertragung gerade hier besonders hoch ist.
- 31 Dieser Fall verdient Beachtung. Die Frau hat mit ihrer infizierten Partnerin zusammengelebt. Sie hat nie gefixt. Nicht feststellbar ist, ob außerdem ein Infektionsrisiko aufgrund heterosexuellen Geschlechtsverkehrs bestand.
- 32 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung startete 1987 eine breit angelegte Aufklärungskampagne in der Allgemeinbevölkerung. Bisher hatten sich Präventionsbemühungen fast ausschließlich auf die Hauptbetroffenengruppen konzentriert.
- 33 Durch die Einführung des HIV-Antikörpertests 1984/85 wurde ein „Testboom“ ausgelöst. Vor allem Gynäkologen waren aufgefordert, Frauen, bei denen Risiken bekannt waren, zum Test zu bewegen. Zwangstests in ganzen Bevölkerungsgruppen wurden diskutiert und vereinzelt, z.B. in Vollzugsanstalten, auch durchgeführt. In der vorliegenden Erhebung ist 1985 mit 22 positiven Testergebnissen das Rekordjahr.
- 34 Frauen mit Drogenkontakten, die ihre Diagnose 1985 und früher erhielten, hatten in ihrer näheren Umgebung oft gar keine AIDS-Hilfe oder fanden nur solche Kontaktstellen vor, die ganz an den Bedürfnissen schwuler Männer ausgerichtet waren.
- 35 Unter homosexuellen Männern und DrogengebraucherInnen hatte das Virus relativ schnell um sich gegriffen. Durch zielgruppenspezifische Prävention konnte die Zahl der Neuinfektionen später konstantgehalten werden.
- 36 In dieser Untersuchung wird lediglich zwischen symptomatisch und asymptomatisch unterschieden. Es war nicht möglich, den Grad einer Erkrankung zu messen. Im Hinblick auf Arbeitsfähigkeit/unfähigkeit ist die Variable zudem nicht trennscharf. Sie mißt keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Allerdings besteht ein gewisser Zusammenhang zwischen symptomatisch/asymptomatisch und Alter.
- 37 Viele ehemalige Fixerinnen lernen ihre Partner während einer gemeinsamen Langzeittherapie kennen. Die gemeinsame Vergangenheit verbindet, und das neue Leben läßt sich zu zweit leichter angehen.
- 38 Eine der Frauen mit einem positiv getesteten Kind hat insgesamt drei Kinder im Alter zwischen 10 und 20 Jahren. Sie hat das Testergebnis erst erfahren, als das jüngste Kind 9 Jahre alt war. Aus dem Fragebogen geht nicht hervor, welches Kind infiziert ist, es ist aber davon auszugehen, daß dies auf das jüngste zutrifft.
- 39 Aufgrund der geringen Anzahl von Frauen, die in ländlichen Regionen leben (N = 11), wurden die Kategorien „Kleinstadt“ und „auf dem Land“ in diesem Fall zusammengezogen. Es ist davon auszugehen, daß die Situation der medizinischen Versorgung durch SpezialistInnen in beiden Fällen ähnlich ist, d.h. keine SpezialistInnen in der näheren Umgebung angesiedelt sind.
- 40 Selbsthilfeprojekte („Selbsthilfeläden“) sind von den Betroffenen gegründete Kontaktstellen, die, oft in Form eines Cafés, der gegenseitigen Unterstützung und der Informationsvermittlung dienen.

- 41 Eine Frau hatte bereits zwei Jahre vor Erhalt ihrer Diagnose als Ehrenamtlerin in einer AIDS-Hilfe gearbeitet.
- 42 Vor 1987 erhielten fast nur Frauen mit Drogenkontakten Kenntnis von ihrer Infektion. Frauen ohne Drogenkontakte hingegen erhielten ihr positives Testergebnis meist später, vor allem nach 1991. Mit der Gruppenzugehörigkeit gehen Unterschiede in der Schulbildung einher.
- 43 Unter dem Begriff „Körperarbeit“ werden sämtliche Formen der bewußten Beschäftigung mit dem eigenen Körper, z.B. Yoga oder Tanz, zusammengefaßt.
- 44 Für die Faktorenanalyse wurden die Variablen, die den Wunsch nach frauenspezifischen Angeboten abfragen, gegenüber denjenigen vorgezogen, die die Wahrnehmung von Angeboten erfragen – dies, um eine Verzerrung zu vermeiden: es kann nicht vorausgesetzt werden, daß alle Angebote gleichermaßen von allen Selbsthilfeeinrichtungen bereitgehalten werden.
- 45 Hier ist zu bedenken, daß engagierte Frauen durch den Fragebogen leichter erreicht werden konnten und auch eher dazu bereit waren, ihn auszufüllen. Die genannten Zahlen können daher nicht auf infizierte Frauen allgemein bezogen werden.
- 46 Der Bereich „Frauen“ umfaßt im weitesten Sinne frauenspezifische Angebote und Aktionsformen. Diese können, je nach Bedarf, individuell gestaltet werden.

Literatur

- AIDS/HIV Quartalsbericht IV/93. 112. Bericht des AIDS-Zentrums des Bundesgesundheitsamtes über aktuelle epidemiologische Daten. Berlin 1994
- AIDS/HIV Quartalsbericht IV/94. 116. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten. Berlin 1995
- BOSSONG, H.; STÖVER, H. (Hrsg.): Methadon. Berlin 1989
- BOSSONG, H.; SCHEERER, S.: Methadon-Behandlung in der Bundesrepublik. In: SCHEERER, S.; VOGT, I.: Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Frankfurt/Main, New York 1989, S. 336-345
- BRINKMANN, E.: AIDS-Prävention mit Frauen aus der Drogenszene. In: Leben mit Drogen. Dokumentation des 1. Kongresses des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V., Berlin 1991, S. 169-175
- BRUNS, M.: Stellungnahme auf dem Hearing der AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zur Thematik Drogenabhängigkeit und AIDS. Bonn, 2.11.1987
- DIEMEL, S.: Wer sponsort die Berliner AIDS-Hilfe. In: Tätigkeitsbericht der Berliner AIDS-Hilfe e.V. 1992. Berlin 1993, S. 7
- ESTERMANN, J.: Erhebung der in bundesdeutschen Laboratorien durchgeführten HIV-Tests. In: Forum Gesundheitswissenschaften 1991 (2), S. 42-47
- FISCHER, C.: Jetzt kommt unsere Power – Ein Netzwerk für Frauen bildet sich. In: BINIASZ, T.; HETZEL, D.: Netzwerk AIDS. Berlin 1993, S. 47-49
- GERHARDS, J.; SCHMIDT, B.: Intime Kommunikation. Eine empirische Studie über Wege der Annäherung und Hindernisse für Safer Sex. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 11, 1992
- GERBER, K. A.: BAH sponsored by PSI. In: Tätigkeitsbericht der Berliner AIDS-Hilfe e.V. 1992. Berlin 1993, S. 6
- HERPRICH, U.; FLOCK, U.: Mädchen und AIDS. In: Eine Broschüre von Frauen für Frauen zu HIV und AIDS. Berliner AIDS-Hilfe e.V. 1990, S. 46-49
- HÖPFNER, C.; BEIßWENGER, K.-D.: Deutsche AIDS-Hilfe – Zehn Jahre Gesundheitsförderung. Leonberg 1993

JÄGER-COLLET, B.: Zur Situation der Partnerinnen von bisexuellen Männern. In: Hans Jäger (Hrsg.): Frauen und AIDS. Heidelberg 1989, S. 97-102

KINDERMANN, W.: Hearing der Enquête-Kommission AIDS des Deutschen Bundestages zu Thematik Drogenabhängigkeit und AIDS. Bonn, 2.11.1987

KRAUSHAAR, E.: Ich werde noch der erste AIDS-kranken Mr. Universum. In: Frings, M. (Hrsg.): AIDS. Dimensionen einer Krankheit. Reinbek 1986, S. 93-100

KREFT, A.: Projekte der akzeptierenden Drogen- und AIDS-Hilfearbeit in Drogen- und Prostituiertenszenen. In: Leben mit Drogen. Dokumentation des 1. Kongresses des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V. Berlin 1991, S. 165-169

LEOPOLD, B.; STEFFAN, E.; Troscheit-Gajewski, K.: 3. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm „Frauen und AIDS“. Berlin 1992

LEOPOLD, B.; STEFFAN, E.: Frauen sind anders. In: D.A.H. Aktuell, Nr. 2, Mai 1992, S. 18/19

MATTKE, G.; KIRSCHBAUM, G.: Frauen als Partnerinnen und Angehörige von HIV-Infizierten. In: Eine Broschüre von Frauen für Frauen zu HIV und AIDS. Berliner AIDS-Hilfe e.V. 1990, S. 37-40

MICHAELIS, S.: Gesundheitsförderndes Nachtangebot für drogenabhängige Prostituierte. In: Leben mit Drogen. Dokumentation des 1. Kongresses des Bundesverbandes für Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V., Berlin 1991

NOLLER, P.: Junkie-Maschinen. Wiesbaden 1989

PARSA, E.; LANGE, C.: Frauen mit HIV und AIDS in Berlin. Schriftenreihe „AIDS – Themen & Konzepte“, Nr.7, Senatsverwaltung für Gesundheit, Referat IIc, Berlin 1993

PARSA, E.: Spezifische Situationen von Frauen. Unveröffentlichtes Manuskript, Berlin 1990

PARSA, E.; Rademacher, M.: Frauen in Haft. In: Eine Broschüre von Frauen für Frauen zu HIV und AIDS. Berliner AIDS-Hilfe e.V. 1990, S. 34-36

PRINZ, R.: Ich hoffe, es wird einmal ein Wunder geschehen. In: Projekt „Arbeit, Technik und Kultur“ der integrativen Drogenhilfe a.d. FH Ffm e.V. (Hrsg.): Über-Leben mit Methadon. Hamburg 1992, S. 113-116

RIEDER, I.; RUPPELT, P. (Hrsg.): Frauen sprechen über AIDS. Frankfurt a.M. 1991

SCHEERER, S.; VOGT, I.: Drogengebrauch. In: dies.: Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Frankfurt/Main, New York 1989, S. 5-29

SCHEERER, S.: Die Heroinszene. In: dies., a.a.O., S. 285-299

SCHULLER, K.; STÖVER, H.: Bedingungen des i.v. Drogengebrauchs in der Bundesrepublik Deutschland. In: Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. III, Berlin 1990

SCHULZ, K.-H.; SCHULZ, H.: Zusammenhänge immunologischer Veränderungen mit psychosozialen Bedingungen. In: Heckmann et al. (Hrsg.): AIDS und Psyche, Methadon. Hamburg 1992, S.113-116

SKARABIS, H.; PATZAK, M.: Die Berliner Heroinszene. Eine epidemiologische Untersuchung. Weinheim, Basel 1981

THAMM, G.: Keine Entwarnung vor Adam und AIDS – Drogenszene '87. In: Rheinischer Merkur (Bonn), Nr. 47, 20.11.1987, S. 25

VAEL, G.: Geleitwort. In: Höpfner, C.; Beißwenger, K.-D.: Deutsche AIDS-Hilfe – Zehn Jahre Gesundheitsförderung. Leonberg 1993, S. 2

VAN EPEN, J. H. (1989): „Behandlungsansätze“, in: Scheerer/Vogt: Drogen und Drogenpolitik, Ein Handbuch, S. 312- 336; Frankfurt/Main, New York, Campus 1989

VON SOER, J.; WOLNY-FOLLATH: H wie Heroin. Betroffene erzählen ihr Leben. Hamburg 1990

WALTER, M.: Wer sagt, es sei einfach, der lügt. AIDS im Alltag der Frauen. In: Hans Jäger (Hrsg.): Frauen und AIDS. Heidelberg 1989, S. 3-8

WEBER, G.; SCHNEIDER, W.: Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Nordrhein-Westfalen. Münster 1992

WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs. WHO Technical Report Series: 3. Report 1952; 14. Report 1964 (Genf)

Anhang

Dokumentation: Der Fragebogen

Liebe ...

Bevor Du beginnst, diesen Fragebogen auszufüllen, möchte ich Dir einige Informationen über die Hintergründe und die Ziele dieser Untersuchung geben.

Ich selbst bin Studentin der Soziologie. Der Fragebogen ist Teil meiner Diplomarbeit mit dem Thema „Wünsche und Bedürfnisse – Lebens- und Versorgungssituationen von Frauen mit HIV und AIDS“.

Ich habe dieses Thema gewählt, weil mir aufgefallen ist, daß es betroffenen Frauen sehr schwerfällt, ihre Bedürfnisse auszudrücken und entsprechende Forderungen zu stellen. Oft fehlt ihnen die Zeit und die Kraft, die dazu notwendig wäre, und Geheimhaltung und Anonymität haben in ihren Lebenssituationen den Vorrang.

Den vorliegenden Fragebogen habe ich mit Hilfe von betroffenen Freundinnen und Erika Parsa, der Frauenreferentin der Berliner AIDS-Hilfe, entwickelt. Er wird bundesweit an infizierte Frauen verteilt, und ich hoffe, daß viele diese Gelegenheit nutzen, sich anonym zu äußern und ihre Vorstellungen darzulegen.

Die Anonymität wird dadurch gewährleistet, daß die ausgefüllten Fragebögen in neutralen, zugeklebten Umschlägen zurückgeschickt werden. Es können keine Rückschlüsse auf die befragten Personen gezogen werden.

Diese Untersuchung soll dazu beitragen, die Situation HIV-positiver und an AIDS erkrankter Frauen in der Öffentlichkeit deutlich zu machen und daraus die notwendigen Forderungen abzuleiten.

Ich danke Dir für Deine Unterstützung.

Fragebogen

1. Seit wann weißt Du, daß Du HIV-infiziert bist?

seit 19 _____

2. Durch welche Institution hast Du es erfahren ?

- Arzt
- Krankenhaus
- Gesundheitsamt
- Tropeninstitut
- Blutspendezentrale
- Sonstiges: _____

3. Würdest Du bitte kurz schildern, in welcher Situation Du Dich damals befunden hast:

4. Hast Du eine Vermutung, auf welchem Weg Du Dich infiziert hast?

- durch die Nadel
- durch Sex mit Fixer oder ehemaligem Fixer
- durch Sex mit bi- oder homosexuellem Mann
- durch Sex mit einem Mann aus einem Land mit hoher Infektionsrate
- durch Sex mit Bluter
- durch Sex mit infizierter Frau
- durch Bluttransfusion
- durch Sex mit Mann ohne bekanntes Risiko
- Ich habe keine Vorstellung:
- Sonstiges: _____

5. Wie alt bist Du? _____ Jahre

6. Lebst Du

- in einer Großstadt (über 500 000 Einwohner)?
- in einer kleinen oder mittelgroßen Stadt?
- auf dem Land?

7. Bist Du

- ledig?
- verheiratet?
- getrennt lebend?
- geschieden?
- in fester Partnerschaft?
- verwitwet?
- Sonstiges: _____

8. Lebst Du

- allein?
- mit Partner/in, Ehemann?
- in einer Wohngemeinschaft?
- bei den Eltern?
- Sonstiges: _____

9. Welchen Schulabschluß hast Du?

- keinen Abschluß
- Hauptschulabschluß
- Real- oder Handelsschule mit Abschluß
- Fachabitur ohne abgeschlossenes Studium
- Abitur ohne abgeschlossenes Studium
- Fachabitur mit abgeschlossenem Studium
- Abitur mit abgeschlossenem Studium

10. Arbeitest Du zur Zeit?

- ja, Vollzeit
- ja, Teilzeit
- ja, ich jobbe gelegentlich
- nein

11. Falls Du arbeitest, was machst Du?

12. Falls Du nicht arbeitest, seit wann nicht mehr?

- seit _____ Jahren _____ Monaten
- Ich habe bis jetzt noch nicht gearbeitet

13. Hast Du eine Berufsausbildung?

- ja
- und zwar als _____
- nein

14. Bist Du momentan

- Schülerin?
- Studentin?
- in Berufsausbildung?
- arbeitslos?
- Hausfrau?
- Rentnerin?
- Sonstiges: _____

15. Hast Du ein Einkommen aus anderen Quellen?

- Sozialhilfe
- Frührente
- Bafög
- Arbeitslosengeld oder -hilfe
- Einkommen aus Vermögen
- Finanzieller Ausgleich in Ehe oder Partnerschaft
- Unterstützung durch den Ex-Ehemann
- Unterstützung durch Familie oder andere Privatpersonen
- Sonstiges: _____
- nein

16. Hast du schon einmal auf Grund Deiner Infektion oder Erkrankung Anträge auf finanzielle Unterstützung für Dich gestellt?

- Stiftungsgelder
- Mehrbedarf auf Grund von Erwerbsunfähigkeit
- Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung
- Mehrbedarf für erhöhten Hygienebedarf
- Sonstiges: _____
- nein

17. Wie hoch ist dein Einkommen insgesamt?

- unter DM 800,—
- zwischen DM 800,— und 1.500,—
- zwischen DM 1.500,— und 2.000,—
- zwischen DM 2.000,— und 2.500,—
- zwischen DM 2.500,— und 3.000,—
- zwischen DM 3.000,— und 3.500,—
- über DM 3.500,—

18. Falls noch andere Personen Deines Haushalts Einkünfte haben, wieviel Geld steht Deinem Haushalt monatlich zur Verfügung?

- unter DM 800,—
- zwischen DM 800,— und DM 1.500,—
- zwischen DM 1.500,— und DM 2.000,—
- zwischen DM 2.000,— und DM 2.500,—
- zwischen DM 2.500,— und DM 3.000,—
- zwischen DM 3.000,— und DM 3.500,—
- zwischen DM 3.500,— und DM 4.000,—
- zwischen DM 4.000,— und DM 4.500,—
- zwischen DM 4.500,— und DM 5.000,—
- über DM 5.000,—

19. Falls Du einen Ehemann oder eine/n Partner/in hast, wie lange seid Ihr schon zusammen?

seit _____ Jahren

Falls Du keine/n Partner/in hast, gehe bitte weiter zu Frage 23.

20. Ist Dein/e Partner/in ebenfalls infiziert?

- ja
- nein
- weiß nicht

21. Gibt es in Deiner Partnerschaft Probleme, die mit Deiner Infektion zusammenhängen?

22. Welche Unterstützung würdest Du Dir in der Partnerschaft wünschen?

23. Hast Du Kinder?

- ja
- nein

Wenn Du keine Kinder hast, gehe bitte weiter zu Frage 30.

Anzahl der Kinder _____

im Alter von _____ bis _____ Jahren

24. Lebt Dein Kind/leben Deine Kinder bei Dir?

- ja
- nein

25. Ist Dein Kind/sind Deine Kinder HIV-getestet?

- ja
- nein

26. Hast Du Kinder, die infiziert sind?

- ja

und zwar _____

- nein

27. Hast Du ein Kind, das noch zu jung für ein eindeutiges Testergebnis ist?

- ja
- nein

28. Welche Schwierigkeiten hast Du durch Deine Situation als Mutter?

29. Welche Unterstützung würdest Du Dir für Dich und Dein/e Kind/er wünschen?

30. Wie stehst Du zum Thema Schwangerschaftsunterbrechung auf Grund einer HIV-Infektion?

- Ich habe bereits einen Abbruch aus diesem Grund durchführen lassen.
- Falls ich schwanger werden würde, würde ich einen Abbruch vornehmen lassen.
- Ich würde keinen Abbruch oder weiteren Abbruch vornehmen lassen.
- Ich weiß nicht, wie ich mich verhalten würde.

31. Wünschst Du Dir Kinder oder noch weitere Kinder?

- ja
- nein
- weiß nicht

32. Welche Krankheiten und/oder körperliche Beschwerden hast Du, die Du auf Deine Infektion zurückführst?

33. Wie gestaltest Du Deine medizinische Versorgung?

Hast Du Kontakt zu

auf HIV/AIDS-Patienten spezialisierten

- ÄrztInnen?
- Stationen in Krankenhäusern?
- GynäkologInnen?
- gynäkologischen Stationen in Krankenhäusern?
- HeilpraktikerInnen, AnwenderInnen von naturheilkundlichen Heilverfahren?
- Sonstiges: _____
- nein

nicht spezialisierten

- ÄrztInnen?
- Stationen in Krankenhäusern?
- GynäkologInnen?
- gynäkologischen Stationen in Krankenhäusern?
- HeilpraktikerInnen, AnwenderInnen von naturheilkundlichen Heilverfahren?
- Sonstiges: _____
- nein

34. Macht es für Dich einen Unterschied, Dich mit Deinen gesundheitlichen Problemen an Frauen oder an Männer zu wenden?

Im Bereich Gynäkologie

- wende ich mich lieber an einen Mann.
- wende ich mich lieber an eine Frau.
- ist mir das Geschlecht egal.

Im Bereich Allgemeinmedizin

- wende ich mich lieber an einen Mann.
- wende ich mich lieber an eine Frau.
- ist mir das Geschlecht egal.

Im Bereich Naturheilkunde

- wende ich mich lieber an einen Mann.
- wende ich mich lieber an eine Frau.
- ist mir das Geschlecht egal.

35. In welchen Punkten kannst Du Deine medizinische Versorgung nicht so gestalten, wie Du es gerne tun würdest?

36. Gibt es etwas, das Du Dir für Deine medizinische Versorgung wünschen würdest?

37. Nimmst Du im Zusammenhang mit Deiner HIV-Infektion Medikamente oder Naturheilmittel?

Medikamente:

nein

ja : _____

Naturheilmittel:

nein

ja : _____

38. Bist Du

Fixerin?

ehemalige Fixerin?

substituiert?

nie Fixerin gewesen?

39. Falls Du drückst oder gedrückt hast, über welchen Zeitraum?

_____ Jahre _____ Monate

40. Falls Du Ex-Userin bist, seit wann bist du clean?

seit 19 _____

41. Welche der folgenden Aussagen treffen für Dich zu?

Ich hatte mehrmals längere Pausen,
(mehrere Monate) in denen ich clean war.

Ich habe immer jeweils nur wenige Tage gedrückt.

Ich habe mitunter monate- oder jahrelang ohne
nennenswerte Unterbrechung gedrückt.

Ich habe immer wieder versucht aufzuhören.

42. Welchen Einfluß hatte das positive Testergebnis auf Dein Verhältnis zum Fixen?

43. Welche besonderen Probleme hast du als Userin oder Ex-Userin durch Deine HIV-Infektion, die andere Frauen nicht haben?

44. Welche Unterstützung würdest Du Dir in Deiner Situation wünschen?

45. Falls Du heute nicht mehr drückst, auf welchem Weg hast Du es geschafft, davon wegzukommen?

a) Langzeittherapie in einer Therapieeinrichtung

b) Aufenthalt in einer Therapieeinrichtung mit
anschließender ambulanter Therapie

c) nur mit ambulanter Therapie

d) ohne therapeutische Hilfe

e) durch Substitution

46. Hast du Kontakte im Selbsthilfebereich? Mit welchen der folgenden Einrichtungen hast Du bereits Erfahrungen gemacht?

a) AIDS-Hilfen

nein

ja Der erste Kontakt fand 19 _____ statt.

Seitdem besuche ich diese Einrichtung

häufig

selten

nicht mehr

b) Selbsthilfeläden für User/Ex-User

nein

ja Der erste Kontakt fand 19 _____ statt.

Seitdem besuche ich diese Einrichtung

häufig

selten

nicht mehr

c) Selbsthilfeläden für Betroffene

nein

ja Der erste Kontakt fand 19 _____ statt.

Seitdem besuche ich diese Einrichtung

häufig

selten

nicht mehr

d) Hast du Erfahrungen mit weiteren Einrichtungen gemacht?

_____ der erste Kontakt fand 19 _____ statt.

Seitdem besuche ich diese Einrichtung

häufig

selten

nicht mehr

47. Falls Du bis jetzt mit Selbsthilfeeinrichtungen nichts zu tun hattest, gibt es Gründe dafür?

48. Falls Du Selbsthilfeeinrichtungen kennst, kannst Du Dich noch erinnern, in welcher Situation Du warst, als Du Dich zur Kontaktaufnahme entschlossen hast?

49. Nimmst Du eines oder mehrere der folgenden Angebote in Anspruch?

- 1. Telefonische Beratung
- 2. Persönliche Beratung
- 3. Sozial- und Rechtsberatung
- 4. Freizeitaktivitäten
- 5. Kreativworkshops
- 6. Therapeutische Begleitung
- 7. Gesprächsgruppen

8. Körperarbeit

9. Sport

10. Kinderbetreuung

11. Freizeitgestaltung

12. Haushaltshilfe

13. Hauskrankenpflege

14. Sonstiges: _____

15. keines

50. Es gibt mehrere Möglichkeiten für Betroffene, sich in der AIDS-Arbeit zu engagieren. Welche kommen für Dich in Frage?

	tue ich oder habe ich bereits getan	würde ich tun	würde ich nicht tun
a) Unterstützen von Anträgen oder Protestschreiben	1	2	3
b) ehrenamtliche (unbezahlte) regelmäßige Mitarbeit bei einer Einrichtung	1	2	3
c) bezahlte regelmäßige Mitarbeit bei einer Einrichtung	1	2	3
d) anonym Interviews geben, z.B. für Zeitung oder Rundfunk	1	2	3
e) Mithilfe bei öffentlichen Aktionen, z.B. Infostände, Flugblätter verteilen	1	2	3
f) Mithilfe bei internen Aktionen, z.B. Organisation von Veranstaltungen, Workshops	1	2	3
g) Teilnahme an Podiumsdiskussionen, Interviews fürs Fernsehen	1	2	3

51. Falls Du Dich bereits engagierst, würdest Du bitte schildern, was Du tust?

52. Egal, ob Du Dich bereits engagierst oder nicht, hast Du Ideen, was Du gerne tun würdest?

53. Welche Schwerpunkte in der AIDS-Arbeit sollten Deiner Meinung nach in den kommenden Jahren besonders gefördert werden? Bitte wähle nur zwei aus.

- Drogen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Prävention
- Knast
- Frauen
- Betreuung

Sonstiges: _____

54. Hier ist noch einmal die Liste der möglichen Angebote. Bitte überlege Dir, bei welchen Du es für wichtig hältst, daß sie speziell für Frauen angeboten werden.

	Speziell für Frauen		
	wichtig	weniger wichtig	nicht notwendig
1. Telefonische Beratung	1	2	3
2. Persönliche Beratung	1	2	3
3. Sozial- und Rechtsberatung	1	2	3
4. Freizeitaktivitäten	1	2	3
5. Kreativworkshops	1	2	3
6. Therapeutische Begleitung	1	2	3
7. Gesprächsgruppen	1	2	3
8. Körperarbeit	1	2	3
9. Sport	1	2	3
10. Kinderbetreuung	1	2	3
11. Freizeitgestaltung	1	2	3
12. Haushaltshilfe	1	2	3
13. Hauskrankenpflege	1	2	3

55. Gibt es bei den Einrichtungen, die Du kennst, fest angestellte Mitarbeiterinnen für den Frauenbereich?

- ja
- nein
- weiß nicht

56. Hältst Du es für wichtig, daß es für Frauen mit HIV/AIDS weibliche Ansprechpartnerinnen gibt?

- 1. sehr wichtig
- 2. weniger wichtig
- 3. nicht notwendig

57. Für wie wichtig hältst Du es, daß es Angebote speziell für Frauen mit HIV/AIDS gibt?

- 1. sehr wichtig
- 2. weniger wichtig
- 3. nicht notwendig

58. Nimmst Du selbst an Angeboten speziell für Frauen teil?

- nein
- ja
- und zwar _____

59. Gibt es in den Einrichtungen, die Du kennst, überhaupt Angebote oder noch weitere Angebote nur für Frauen?

- nein
- ja
- und zwar _____

60. Hast Du mit Selbsthilfeeinrichtungen schon einmal unangenehme Erfahrungen gemacht? Welche Probleme gab es?

61. Was wünschst Du Dir von einer Selbsthilfeeinrichtung?

Natürlich ist dieser Fragebogen in seinen Möglichkeiten begrenzt. Falls es noch etwas gibt, was Du hinzufügen möchtest, benutze bitte die Rückseite. Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

**Die Herkunftsorte
der befragten Frauen**

Ort	Anzahl der Frauen
Berlin	41
Frankfurt	5
Nürnberg	2
Göttingen	1
Duderstadt	1
Offenbach	1
München	3
Heidelberg	1
Wiesbaden	2
Karlsruhe	3
Kaiserslautern	1
Limburg/Lahn	1
Passau	1
Dortmund	2
Lingen/Ems	1
Hannover	1
Hamburg	9
Düsseldorf	4
Kiel	3
Freiburg	2
Kassel	2
Garbsen	1
Dresden	1
Bielefeld	1
Gelsenkirchen	1
Köln	3
Lübeck	1
Marburg	1
Hagen	1
Hamm/Westfalen	1
Mainz	2
Wuppertal	1
Elzach	1
Oberhausen	1
Hessisch-Lichtenau	1

**Liste der Einrichtungen, durch die
der Fragebogen verteilt wurde**

- die AIDS-Hilfen in der Bundesrepublik
- Beratungsstelle für alleinstehende Frauen, Lübeck
- Frauenklinik Finkenau, Hamburg
- Phoenix e.V., Hannover
- Universitätsfrauenklinik, Düsseldorf
- Coffee-shop „extra dry“, Hamm
- Arbeitskreis Drogenhilfe, Köln
- Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität, Frankfurt/Main
- Frauenklinik der Universität München
- Frauenklinik Großhadern, München
- Frauen-Café OLGA, Berlin
- Frauenübernachtungseinrichtung HERA, Berlin
- Deutsche AIDS-Stiftung
- Nationale AIDS-Stiftung
- Universitäts-Frauenklinik, Berlin
- Bezirksamt Charlottenburg, Berlin
- Bezirksamt Spandau, Berlin
- Bezirksamt Steglitz, Berlin
- Bezirksamt Neukölln, Berlin
- Bezirksamt Kreuzberg, Berlin
- Bezirksamt Schöneberg, Berlin
- Praxis Dr. Ridder, Berlin
- Praxis Dr. Moll/Dr. Bauer, Berlin
- „Fixpunkt“, Berlin
- „Frauenladen Moabit“, Berlin

Mara Seibert

**PROJEKT „FRAUEN UND AIDS IN NIEDERSACHSEN“:
BEFRAGUNG ZU DEN FRAUENSPEZIFISCHEN
ANGEBOTEN IN DER VERSORGUNG UND
PRÄVENTION BEI HIV UND AIDS**

Das Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“ – Projektdarstellung

Das Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“ arbeitet seit Anfang 1994.

Ziele des Projektes sind die konzeptionelle Weiterentwicklung, Ausweitung, Vernetzung und Koordination der zielgruppenspezifischen Angebote für Mädchen und Frauen in der AIDS-Prävention. Dabei ist Prävention im umfassenden Sinne gemeint. Sie beinhaltet die Verhütung von Infektionen ebenso wie das Leben mit HIV/AIDS.

HIV und AIDS sind auch ein Thema für Frauen. Das HIV-Ansteckungsrisiko für Frauen steigt, wie die epidemiologischen Daten zeigen. Der Anteil der Frauen unter den HIV-Infizierten ist von 8,1% im Jahr 1985 kontinuierlich auf 20,1% (in den ersten beiden Quartalen 1994 – laut Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut) angestiegen. Bis zum 30.06.1995 waren in Deutschland 1333 Frauen an AIDS erkrankt (in Niedersachsen 87 Frauen). Knapp die Hälfte davon sind i.v. Drogenkonsumentinnen. Immerhin hatte fast ein Drittel der Frauen kein anderes Risiko als heterosexuelle Kontakte. Beinahe drei Viertel aller Frauen mit HIV und AIDS sind zwischen 20 und 40 Jahren alt.

Auch wenn diese wenigen Daten nur grobe Anhaltspunkte für die Einschätzung der tatsächlichen Situation geben können, zeigen sie doch einen dringenden Handlungsbedarf, soll die Anzahl der HIV-Neuinfektionen bei Mädchen und Frauen durch zielgruppengerechte Präventionsangebote eingedämmt werden. Die bisherigen, häufig an der Koedukation orientierten Präventionskonzepte scheinen Mädchen und Frauen weniger gut anzusprechen. Ein tragfähiges Versorgungsnetz, das den Bedürfnissen und Lebensrealitäten von HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Mädchen und Frauen gerecht wird, fehlt derzeit. Auch hier liegt dringender Handlungsbedarf vor.

Umfassende AIDS-Prävention kann nicht auf die Arbeit der AIDS-Hilfen, Gesundheitsämter, Pflegedienste, Krankenhäuser und des medizinischen Personals beschränkt sein. AIDS geht alle an, insbesondere die Einrichtungen, die im Bereich der Frauen- und Erwachsenenbildung, des Jugendschutzes, der Drogenberatung, der Sexualpädagogik und der Gesundheitsdienste arbeiten.

Das Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“ hat die Aufgabe, frauenspezifische Angebote im Zusammenhang mit HIV und AIDS überregional und

Institutionen übergreifend zu vernetzen und zu koordinieren. Dazu will das Projekt

- praxisnahe Konzepte und Materialien zu den unterschiedlichen Teilbereichen des Themas Frauen und HIV/AIDS entwickeln und bereitstellen,
- frauenspezifische Angebote vor Ort initiieren und ausbauen,
- Fortbildungen durchführen,
- Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

Träger des Projektes ist die Niedersächsische AIDS-Hilfe Landesverband e.V. mit Sitz in Göttingen. Gefördert wird es durch das Niedersächsische Sozialministerium. Für die Umsetzung der Aufgaben des Projektes steht eine Vollzeitstelle zur Verfügung, die mit einer Diplom-Pädagogin besetzt ist.

Nähere Informationen können schriftlich, telefonisch oder persönlich angefordert werden.

Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“:
Obere Karspüle 14, 37073 Göttingen,
Tel.: 0551/46309, Fax: 0551/41027

Einleitung zur Fragenbogenaktion

Das Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“ hat zwei Hauptanliegen:

- Es will die in AIDS-Beratung und -Betreuung tätigen Institutionen darin unterstützen, die regionale Versorgung der HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Frauen sicherzustellen.
- Es will die in AIDS-Prävention tätigen Institutionen darin unterstützen, HIV-Neuinfektionen bei Frauen und Mädchen durch zielgruppengerechte Aufklärungsangebote möglichst zu verhindern.

Um die bereits vorhandenen Angebote im Bereich Frauen und AIDS sowie den Bedarf an Unterstützung ermitteln zu können, wurde eine Fragebogenaktion gestartet. Befragt wurden Gesundheitsämter, ProFamilia- und Drogenberatungsstellen, Frauen(gesundheits)projekte sowie Frauen/Lesbenberatungsstellen in Niedersachsen unter folgenden Gesichtspunkten:

1. Werden Frauen mit HIV und AIDS betreut?
2. Gibt es frauen-/mädchenspezifische AIDS-Prävention?
3. Besteht ein Bedarf an frauenspezifischen Angeboten, Materialien, Konzepten usw.?
4. Ist Zusammenarbeit erwünscht (u.a. Aufnahme in Verteiler)?
5. Besteht Kooperation mit AIDS-Hilfen und/oder Selbsthilfegruppen vor Ort?
6. Besteht Bedarf an Fortbildungen?

Die Gestaltung der Fragebögen und die Formulierung der jeweiligen Fragen waren – bis auf zielgruppenspezifische Besonderheiten – nahezu identisch. Dadurch wurde ein hohes Maß an Vergleichbarkeit erreicht.

Die Bereitschaft zur Mitarbeit war bei den verschiedenen Institutionen und Projekten unterschiedlich. Gesamt gesehen lag sie mit ca. 55% sehr hoch.

Im folgenden sind die Fragen und die Auswertung nach Institutionen getrennt aufgeführt.

Frauenspezifische Angebote in der Versorgung und Prävention bei HIV und AIDS: Befragung der Drogenberatungsstellen in Niedersachsen

Folgende Fragen wurden gestellt:

1. Sind die Themen HIV und AIDS Bestandteil von Beratungsgesprächen?

- ja
- nein

2. Erhalten Sie Anfragen zum Thema i.v. Drogenkonsum und AIDS?

- ja
- nein

3. Führen Sie (Präventions-)Veranstaltungen zum Thema i.v. Drogenkonsum und AIDS durch?

- ja, auf Anfrage
- ja, auf eigene Initiative
- nein

falls ja:

Gibt es in Ihrer Beratungsstelle spezielle Angebote zum Thema i.v. Drogenkonsum und AIDS bei Frauen/Mädchen?

- ja
- nein

Gibt es in Ihrer Beratungsstelle Angebote für Frauen, die i.v. drogengebrauchend und HIV-infiziert/an AIDS erkrankt sind?

- ja
- nein

Gibt es in Ihrer Beratungsstelle Angebote für Frauen, die HIV-infiziert/an AIDS erkrankt sind und substituiert werden?

- ja
- nein

4. Haben Sie Bedarf an frauen- und mädchenspezifischem Informations- und Aufklärungsmaterial (zum Thema HIV und AIDS)?

- ja
- nein

falls ja:

Welche Zielgruppen sollte das Material ansprechen, welche Themen sollten behandelt werden und welche Medien erscheinen Ihnen dafür geeignet?

Zielgruppe:

Thema:

Medium:

5. Haben Sie Bedarf an praxisnahen Konzepten für frauenspezifische Beratungs- und Präventionsangebote (zum Thema HIV und AIDS)?

- ja
 nein

falls ja:

In welchen Bereichen wären praxisnahe Konzepte für die Unterstützung Ihrer Arbeit hilfreich?

Thema:

Zielgruppe:

6. Haben Sie Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Frauen und AIDS, entweder für Ihre eigene Arbeit oder für die Fortbildung von Multiplikatorinnen?

- ja
 nein

7. Bitte nennen Sie Einrichtungen, mit denen Sie in bezug auf HIV- und AIDS-relevante Aufgaben (Beratung, Betreuung, Prävention usw.) zusammenarbeiten:

8. Wünschen Sie eine Zusammenarbeit mit dem Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“?

- ja
 nein

9. Raum für Anregungen/Fragen/Wünsche an das Projekt

Auswertungsbericht: Befragung der Drogenberatungsstellen

Von 26 verschickten Fragebögen kamen elf ausgefüllt an das Projekt zurück. Die Rücklaufquote betrug demnach 42%.

Zu den Ergebnissen im einzelnen:

Bei 91% der Beratungsgespräche kommt das Thema AIDS vor. 73% der Beratungsstellen erhalten Anfragen zum Thema i.v. Drogenkonsum und AIDS. Entsprechende Präventionsveranstaltungen werden von 54% der Beratungsstellen auf Anfrage durchgeführt, in einer Einrichtung geschieht dies auf eigene Initiative. 25% der Drogenberatungsstellen halten Angebote für Frauen bereit, die Drogen intravenös konsumieren und mit HIV infiziert oder an AIDS erkrankt sind. Diese Einrichtungen haben ebenfalls Angebote für substituierte, mit HIV infizierte oder an AIDS erkrankte Frauen.

91% der Einrichtungen melden Bedarf an für HIV/AIDS-bezogene frauen- und Mädchenspezifische Informations- und Aufklärungsmaterialien. Die Zielgruppe für diese Materialien umfaßt drogenkonsumierende Mädchen und Frauen, Substituierte, Alkohol- und Medikamentenabhängige, Schülerinnen, Eltern sowie Mädchen und Frauen anderer als deutscher Nationalität. An Themen interessieren besonders Aufklärung und Prävention, Körper, Sexualität, Partnerschaft, Gesundheitsvorsorge, Prostitution, Safer Use, medizinische Informationen und Angaben zu ÄrztInnen, Kliniken, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Als Medien werden genannt: Broschüren, Faltblätter, Filme, Aufkleber, Selbsterfahrungsgruppen. Die Angebote sollen sich durch Kreativität auszeichnen, auch humorvolle Darstellung ist gefragt.

Bedarf an praxisnahen Konzepten für frauenspezifische Beratungs- und Präventionsangebote melden 82% der Drogenberatungsstellen an. Als Zielgruppen werden genannt: Therapiegruppen, Schulklassen, HIV-infizierte und AIDS-kranke Frauen, Prostituierte und Drogenkonsumentinnen. Als Themen werden hier Partnerschaft, Prävention, Umgang mit der Krankheit, Beratung in bezug auf Prostitution, Sexual- und Drogenkonsumpraktiken vorgeschlagen.

Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen sowohl für die eigene Arbeit als auch für die Fortbildung von Multiplikatorinnen zum Thema Frauen und AIDS melden 45% der Einrichtungen an.

Drogenberatungsstellen arbeiten in bezug auf HIV- und AIDS-relevante Aufgaben mit vielen unterschiedlichen Einrichtungen zusammen. Darunter sind vor allem AIDS-Hilfen, (AIDS-Beratungsstellen der) Gesundheitsämter, Projekte für drogengebrauchende Frauen bzw. Prostituierte, andere Drogenberatungsstellen, Justizvollzugsanstalten, Präventionsfachkräfte und Schulen.

64% der Drogenberatungsstellen wünschen eine Zusammenarbeit mit dem Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“.

Nach Meinung der Drogenberatungsstellen sollte dem Thema Frauen und AIDS in der örtlichen Presse mehr Raum gegeben werden. Ebenso besteht vereinzelt der Wunsch nach regelmäßigem Bezug von Informationsmaterial und nach intensiverem Erfahrungsaustausch.

Eine Einrichtung stellt fest, das Thema Hepatitis sei derzeit viel wichtiger für drogenkonsumierende Menschen als HIV. Das Infektionsrisiko sei bei Hepatitis viel größer, und viele Junkies seien chronisch krank.

Bei der Auswertung der Fragebögen fiel besonders auf:

- Drogenberatungsstellen arbeiten in einem Bereich, der sehr stark von divergierenden Zielgruppen und damit auch divergierenden Themen gekennzeichnet ist. Allgemein fällt auf, daß viele dieser Themen in den Bereich der Sexualpädagogik gehören. In diesem Arbeitsfeld haben ProFamilia-Beratungsstellen viele gute Konzepte und Materialien erstellt. Durch die Zusammenarbeit mit ProFamilia vor Ort und in der Region ergäben sich gute Möglichkeiten für einen gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Bisher arbeitet nach den vorliegenden Fragebögen keine einzige Drogenberatungsstelle mit einer ProFamilia-Beratungsstelle zusammen.
- HIV-Infektion und AIDS sind feste Bestandteile der Thematik und des Arbeitsfeldes von Drogenberatungsstellen. Das begründet auch deren hohe Nachfrage nach Informationsmaterial für Klientinnen und nach Konzepten für die eigene Arbeit. Gleichwohl verwundert in diesem Zusammenhang der vergleichsweise geringe Anteil von Einrichtungen, die Fortbildungen zum Thema Frauen und AIDS wünschen.
- Der hohe Bedarf an praxisnahen Konzepten für frauenspezifische Beratungs- und Präventionsangebote legt die Vermutung nahe, daß relativ viele Frauen die Beratungsstellen aufsuchen oder telefonisch Kontakt aufnehmen und zu den Themen, die ihre jeweilige Lebenssituation betreffen, Unterstützung wünschen. Im Gegensatz dazu steht die geringe Zahl von Einrichtungen, die spezielle Angebote für Frauen vorhalten. Drogenberatungsstellen könnten jedoch den Raum bieten, in dem sich Frauen treffen und in dem sie in einem geschützten, (zeitweise) männerfreien Rahmen gemeinsam über ihre Sorgen, Ängste, Wünsche und Hoffnungen sprechen können.
- Das Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“ kann den nötigen regelmäßigen Erfahrungsaustausch für Mitarbeiterinnen von Drogenberatungsstellen nicht leisten. Hier ist eher die Niedersächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren gefragt sowie Einrichtungen und Projekte vor Ort, die gleiche oder ähnliche Arbeitsfelder haben. Ein Facharbeitskreis könnte den Erfahrungsaustausch gewährleisten. Auf Informationsmaterialien sind alle Einrichtungen, die im Bereich Frauen und Drogen arbeiten, angewiesen, so auch das Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“. Eine funktionierende Vernetzung in Niedersachsen könnte den Austausch von Informationsmaterial fördern.

Frauenspezifische Angebote in der Versorgung und Prävention bei HIV und AIDS: Befragung der Frauengesundheitsprojekte und Frauen/Lesbenberatungsstellen in Niedersachsen

Folgende Fragen wurden gestellt:

1. Ist das Thema Frauen/Lesben und HIV/AIDS Bestandteil von Veranstaltungen oder Beratungen Ihrer Einrichtung?
 ja
 nein
2. Erhalten Sie Anfragen zum Thema Frauen/Lesben und HIV/AIDS?
 ja
 nein
3. Führen Sie AIDS-Präventionsveranstaltungen durch?
 ja, auf Anfrage
 ja, auf eigene Initiative
 nein
4. Haben Sie Bedarf an frauen-, lesben- und mädchenspezifischem Informations- und Aufklärungsmaterial (zum Thema HIV und AIDS)?
 ja
 nein

falls ja:
Welche Zielgruppen sollte das Material ansprechen, welche Themen sollten behandelt werden und welche Medien erscheinen Ihnen dafür geeignet?

Zielgruppe:
Thema:
Medium:
5. Haben Sie Bedarf an praxisnahen Konzepten für frauen-/lesbenspezifische Beratungs- und Präventionsangebote (zum Thema HIV und AIDS)?
 ja
 nein

falls ja:

In welchen Bereichen wären praxisnahe Konzeptionen für die Unterstützung Ihrer Arbeit hilfreich?

Thema :

Zielgruppe:

6. Haben Sie Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Frauen/Lesben und HIV/AIDS, entweder für Ihre eigene Arbeit oder für die Fortbildung von Multiplikatorinnen?

- ja
 nein

7. Bitte nennen Sie Einrichtungen, mit denen Sie in bezug auf HIV- und AIDS-relevante Aufgaben (Beratung, Betreuung, Prävention usw.) zusammenarbeiten:

8. Wünschen Sie eine Zusammenarbeit mit dem Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“?

- ja
 nein

9. Raum für Anregungen/Fragen/Wünsche an das Projekt

Auswertungsbericht: Befragung der Frauengesundheitsprojekte und Frauen/Lesbenberatungsstellen

Von 44 verschickten Fragebögen erreichten 21 ausgefüllt wieder das Projekt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 48%. Zwei Fragebögen wurden unausgefüllt zurückgeschickt.

Zu den Ergebnissen im einzelnen:

Bei elf Einrichtungen (58%) ist das Thema Frauen/Lesben und HIV/AIDS Bestandteil von Veranstaltungen oder Beratungen. Sieben Projekte (37%) erhalten Anfragen zu der Thematik. AIDS-Präventionsveranstaltungen werden von acht Einrichtungen durchgeführt; bei sechs Einrichtungen geschieht dies auf eigene Initiative. Jedoch führen immerhin 58% der Einrichtungen keine solchen Veranstaltungen durch.

15 Einrichtungen (79%) haben Bedarf an frauen-, lesben- und mädchenspezifischem Informations- und Aufklärungsmaterial zu HIV-Infektion und AIDS. Als Zielgruppen werden Mädchen, Frauen, Lesben, (ausländische) Prostituierte, drogengebrauchende Mädchen und Frauen, Mütter sowie Frauen in sozialen Berufen genannt. An Themen interessieren v.a. Primärprävention, Sexualität und AIDS, Sexualpraktiken, SM, sexuell übertragbare Krankheiten, Lesben und AIDS, Diskriminierung und Leben mit HIV/AIDS. Geeignete Medien sind laut Fragebögen Printmedien, Videos, Fortbildungs- und Kulturveranstaltungen.

Praxisnahe Konzepte für frauen-/lesbenspezifische Beratungs- und Präventionsangebote zu HIV/AIDS sind eher nicht gefragt. Hier melden nur fünf der antwortenden Einrichtungen Bedarf an. Zielgruppe sind die Klientinnen/Besucherinnen der Einrichtungen, als Themen werden u.a. genannt: Streetwork, Öffentlichkeitsarbeit, Beratungstätigkeit, Information und Aufklärung, z.B. zu junger Liebe im Zeitalter von AIDS, zu lesbischen Mädchen und jungen Frauen sowie zu HIV/AIDS und Wohnen.

Die Hälfte der Einrichtungen meldet Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen zu Frauen/Lesben und HIV/AIDS, sowohl für die eigene Arbeit als auch für die Fortbildung von Multiplikatorinnen.

Frauengesundheitsprojekte und Frauen/Lesbenberatungsstellen arbeiten bezüglich HIV und AIDS mit vielen unterschiedlichen Einrichtungen zusammen. Genannt werden: AIDS-Hilfen, Gesundheitsämter, andere Frauenprojekte, Einrichtungen des Jugendschutzes, ProFamilia-Beratungsstellen und das Ethno-Medizinische Zentrum.

14 Einrichtungen (=73%) wünschen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“.

HIV-Infektion und AIDS scheinen in Frauen/Lesben-Bezügen eher kein oder nur ein randständiges Thema zu sein. Nur im Bereich der Primärprävention, also dem Schutz vor der HIV-Infektion, sind einige Projekte aktiv. HIV-Positive und an AIDS erkrankte Frauen haben in den Projekten scheinbar keinen Raum. Es besteht aber großer Bedarf, um der Vereinzelung betroffener Mädchen und Frauen entgegenzuwirken. Die parteiliche Arbeit für Mädchen und Frauen in einem vor Männern geschützten Raum böte Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und zur Berücksichtigung spezifischer Probleme der Betroffenen. Es ist für Mädchen und Frauen mit HIV/AIDS schwer, sich als solche in Frauen/Lesben-Szenen zu outen, wenn sie merken, daß sie dort offiziell eigentlich nicht vorkommen. Ebenso liegen Frauen/Lesben-Projekte bei anderen sozialen Einrichtungen, die im Bereich HIV/AIDS arbeiten, eher nicht im Blick.

Die weiterhin steigende Zahl von Neuinfektionen bei Mädchen und Frauen ruft nach einer parteilichen Präventionsarbeit, in der die Besonderheiten der weiblichen Lebenssituation in unserer Gesellschaft berücksichtigt werden. Der Schutz vor einer HIV-Infektion beinhaltet für Mädchen und Frauen die Durchsetzung eigener Wünsche und Forderungen bei heterosexuellen Kontakten. Da das Infektionsrisiko für Mädchen und Frauen bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr um ein Vielfaches höher ist als für Jungen und Männer, sind erstere mehr gefordert, für sich und ihre Gesundheit zu sorgen – im Zeitalter von AIDS durch die Durchsetzung von Safer Sex. Dies fällt Mädchen und Frauen schwer, denn die gesellschaftliche Macht- und Rollenverteilung spiegelt sich auch beim Sex wider und wird – angesichts einer lebensbedrohlichen Krankheit – potenziert.

Das Thema Lesben und HIV/AIDS wird nach wie vor als sehr randständig betrachtet. Die Bandbreite der Reaktionen bei Lesben auf das Thema reicht von der Einstellung, eine Infektion sei bei lesbischen Sexualkontakten ausgeschlossen bis hin zur „Latexisierung“ der Sexpraktiken. Es gibt wenig, vor allem wenig bekanntes und aktuelles Informations- und Aufklärungsmaterial, was der Unbedarftheit einerseits und der Panikmache andererseits Vorschub leistet.

Frauenspezifische Angebote in der Versorgung und Prävention bei HIV und AIDS: Befragung der ProFamilia-Beratungsstellen in Niedersachsen

Folgende Fragen wurden gestellt:

1. Ist das Thema AIDS Bestandteil sexualpädagogischer Veranstaltungen?

- ja
 nein

2. Erhalten Sie Anfragen zum Thema Sexualität und AIDS?

- ja
 nein

3. Führen Sie AIDS-Präventionsveranstaltungen durch?

- ja, auf Anfrage
 ja, auf eigene Initiative
 nein

falls ja:

Gibt es in Ihrer Beratungsstelle spezielle AIDS-Prävention für Mädchen und Frauen?

- ja
 nein

4. Haben Sie Bedarf an frauen- und mädchenspezifischem Informations- und Aufklärungsmaterial (zum Thema HIV und AIDS)?

- ja
 nein

falls ja:

Welche Zielgruppen sollte das Material ansprechen, welche Themen sollten behandelt werden und welche Medien erscheinen Ihnen dafür geeignet?

Zielgruppe:

Thema:

Medium:

5. Haben Sie Bedarf an praxisnahen Konzepten für frauenspezifische Beratungs- und Präventionsangebote (zum Thema HIV und AIDS)?

- ja
 nein

falls ja:

In welchen Bereichen wären praxisnahe Konzepte für die Unterstützung Ihrer Arbeit hilfreich?

Thema:

Zielgruppe:

6. Haben Sie Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Frauen und AIDS, entweder für Ihre eigene Arbeit oder für die Fortbildung von Multiplikatorinnen?

- ja
 nein

7. Bitte nennen Sie Einrichtungen, mit denen Sie in bezug auf HIV- und AIDS-relevante Aufgaben (Beratung, Betreuung, Prävention usw.) zusammenarbeiten:

8. Wünschen Sie eine Zusammenarbeit mit dem Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“?

- ja
 nein

9. Raum für Anregungen/Fragen/Wünsche an das Projekt

Auswertungsbericht: Befragung der ProFamilia-Beratungsstellen

Von 20 verschickten Fragebögen kamen zwölf an das Projekt zurück, was einem Anteil von 60% entspricht.

Zu den Ergebnissen im einzelnen:

Bei zehn Einrichtungen (83%) sind HIV-Infektion und AIDS Thema sexualpädagogischer Veranstaltungen. Sieben Beratungsstellen (60%) erhalten Anfragen zum Thema Sexualität und AIDS. AIDS-Präventionsveranstaltungen werden von fünf Beratungsstellen (42%) durchgeführt; bei vier dieser Einrichtungen geschieht dies auf Anfrage und bei einer auf eigene Initiative. AIDS-Prävention wird häufig in den Rahmen von Sexualpädagogik eingebunden. In einer Beratungsstelle gibt es spezielle AIDS-Prävention für Mädchen und Frauen.

Acht (zwei Drittel der) Beratungsstellen melden Bedarf an frauen- und mädchenspezifischen Informations- und Aufklärungsmaterialien zu HIV/AIDS. Die Zielgruppe dieser Materialien teilt sich in die Mädchen (ab 12 Jahre) einerseits und die Erzieherinnen/Lehrerinnen andererseits. Es geht dabei ausschließlich um den primärpräventiven Bereich. Die Themenpalette reicht von zielgruppenorientierten Basisinformationen über Frauen, Schwangerschaft, Kinder und

AIDS bis hin zur Durchsetzung eigener Wünsche und Forderungen von Mädchen und Frauen bei heterosexuellen Kontakten. An Medien werden überwiegend Printmedien, aber auch Filme gewünscht.

So hoch der Bedarf an Materialien ist, so gering erweist er sich bei der Frage nach praxisnahen Konzepten für frauenspezifische Beratungs- und Präventionsangebote. Hier benennen vier (ein Drittel der) Beratungsstellen einen Bedarf, bei gleicher Zielgruppe. Als Methoden werden Rollenspiele, z.B. mit Situationskärtchen, genannt, als Themen beispielsweise „das erste Mal – Angst vor Infektion“.

Ebenfalls vier Beratungsstellen (33%) melden einen Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Frauen und AIDS, sowohl für die eigene Arbeit als auch für die Fortbildung von Multiplikatorinnen.

ProFamilia-Beratungsstellen arbeiten bezüglich HIV/AIDS mit vielen unterschiedlichen Einrichtungen zusammen. Genannt werden: (AIDS-Beratungsstellen der) Gesundheitsämter, AIDS-Arbeitskreise, AIDS-Hilfen, Beratungsstellen für Homosexuelle, Prostituierte und DrogengebraucherInnen, Schulen, Jugendzentren und Kindergärten.

Knapp 60% der antwortenden ProFamilia-Beratungsstellen wünschen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“. Eine Beratungsstelle äußert konkret den Wunsch nach Informationsmaterialien, die für Sexualpädagogik im schulischen und außerschulischen Bereich eingesetzt werden können.

Die Situation der ProFamilia-Beratungsstellen spiegelt die vieler anderer sozialer Einrichtungen wider. Materialien zur Weitergabe an KlientInnen werden benötigt und angefragt, bei Konzepten für die eigene Arbeit, z.B. für Fortbildungsveranstaltungen, wird dagegen kein Bedarf angezeigt. Dabei steht hinter der Frage nach dem Bedarf ja nicht automatisch die Verpflichtung zur Umsetzung oder zur Teilnahme. Vieles ist sicher wegen personeller Engpässe und der damit verbundenen begrenzten Zeitkapazitäten nicht möglich.

Der Bedarf an Materialien bezieht sich ausschließlich auf den Bereich der Primärprävention, hier den Schutz vor einer HIV-Infektion beim Sex. Das ist nicht weiter verwunderlich, denn die Sexualpädagogik ist das genuine Arbeitsfeld der ProFamilia-Beratungsstellen.

Es scheint so, als sei AIDS in Verbindung mit Sexualität ein schwieriges Thema, als seien trotz jahrelanger Aufklärung gerade auch durch die Medien nur wenige präventive Möglichkeiten bei Jugendlichen angekommen.

Das Thema für Mädchen und junge Frauen ist die Durchsetzung eigener Wünsche und Forderungen bei heterosexuellen Kontakten. Dies fällt vielen Frauen und Mädchen schwer, denn die gesellschaftliche Macht- und Rollenverteilung spiegelt sich beim Sex wider.

Jedoch ist für einige Einrichtungen das Thema Frauen und AIDS nicht mehr so relevant, weil HIV-Infektion und AIDS allgemein nicht mehr so sehr im Mittelpunkt öffentlichen Interesses stehen wie noch vor einiger Zeit. Diese Tatsache beschreibt eine Beratungsstelle folgendermaßen und spricht damit wahrscheinlich für viele: „Das Interesse am Thema HIV/AIDS ist spürbar zurückgegangen, (wir verzeichnen) weniger Anfragen durch Schulen im Rahmen von Präventionsveranstaltungen. Bei unseren sexualpädagogischen Veranstaltungen ist das Thema AIDS und Infektionsrisiken nur ein kleiner Bereich. Viele

SchülerInnen/Jugendliche fühlen sich, so scheint es, gut informiert und teilweise 'übersättigt'. Nach der anfänglichen Panik vor ein paar Jahren jetzt Gefahr der Ausblendung?“

Die kontinuierlich ansteigende Zahl der HIV-Neuinfektionen gerade bei jungen Erwachsenen und insbesondere bei jungen Frauen spricht dem allerdings entgegen. Sie unterstreicht den Bedarf an frauen- und Mädchenspezifischen praxisnahen Präventionsangeboten, die das Selbstbewußtsein steigern.

Frauenspezifische Angebote in der Versorgung und Prävention bei HIV und AIDS: Befragung der Gesundheitsämter in Niedersachsen

Folgende Fragen wurden gestellt:

1. *Wieviele HIV-infizierte oder an AIDS erkrankte Frauen wurden 1993 durch das Gesundheitsamt betreut?*

2. *Bieten Sie direkt oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen spezielle Präventionsveranstaltungen nur für Mädchen oder Frauen an?*

- ja, auf Anfrage
- ja, auf eigene Initiative
- nein

3. a) *Sehen Sie einen Bedarf an frauen- und Mädchenspezifischem Informations- und Aufklärungsmaterial?*

- ja
- nein

falls ja:

Welche Zielgruppen sollte das Material ansprechen, welche Themen sollten behandelt werden und welche Medien erscheinen Ihnen dafür geeignet?

Zielgruppe:

Thema:

Medium:

3. b) *Sehen Sie einen Bedarf an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Frauen und AIDS, entweder für Ihre eigene Arbeit oder für die Fortbildung von Multiplikatorinnen?*

- ja
- nein

falls ja:

Welche überregionalen Fortbildungsveranstaltungen im Bereich frauenspezifischer Angebote wären für die Unterstützung Ihrer Arbeit hilfreich?

Themen:
Zielgruppe:

4. *Wünschen Sie die Aufnahme Ihrer Adresse in den Verteiler des Projektes Frauen und AIDS in Niedersachsen?*

- ja
- nein

falls ja:

Bitte nennen Sie mir eine Ansprechpartnerin für die frauenspezifischen Angebote in Ihrem Gesundheitsamt oder im Zuständigkeitsbereich Ihres Amtes.

5. a) *Zu welchen der genannten Themen gibt es Arbeitskreise in Ihrer Region?*

- Arbeitskreis AIDS
- psychosozialer Arbeitskreis
- Arbeitskreis Drogen
- Arbeitskreis Prävention
- Arbeitskreis gegen sexuellen Mißbrauch
- Arbeitskreis frauenspezifischer Einrichtungen
- Arbeitskreis Mädchenarbeit
- Arbeitskreis Prostitution
- sonstige Arbeitskreise und zwar:

5. b) *Bitte nennen Sie die Einrichtungen, mit denen Sie in bezug auf HIV/AIDS-Aufgaben (Beratung, Betreuung, Prävention usw.) zusammenarbeiten.*

6. *Sehen Sie einen Bedarf an praxisnahen Konzepten für frauenspezifische Beratungs- und Präventionsangebote?*

- ja
- nein

falls ja:

In welchen Bereichen wären praxisnahe Konzepte für die Unterstützung Ihrer Arbeit hilfreich?

Thema:
Zielgruppe:

7. *Raum für Anregungen/Fragen/Wünsche an das Projekt*

Auswertungsbericht: Befragung der Gesundheitsämter

Nach den vorliegenden Unterlagen wurden 47 Fragebögen verschickt. 32 sind zurückgesandt worden, 29 davon waren ausgefüllt. Zwei Gesundheitsämter, nämlich im Landkreis Osterholz und im Landkreis Nienburg/Weser, haben uns darüber in Kenntnis gesetzt, daß es dort keine AIDS-Beratungsstelle mehr gibt; ein Bogen wurde unausgefüllt zurückgeschickt.

Zu den Ergebnissen im einzelnen:

In 16 Gesundheitsämtern werden Frauen mit HIV und AIDS betreut, laut Angabe je zwischen einer und fünf Frauen. Zwei Gesundheitsämter machten keine Angabe dazu, die anderen betreuen entweder keine Frauen oder differenzieren ihr Klientel nicht nach Geschlecht.

Mädchen- und frauenspezifische AIDS-Prävention wird von 19 Gesundheitsämtern angeboten, zum Teil ausschließlich auf Anfrage, zum Teil auf eigene Initiative.

Einen Bedarf an frauenspezifischen Angeboten, Materialien und Konzepten melden 18 Gesundheitsämter. Dabei umfaßt die Themenpalette Selbstsicherheitstraining für Mädchen und Frauen, geschlechtsspezifisches Rollenverhalten, sexuelle Identität, Sexualität und AIDS, Safer Sex, Aufklärung über Infektionswege, Schwangerschaft und AIDS, Prostituierte, Migration und AIDS, Lesben und AIDS, seltener: Drogenkonsum. Als Zielgruppen werden Mädchen (allgemeiner: Jugendliche), Frauen und Prostituierte genannt.

Die Frage nach der gewünschten Zusammenarbeit mit dem Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“ läßt sich nur schwer auswerten. Sechs Gesundheitsämter haben ausschließlich ein Interesse daran, in den Verteiler des Projektes aufgenommen zu werden, bei 17 Gesundheitsämtern kann von einem Wunsch nach weiterer Zusammenarbeit gesprochen werden. Ob es sich hier um eine reine Angebotsfrage oder um weitreichendere Kooperation handelt, läßt sich aus dem Fragebogen nur schwer herauslesen. Vielmehr wird sich diese Frage erst in der konkreten Zusammenarbeit klären.

Die Frage nach Kooperation mit AIDS-Hilfen und anderen Selbsthilfegruppen vor Ort bejahen 21 Gesundheitsämter. Sieben Gesundheitsämter arbeiten mit keiner AIDS-Hilfe oder Selbsthilfegruppe zusammen, sondern ausschließlich mit anderen Institutionen, z.B. Sozialstationen, Drogenberatungsstellen, niedergelassenen ÄrztInnen, Krankenhäusern und sonstigen Beratungsstellen. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß die Orte dieser sieben Gesundheitsämter über keine AIDS-Hilfen verfügen, lediglich in nahe gelegenen größeren Städten befinden sich solche.

Bedarf an Fortbildung zum Thema Frauen und AIDS besteht bei 13 Gesundheitsämtern. Zwei Gesundheitsämter geben an, zur Zeit wegen personeller Engpässe keine Fortbildungsangebote in Anspruch nehmen zu können.

Zusammenfassung und Ausblick

Alle Auswertungen bestätigen eine hohe Nachfrage nach Materialien zum Thema Frauen und AIDS. Ebenso durchgängig erwies sich der Bedarf an praxisnahen Konzepten sowie an Fortbildungen.

Da praxisnahe Konzepte nicht im Sinne fertiger und starrer Rezepte zu verstehen sind, veranstaltete das Projekt „Frauen und AIDS in Niedersachsen“ in Zusammenarbeit mit dem Frauenarbeitskreis der Niedersächsischen AIDS-Hilfen im September 1995 einen Fachtag „Frauen und AIDS – zwei Seiten einer Medaille“. Kurzreferate und Arbeitsgruppen gestalteten die Fortbildung der teilnehmenden Frauen. Die behandelten Themen waren:

- Drogen, Frauen und AIDS
- Prostitution und AIDS
- Schwangerschaft, künstliche Befruchtung, Lebensgemeinschaften mit HIV/AIDS
- Primärprävention
- Lesben und AIDS

Der Fachtag sollte gleichzeitig die Vernetzung der Institutionen und Projekte, die im Bereich Frauen und AIDS arbeiten (wollen), voranbringen. Die Resonanz war mit ca. 60 Teilnehmerinnen sehr hoch; die Ergebnisse der Veranstaltung werden in einer Dokumentation zusammengefaßt.

Bei einzelnen Themen, z.B. Primärprävention oder Lesben und AIDS, wurde auf dem Fachtag deutlich, wie wichtig die Zusammenarbeit vor Ort und der Austausch sowie die Zusammenführung von Konzepten sind. Zur besseren Umsetzung sind Konzept- und intensive Austauschseminare geplant.

Ebenso kristallisierte sich durch den Fachtag die Notwendigkeit einer intensiven Vor-Ort-Arbeit (Streetwork) im Bereich Frauen und AIDS heraus, die nun in einigen Regionen auch konkret angegangen wird.

Unabhängig vom Fachtag wurden alle befragten Institutionen durch die Aktion auf die Notwendigkeit einer gezielten Frauenarbeit im Zusammenhang mit HIV und AIDS aufmerksam.

BAND XXI

FRAUEN, HIV-INFEKTION UND AIDS

Zwei Befragungen zum Thema

Was kennzeichnet HIV-infizierte Frauen? Was haben sie gemeinsam, worin unterscheiden sie sich? Diesen Fragen widmet sich der erste Beitrag des Bandes. Präsentiert werden die Ergebnisse einer unter betroffenen Frauen durchgeführten empirischen Untersuchung. Der Beitrag macht deutlich, daß betroffene Frauen keine homogene Gruppe darstellen und gewährt vor allem dort interessante Einblicke, wo auf Zusammenhänge zwischen biographischen Daten und bestimmten Präferenzen hingewiesen wird.

Aus einer anderen Perspektive beleuchtet der zweite Beitrag den Gegenstand. Das Projekt »Frauen und AIDS in Niedersachsen« befragte verschiedene Beratungsstellen und Projekte im Bundesland u.a. zu spezifischen Angeboten für Frauen und Mädchen, zum Bedarf an entsprechenden Materialien und an Fortbildungen für ihre MitarbeiterInnen. Angebote und Bedarf wurden dabei auch für die Primärprävention ermittelt.

ISSN 0937-1931

ISBN 3-930425-13-0



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.