

Wieviel Plan braucht Familie? Wieviel Plan verträgt Familie?

Familienplanung im Kontext von Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin

Prof. Dr. Cornelia Helfferich,
Sozialwissenschaftliches
Frauenforschungsinstitut Freiburg



Einführung

Viele neue Themen stehen zur Diskussion an, ich möchte aber mit dem altgewohnten Fachbegriff „Familienplanung“ beginnen. Doch auch hier bergen beide Wortteile, „Familie“ und „Planung“, Neues und haben durch neue Entwicklungen an Eindeutigkeit verloren:

Familie – was für eine Familie? Die Kernfamilie? Die Verwandtschaftsfamilie? Die multiplizierte, pluralisierte Patchwork-Familie? Die kinderlose Ehe oder Paarbeziehung? Sage mir, wie Du Familie definierst, und ich sage Dir, wo Du (familien-)politisch stehst.

Und **Planung** – was für ein Plan, was für eine Planung? Rationale Planung? Selbstbestimmung? Bewusste Entscheidung? Und

wo bleiben die Gefühle, die Intuition, der spontane Entschluss?

Wir haben in dem Forschungsprojekt „frauen leben“, aus dem ich berichten möchte, mit „Familie“ alle Lebensformen gemeint, da wir Familienplanung nicht auf Familiengründung beschränken und auch bei Frauen ohne Kinder von Familienplanung sprechen wollten. Planung haben wir mit „Gestaltung“ übersetzt und dabei offen gelassen, welchen Part jeweils rationale, bewusste Entscheidungen und Kosten-Nutzen-Abwägungen, Zufall und Schicksal, der Nachvollzug unhinterfragter Traditionen oder die Emotionen dabei spielen.

„Familienplanung“ also: weder beschränkt auf Familie, noch auf Planung. Und doch ist Planung wichtig: Planung im Sinn der Nutzung der Möglichkeiten von Selbstbestimmung, die z.B. Verhütung bietet, ist notwendig, vernünftig, selbstverständlich, sie wird geradezu verlangt und ist pädagogisches Ziel. Nicht von ungefähr hat Sexuaufklärung denselben Namen wie die historische Epoche der Aufklärung. Aufgeklärte Familienplanung ist eingebettet in einen übergreifenden Prozess der Rationalisierung, der Verfügbarmachung der Grundlagen menschlichen Lebens. Planbarkeit und Planen spielen dabei eine große Rolle.

Familie und gelingendes reproduktives Leben brauchen Planung, Vernunft, Weitsicht, begründete Entscheidungen und natürlich die technologischen Mittel, die die Umsetzung der Entscheidungen ermöglichen. Aber so, wie die Aufklärung ein zweites Gesicht hat und heute an ihre Grenzen kommt, hat auch Planung eine zweite Seite, die wir mit den Schattenseiten technologischen Fortschritts verbinden. Kommen wir an eine Grenze, wo Planung, Planbarkeit und Machbarkeit Familie zerstören und mehr Probleme aufwerfen, als sie lösen? Aber was ist die Alternative? Dies steht für mich hinter der Fra-

ge: Wieviel Plan braucht Familie, wieviel Plan verträgt Familie? Wo steht Familienplanung, jetzt betrachtet als Teilaspekt technologischen Fortschritts von Pille bis zu pränataler Diagnostik (und weiter?), und als Ausschnitt aus einer Menschheitsgeschichte von Planbarkeit und Machbarkeit?

Ergebnisse einer Studie

Ich möchte kleine Antworten auf die großen Fragen zur Diskussion stellen. Im ersten Teil meines Vortrags möchte ich einige Ergebnisse aus der Studie „frauen leben“ im Auftrag der BZgA berichten: Wie halten Frauen es mit der Familienplanung im Sinne einer „Entscheidung“ der Kinderfrage „Kinder oder keine“ bzw. „Kinder wann?“ Planen sie? Wie gehen sie mit ungeplanten Schwangerschaften um? Eine qualitative Zusatzauswertung lieferte uns Erkenntnisse, wie Frauen überhaupt Planung definieren und wo sie ihre Einstellungen einordnen zwischen Notwendigkeit von Planung und Verzicht auf Planung. In der Interpretation wird ein neuer wichtiger Begriff auftauchen: Sicherheit. Planung stellt Sicherheit her, aber sie bedarf ihrerseits halbwegs sicherer überschaubarer Verhältnisse. Wieviel Plan (aus subjektiver Sicht) gebraucht wird, hängt davon ab, wieviel Sicherheit da ist. Die Frage lautet nun: Wieviel Sicherheit braucht Familie? Und wie wird Sicherheit „hergestellt“?

Im zweiten Teil des Vortrags werde ich weiter aus der Zusatzauswertung berichten, dieses Mal geht es um die Einstellungen zu Planung im Sinne der Möglichkeit, Behinderungen auszuschließen. Wir werden sehen, dass die Ängste und Unsicherheiten, die im Zusammenhang mit der Kinderfrage allgemein genannt wurden, hier in zugespitzter Form auftauchen. Fast scheint es so, als ob diese Ängste auf die Vorstellung, ein behindertes Kind zu haben, gebündelt projiziert werden und den Vorstellungen irrationale Züge geben.

Der Vortrag endet mit Überlegungen, wie Familienplanung für Frauen und für Männer in Zeiten der Unsicherheit aussehen kann und welche Konsequenzen sich daraus für die Politik ergeben.

1. Die Studie „frauen leben“ – Einige Informationen und Eckdaten

Das Forschungsprojekt wurde in Kooperation durchgeführt mit der Forschungsstelle Partner- und Sexualforschung der Gesellschaft für Sexualwissenschaft in Leipzig (Kurt Starke, Konrad Weller) und dem NORDIG-Institut für Gesundheitsforschung und Prävention in Hamburg (Wilfried Karmaus). Es wurden zum einen 1.468 Frauen zwischen 20 und 44 Jahren in Freiburg, Leipzig und Hamburg zu ihrer Lebensgeschichte bezogen auf Familienplanung mit einem Fragebogen telefonisch befragt, zum zweiten wurden 101 Frauen davon ausgewählt, die ihre Biografie mündlich mit eigenen Worten erzählten. Genauere Angaben sind der Kurz- oder der ausführlichen Langfassung des Abschlussberichts zu entnehmen (1). Für die Einordnung der Ergebnisse, die ich hier vorstelle, sind vor allem folgende Hinweise wichtig:

Die befragten Frauen sind zwischen 1954 und 1978 geboren. Wenn es im Folgenden z.B. um „erste Schwangerschaften“ geht, muss man dies berücksichtigen: Die Schwangerschaften können zwischen 1972 und 1999 eingetreten sein. Es handelt sich also nicht um Aussagen über heute bzw. über „erste Schwangerschaften, die im Jahr 1999 eingetreten sind“. Dies ist auch insofern wichtig, als einige der Schwangerschaften von Frauen aus den neuen Bundesländern zu DDR-Zeiten, und andere nach der Wende unter ganz anderen Bedingungen eingetreten waren. Wir stellen die Ergebnisse daher auch immer sprachlich in der Vergangenheitsform dar.

- Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen sind leicht überrepräsentiert.
- Wir haben alle Schwangerschaften im Leben der Frauen erfragt – solche, die zugelassen wurden und mit einer Geburt eines lebenden Kindes, mit einer Fehl- oder Totgeburt ausgingen, aber auch die abgebrochenen Schwangerschaften. Wir haben z.T. ähnliche Fragen für alle Schwangerschaften gestellt, z.B. zur Situation, als die Schwangerschaft eintrat. Wir haben allerdings bei abgebrochenen Schwangerschaften nicht gefragt, ob die Schwangerschaften gewollt waren, sondern sie als ungewollt vorausgesetzt.

Zur Zusatzauswertung, auf die ich mich beziehe: Am Ende der qualitativen Interviews mit den 101 Frauen aus Freiburg und Leipzig hatten wir vier Fragen gestellt:

- Sollen Frauen planen können, wann sie ein Kind bekommen?
- Sollen Frauen planen können, wann sie kein Kind bekommen?

- Sollen Frauen planen können, welches Geschlecht das Kind hat?
- Sollen Frauen so planen können, dass unerwünschte Eigenschaften oder Behinderungen ausgeschlossen sind?

Hier erfahren wir weniger etwas über das Verhalten der Frauen, sondern über ihre Einstellungen.

2. Wie geplant ist Familie? Wie wird mit ungeplanten Ereignissen umgegangen?

Wir haben unterschiedliche Fragevarianten ausprobiert und bei jeder zugelassenen Schwangerschaft gefragt, ob sie a) gewollt, b) geplant war, c) wie groß der Kinderwunsch war und d) wie die Reaktion ausfiel, als die Schwangerschaft bemerkt wurde.

Je nachdem, wie man die Intention zu einer Schwangerschaft definiert, sind zwischen der Hälfte und drei Viertel der Schwangerschaften intendiert gewesen (Abb 1); ein Viertel aller Schwangerschaften war ungewollt ein-

Abbildung 1: Geplantheit von Schwangerschaften

Kinderwunsch sehr stark	52,4%
bewusst geplant	57,6 %
gewollt, auch der Zeitpunkt	61,7%
Kinderwunsch sehr sehr stark/stark	68,2 %
gewollt zu dem Zeitpunkt oder später	75,9 %

Quelle: Datensatz frauen leben 1999, N=1468

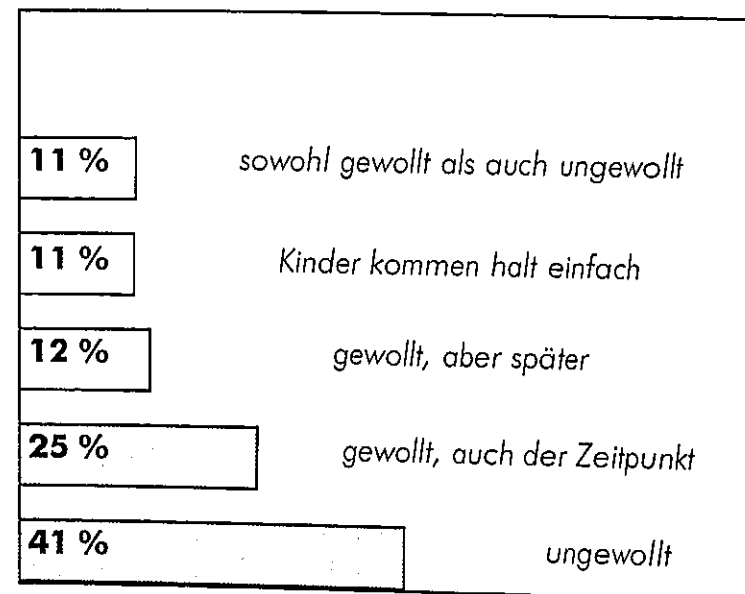
Abbildung 1b: Geplantheit von Schwangerschaften

Die Schwangerschaft war...	Anteil an allen zugelassenen Schwangerschaften	Anteil an allen Schwangerschaften
ungewollt	14,4 %	25,3 %
nicht bewusst geplant oder trat unter Verhütung ein	35,4 %	43,5%

Quelle: Datensatz frauen leben 1999, N=1468

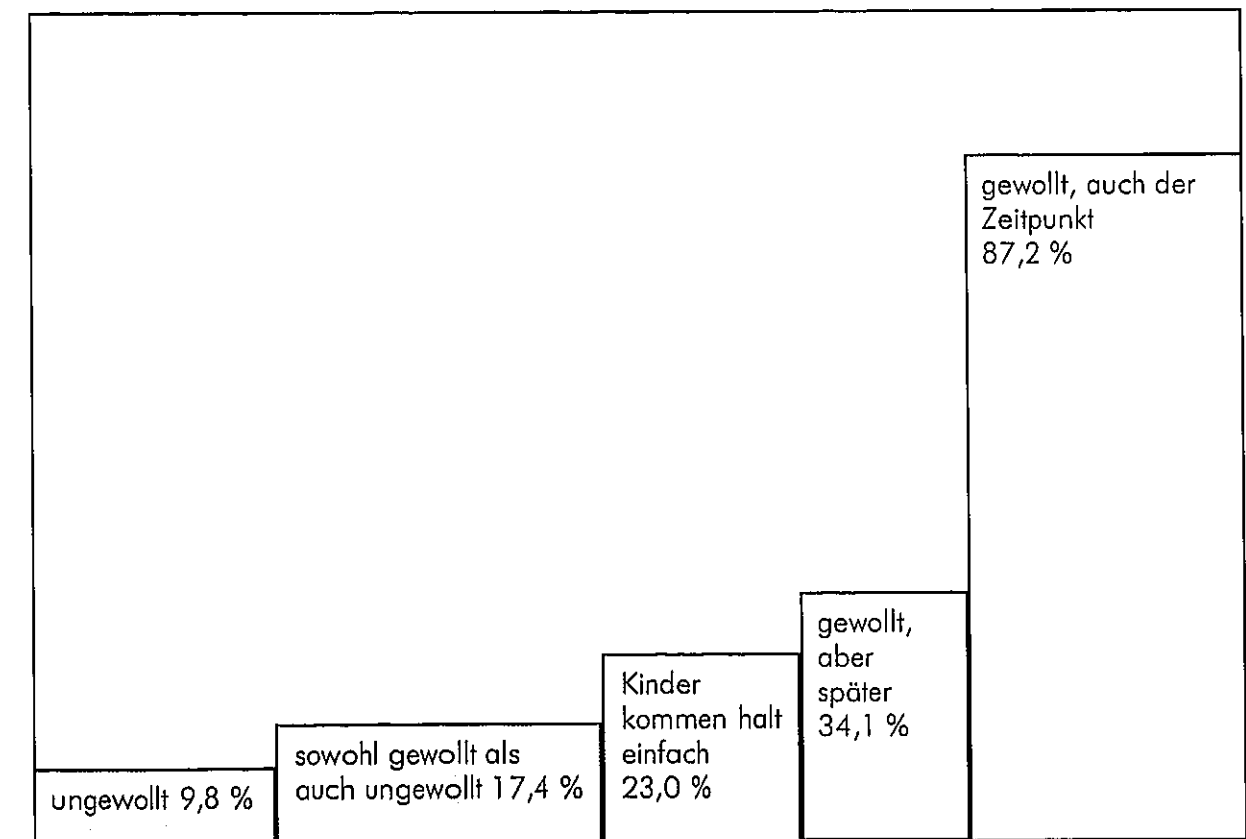
Abbildung 2: Geplantheit von Schwangerschaften II

In welchem Maß waren nicht bewusst geplante Schwangerschaften gewollt?



Quelle: Datensatz frauen leben 1999, N=1468

Abbildung 3: Anteil der freudig begrüßten Schwangerschaften an den in bestimmtem Maß gewollten Schwangerschaften



Quelle: dto. Zu lesen: 9,8 % der ungewollten Schwangerschaften wurden freudig begrüßt

getreten, etwas weniger als die Hälfte war nicht bewusst geplant (Abb. 1 b).

- „Bewusst geplant“ ist definitiv etwas anderes als „gewollt“: Planung beinhaltet gezielte Aktivität und Kalkulation.
- Deutlich mehr als ein Drittel der nicht bewusst geplanten Schwangerschaften wurden als „gewollt, auf den oder einen späteren Zeitpunkt hin“ bezeichnet (Abb. 2).
- 87 % der auf den Zeitpunkt hin gewollten, aber immer noch 10 % der ungewollten Schwangerschaften wurden freudig begrüßt (Abb. 3).

- Das erste und vor allem das dritte Kind waren deutlich häufiger ungewollt und seltener auf den Zeitpunkt hin gewollt.
- Der Anteil der auf den Zeitpunkt hin gewollten ersten zugelassenen Schwangerschaften stieg im Westen von 44 %, wenn die Schwangerschaft in den 70er Jahren eingetreten war, linear auf 59 %, wenn sie in den 90er Jahren eingetreten war. Im Osten stieg der Anteil bis 1990 von 48 % auf 63 %, ging in den 90er Jahren, also nach der Wende aber leicht zurück. Dies zeigt noch einmal die Bedeutung der gesellschaftlichen Hintergründe für die Frage der Kinderplanung.

In ihrer Antwort differenzierten einige Frauen zwischen einerseits einer „groben“ oder „ungefähren“ Planung, einem „gewisser Einfluss“ und „ungefährtem Planen“ dahin gehend, dass in einer bestimmten Lebensphase keine bzw. eine Schwangerschaft eintreten soll, und andererseits „100 % Planen“. Generell wurde befürwortet, dass Frauen bestimmen können sollen, ob oder ob nicht und wann sie ein Kind bekommen bzw. wann sie ein Kind und wann sie kein Kind wollen: „Im Endeffekt muss jeder für sich sagen können, ich will oder ich will nicht. Und ich will dann und dann und ich will zu dem und dem Zeitpunkt“. Insbesondere ist die Bestimmung einer „zeitlichen Spanne“ oder einer groben Altersphase („so mit 25“) akzeptiert. Umstritten ist aber das „genau“ oder „100 % Planen“, dass ein Kind zu einem bestimmten Zeitpunkt (bestimmter Monat, bestimmtes Datum) kommen soll: „Ja, genau planen in etwa schon, also den Bereich schon. Jetzt net grad vielleicht auf den Monat genau, so würde ich das jetzt net sehen für mich persönlich, aber daß man sagt, gut, ich möchte jetzt vielleicht in dem und dem Jahr mein Kind bekommen, so also gezielt planen schon, das fände ich also auch wichtig, so wie ich sagen kann, in dem Bereich möchte ich keine Kinder, möchte ich auch planen können, in dem Bereich möchte ich gerne Kinder.“ „Mehr oder weniger, sagen wir mal, es muß ja nun nicht der Monat sein“, „Daß es auch nicht gut ist, wenn es ganz genau und ganz exakt in so einem vorher bestimmbareren Sinne ist. Aber sie sollten es planen können“.

Betrachtet man die Zitate, so fällt auf:

- Es wird ein Unterschied gemacht, ob eine Frau ein ungewolltes Kind verhindert, oder ob sie ein Kind gezielt plant. „Vielleicht ist es nicht unbedingt so, dass man planen sollte, wann man ein Kind kriegt, aber umgekehrt bin ich ganz sicher, dass es für mich eine Katastrophe gewesen wäre,

wenn ich zu einem Zeitpunkt, wo ich keines gewollt hätte, eines bekommen hätte.“ Konsens war bei allen, dass eine Frau nicht gezwungen werden darf, ein Kind gegen ihren Willen auszutragen. Darauf bezieht sich Selbstbestimmung. Bei der zweiten Frage nach der Planung, ob ein Kind kommt, richtet sich der Fokus stärker auf das Kind, das auf diese Weise als planbar und machbar erscheint.

- Es existiert die Überzeugung, dass ein solches genaues Planen gar nicht funktioniert, jedenfalls nicht so wie Verhütung: „Also man kann den Wunsch haben, ein Kind zu haben, aber ob man schwanger wird, das kann man wirklich nicht planen. Also, das sag ich jetzt mal so, ich denke, die Frauen haben die Möglichkeit zu sagen, ich würde gerne schwanger werden und eine Schwangerschaft ist okay, aber sie haben ja auch nicht die Garantie, dass es klappt.“
- Befürchtet wurde, dass Frauen sich selbst unter Druck setzen, eine Schwangerschaft müsse dann auch so eintreten wie geplant. Das hat zum einen die Folge, dass diese Frauen erst recht nicht schwanger werden: „Aber, ich glaube, da setzt man sich selber zu sehr unter Druck“, „also ich möchte es jetzt nicht so stur einplanen: so, weil, wenn es dann nicht klappt oder so, ist die Enttäuschung vielleicht zu groß.“ Zum Zweiten kommt eine Beziehungsdimension zum Tragen: Wer plant, so die implizite Logik, entwickelt konkrete Vorstellungen und hat die Erwartung, dass das Geplante auch so eintritt. Tritt es nicht ein, kann es auch nicht akzeptiert werden, da es ja nicht der Erwartung entspricht. Insbesondere bei der Frage nach Planung des Geschlechts des Kindes oder anderer Eigenschaften – was durchweg strikt abgelehnt wurde – reagierten die Frauen sehr emotional und fanden eine solche Haltung „dem Kind gegenüber unfair“,

denn Frauen lehnen dann ihr Kind eher ab, weil sie es an den sehr konkreten Erwartungen messen.

- Die „genaue“ Planung auf einen Monat hin hat negative Konsequenzen: Sie nimmt die Spontaneität, weniger Kinder kommen zur Welt, der Kinderwunsch würde weit hinausgeschoben, wenn eine solche Planung möglich wäre.
- Vor allem Frauen aus dem ländlichen Raum um Freiburg herum brachten Vorstellungen ein, man solle der Natur „ihren Lauf lassen“, solle nicht zu sehr „Druck ausüben“ und ordneten die „100 % Planung“ dem Bereich des Technologisch-Mechanischen zu.

Erstes Zwischenfazit: Wollen und Planen sind nicht dasselbe. Das Thema der Frauen ist mehr das Wollen als das Planen. Planen oder Wollen hat eine Beziehungsdimension: Planen, so die Vorstellung der Frauen, vermindert wegen der damit verbundenen konkreten Erwartungen die Akzeptanz z.B. eines Kindes, das den Erwartungen nicht genügt. Familie braucht Plan, aber nicht 100 %.

Was bedeutet das für den Umgang mit ungeplanten Ereignissen? In einer Wiener Studie aus den 70er Jahren wurde ein Rationalitätsmodell entwickelt: Es wurde ein Prozess mit den Stufen beschrieben: Kinderwunsch, Eintreten-Lassen der Schwangerschaft, Akzeptanz und Austragen. Ginge es streng rational zu, dann müssten zwei Verläufe dominieren: Eine Schwangerschaft wurde gewünscht, gezielt auf ein Eintreten hingearbeitet, akzeptiert und ausgetragen. Oder es war kein Kinderwunsch vorhanden und die Schwangerschaft ungewollt eingetreten, dann wurde sie nicht akzeptiert und nicht ausgetragen. Der erste Weg konnte belegt werden, der zweite weniger. Die Anlage unserer Studie machte die Rekonstruktion ähnlicher Prozessabläufe möglich und insbeson-

dere einen Vergleich ungewollter Schwangerschaften, die ausgetragen wurden, mit denen, die abgebrochen wurden.

Generell waren in „ungeeigneten“ Situationen weniger Schwangerschaften eingetreten und unter den eingetretenen waren mehr ungewollt eingetreten. „Ungeeignet“ ist dabei zum einen eine soziale Definition, wie der Ost-West-Vergleich zeigt: Ausbildungszeiten oder ein Status als Ledige wurden und werden im Westen als ungeeignet empfunden, in der DDR war dies nicht der Fall. „Ungeeignet“ kann sich aber auch auf persönliche Belastungssituationen wie etwa Trennungen und Partnerschaftskrisen beziehen. Das Ergebnis ist plausibel, wenn man sich vor Augen hält: Welche Frau will in einer ungeeigneten oder in einer persönlichen Belastungssituation gern schwanger werden?

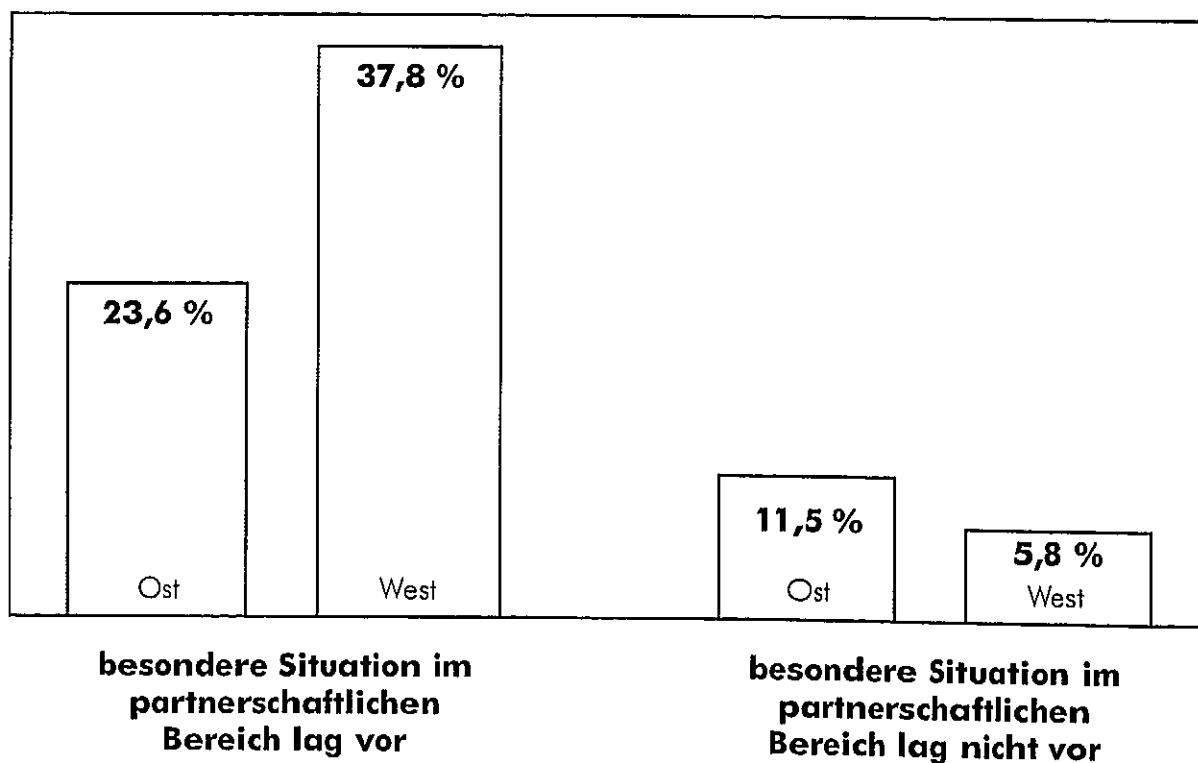
In den ungeeigneten Situationen wurden entsprechend mehr von den eingetretenen Schwangerschaften abgebrochen. Bei der Überprüfung, ob diese erhöhte Rate von abgebrochenen Schwangerschaften darauf zurückzuführen ist, dass in solchen Situationen mehr ungewollte Schwangerschaften eingetreten waren, oder ob die Situation selbst einen Einfluss hatte, stellen wir fest, dass die Situation relativ wenig Einfluss hat. Beschränkt man die Betrachtung nur auf ungewollte Schwangerschaften, so sieht man, dass sie nur unwesentlich häufiger abgebrochen wurden, wenn die Frau sich in einer Belastungssituation befand, als sie schwanger wurde, verglichen mit dem Abbruchverhalten in unbelasteten Situationen. In beiden Fällen wurde etwa jede zweite Schwangerschaft abgebrochen. Das rückt das Augenmerk darauf, dass auch in Belastungssituationen ungewollte Schwangerschaften ausgetragen wurden.

Dabei spielten diese Belastungssituationen insbesondere für Frauen im Westen eine größere Rolle, während Frauen im Osten

Abb. 4: Gründe, eine ungewollte erste Schwangerschaft auszutragen

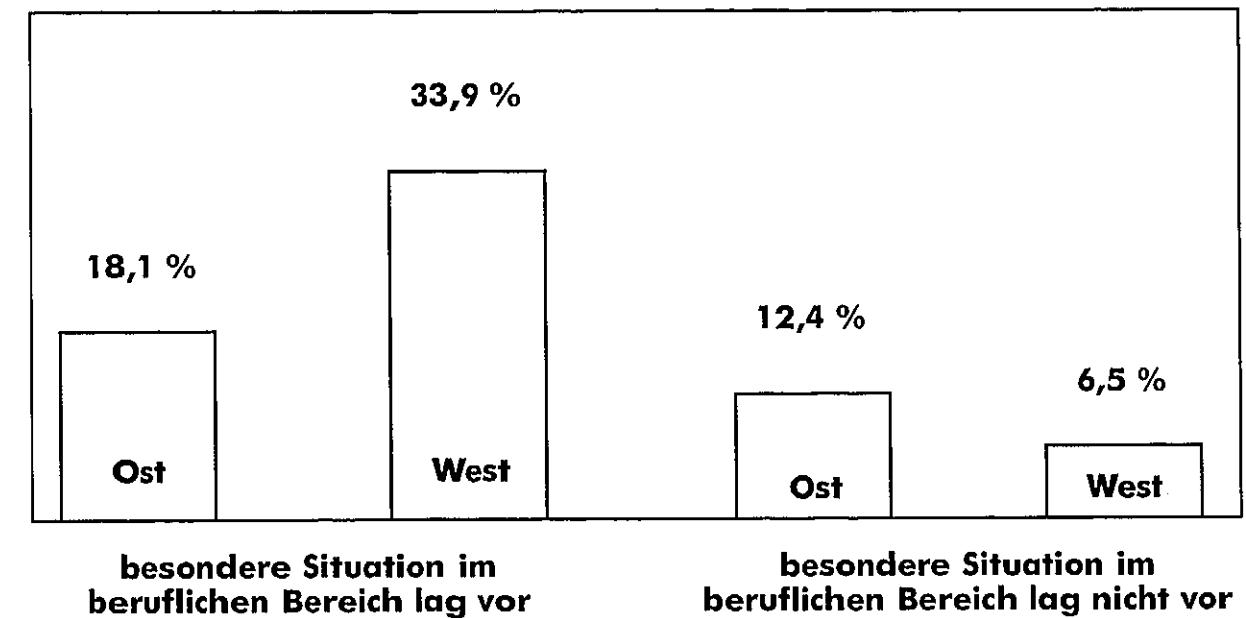
	Ost (n=73)	West (n=66)
Schwangerschaftsabbruch abgelehnt	32 % (23)	44 % (29)
Meinung geändert	29 % (21)	32 % (21)
Zu spät für einen Abbruch	12 % (9)	8 % (5)
Unterstützung von Eltern	8 % (6)	./.
Unterstützung von Partner	5 %	6 % (4)

Abb. 5: Anteil der abgebrochenen Schwangerschaften - nach Vorliegen besonderer Situation im partnerschaftlichen Bereich zum Eintritt der Schwangerschaft



Quelle für beide Abbildungen: Datensatz frauen leben 1999, N=1468

Abbildung 6: Anteil der abgebrochenen Schwangerschaften - nach Vorliegen einer besonderen Situation im beruflichen Bereich zum Eintritt der Schwangerschaft



Quelle: Datensatz frauen leben 1999, N=1468

davon weniger berührt zu sein schienen: Bei ihnen war der Anteil ungewollter und der Anteil abgebrochener Schwangerschaften weniger davon abhängig, ob eine Belastungssituation im beruflichen oder partnerschaftlichen Bereich vorlag (Abb 4 und 5). Dies ist einer der Hinweise auf eine andere Dynamik von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen im Lebenslauf der Frauen in Ost und West, die ich hier aber nicht vertiefen kann.

Warum aber wurden ungewollte Schwangerschaften akzeptiert? Wir haben danach gefragt. Die beiden Hauptgründe waren: „Ich habe einen Schwangerschaftsabbruch abgelehnt“ und „Ich habe meine Meinung geändert“ (Abb. 6; Antwortvorgaben). Aus den Erzählungen der Frauen mit eigenen Worten lässt sich ergänzen: Manche Frauen zeigten ein Muster, das wir „generalisierte Akzeptanz“ nannten: „Was halt kommt, nimmt man an“ oder „Wo zwei groß werden, wird auch ein drittes noch groß.“ Dies Muster be-

zog sich im Osten eher auf die Akzeptanz einer ersten, im Westen auf die Akzeptanz einer dritten oder vierten Schwangerschaft. Die Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs war keine prinzipielle politische Einstellung, sondern überwiegend auf die konkrete Schwangerschaft bezogen; insbesondere wenn vorher bereits Abbrucherfahrungen vorlagen, hieß es: Nicht noch ein Abbruch. Frauen zeigten auch Ängste vor Unfruchtbarkeit in Folge eines Abbruchs – unschwer als Strafängste zu entschlüsseln. Für vergleichsweise spät im Leben Erstschwangere ging es nicht nur um die Frage der Akzeptanz dieser Schwangerschaft, sondern um eine generelle Frage: „Ein Kind – jetzt oder nie“. Die qualitativen Aussagen liefern auch reichhaltiges Material für eine inhaltliche Füllung der Antwortvorgabe „Ich habe meine Meinung geändert.“

Nimmt man die Ergebnisse der Zusatzauswertung hinzu, dann ergibt sich ein Bild von zwei Kontexten, in denen das Ungeplante

nicht nur eine negative, sondern eine konstitutive positive Bedeutung haben kann: Zum einen, wenn Kinder sowieso selbstverständlich sind, spielt es auch keine Rolle, wie genau sie geplant wurden: Wenn sie da sind, sind sie da und dann muss man eben weiter sehen. Zum anderen wurden ungeplante Schwangerschaften nicht negativ gesehen, wenn der Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft einen Ausweg aus dem Dilemma einer prinzipiell nicht beantwortbaren Kinderfrage wies. Damit ist die Vorstellung gemeint, dass es den „günstigsten Zeitpunkt“ im Leben der Frau nicht gibt, oder dass der Kinderwunsch zu uneindeutig ist, um die Hürde bewusster Gestaltung zu nehmen.

„Wann ist der richtige Zeitpunkt, ein Kind zu kriegen. Der ist nie richtig, ja. Dann will man noch schnell in Urlaub und dann will man doch noch dieses und jenes“, „die Lebensplanung und alles betrachtet, ein Kind kommt entweder immer zu früh oder zu spät, oder falsch oder richtig“, „es wär' doch jetzt am besten, wenn ich jetzt schwanger werden würde, (...), dann bräuchte ich mir jetzt keine Gedanken mehr da drüber zu machen. (...) es soll doch einfach passieren, dann hätte ich ein Problem weniger.“ Ein Verzicht auf Planung machte unter diesen Umständen vieles einfacher – und die einzige Möglichkeit, überhaupt schwanger zu werden, war eine ungeplante Schwangerschaft. „Also, trotz allem, wo ich sage, es war schwer (...), war ich doch immer froh, dass ich mir die Frage (wann ist der richtige Zeitpunkt für ein Kind. C.H.) nicht stellen musste. Weil, die ist ja alles entscheidend. Und das ist halt passiert, und dann war's so. Dann war's auch okay.“

Und wie soll eine bewusste Entscheidung getroffen werden, wenn der Kinderwunsch ambivalent und wechselhaft ist? Für eine Befragte ist Planung negativ, „weil ich dann wiederum planen muss! Äh, ja ganz bewusst sagen muss, ich will jetzt ein Kind, so unge-

fähr, ich muss dann die Pille absetzen (...). Und das dann ganz bewusst zu sagen, weil, – ab und zu kommen ja dann auch wieder die Phasen, wo man denkt: ach nee, ich will doch keins.“

Planung ist vor allem im Westen verbunden mit Ansprüchen – der richtige Zeitpunkt bedeutet der optimale Zeitpunkt, und im dem „optimal“ steckt die Verpflichtung, einem Kind optimale Lebenschancen zu bieten. Auch hier unterscheiden sich Ost und West – was zeigt, dass auch das Gewicht und die inhaltliche Bedeutung von „optimal“ sozial vermittelt sind. Während im Westen die Ansprüche kindzentrierter Pädagogik sehr hoch geschraubt waren und sind – Ansprüche, die selbstverständlich die Mutter erfüllen muss – und die Liste dessen, was Kinder brauchen, lang war und ist, vertrauten Frauen im Osten mehr auf das Selbstregulativ, dass Mutter und Kind gut miteinander zurecht kommen. Insbesondere meinten Frauen im Westen, das Kind brauche Vater und Mutter, während Frauen im Osten weniger auf den Partner als anwesenden und beteiligten Vater setzten. So gilt vor allem in der Stadt im Westen: „Wenn man alles nur so planen kann, wann der optimalste Zeitpunkt ist, – ich weiß es nicht, ob dann so viele Kinder kämen.“

Zweites Zwischenfazit: Ungewollte Schwangerschaften bekommen dort eine Funktion, wo Planung subjektive oder objektive Grenzen hat, weil eine bewusste Gestaltung der optimalen Umstände und des richtigen Zeitpunktes überfordert bzw. nicht möglich erscheint. Familie braucht Plan, aber auch Nicht-Plan und Akzeptanz von Ungeplantem.

Familie braucht Plan, aber nur mit Plan kommt man nicht weit, jedenfalls nicht unbedingt zu einer Familie. Was steckt dahinter? Das folgende Zitat enthält einen Hinweis: „Jedes zweite Kind (ist) ein Unfall, wo eigentlich gar nicht geplant ist (...) das muss

halt wahrscheinlich so sein, dass man es dann kriegt ... weil, der richtige Zeitpunkt ist wahrscheins gar nie. Man weiß ja nie, was kommt“. Planung braucht Planungssicherheit als Voraussetzung. Wie soll ich den richtigen Zeitpunkt für ein Kind als eine der unwiderruflichsten Zukunftsinvestitionen planen, wenn ich gar nicht weiß, was kommt? Hier scheinen historisch die Grundlagen von Planung abhanden zu kommen. Und so wie in der Dialektik der Aufklärung die Vernunft und ihre Grenzen zusammengehen, so geht hier die Notwendigkeit und die Unmöglichkeit von Planung zusammen.

Zudem sehen wir, dass in einzelnen sozialen Gruppen die Notwendigkeit von Planung und deren Grenzen anders erfahren werden. Ich möchte für drei soziale Gruppen jeweils ein Bild des Umgangs mit Planung und Ungeplantem entwerfen, das auf dem Material der Studie gewachsen ist, aber insofern darüber hinaus geht, als ich vereindeutige, vereinfache und eine Interpretation anbiete. Bei der Interpretation sind für uns die Begriffe „biografische Sicherheit“ und „Risiko“ zu Schlüsselbegriffen des Familienplanungsverhaltens geworden.

Werfen wir einen Blick zurück: Historisch wurde früher über Kinder soziale Einbettung und Absicherung im Familienzusammenhang – und das war der Zusammenhang, der zählte – „hergestellt“. Kinder waren Alterssicherung, Weitergabe familiärerer Tradition und Arbeitskräfte. Die Sicherung des Überlebens war eher ein „Familienprojekt“ als Einzelleistung. Allerdings musste auch vorher eine bestimmte Sicherheit da sein: Eine Familie gründen sollte bzw. durfte ein Mann nur, wenn er sie ernähren konnte. Heute ist es der Erwerbzusammenhang, der zählt, und heute ist die Herstellung biografischer Sicherheit eine Aufgabe der individuellen und individuell zu verantwortenden Lebensplanung und nicht mehr Aufgabe der Gesamtfamilie. Und heute sind Kinder eher ein Risi-

ko für die soziale Einbettung und Absicherung, die wesentlich über den Arbeitszusammenhang geleistet wird.

Wie stellen Frauen Sicherheit her, welche Rolle spielen Kinder dabei?

In der DDR funktionierte die pragmatische Haltung der Familienplanung als Lebensplanung auf der Grundlage eines in die Zukunft hinein überschaubaren Lebens. Sicherheit im Sinne verlässlicher Lebensgrundlagen für Familie war gegeben – vor allem als Sicherheit für die Mutter, auch unabhängig vom Partner ein Kind zu haben. Kinder zu haben förderte die soziale Integration ebenso, wie einen Beruf zu haben. Ein Kind beeinträchtigte auch nicht die beruflichen Optionen, und andere, etwa Freizeit- und Konsum-Optionen, gab es nicht sehr viele.

Die Wende hat viel verändert. Jetzt, so mehrere Leipziger Interviews mit fast identischer Wortwahl, „will es überlegt sein“, ob man ein (vor allem: ein zweites) Kind bekommt oder nicht. Dies wurde entgegen unseren Erwartungen aber kaum mit den Erschwernissen der Alltagsorganisation mit Kind begründet (vielleicht waren Ost-Frauen darin schon vor der Wende, wenn auch anders, so doch genug erprobt...). Ausschlag gebend waren vielmehr die Unsicherheit und die Unüberschaubarkeit, der Verlust der Selbstverständlichkeit eines Planungshorizontes in die Zukunft hinein: „Zu DDR-Zeiten, da wusste man, man hat seinen Arbeitsplatz sicher, man wusste, man kann nicht entlassen werden und – hätte ich zu DDR-Zeiten, da hätte ich gleich zwei Kinder hintereinander bekommen“, „Wer weiß, was da alles noch auf uns zukommt, die Kinder haben es ja jetzt schon schwer“. Die Zukunftsungewissheit bezieht sich auch auf die Zukunft der Kinder, und zudem sind die Ansprüche gestiegen. Früher garantierten Arbeit und Familie die

soziale Einbindung – jetzt kann Familie die Einbindung bedrohen.

Das „Es muss überlegt sein“ bezeichnet den nach der Wende mit der Unsicherheit neu aufgekommene Planungsdruck. Die Optionen Beruf und Familie stehen nun gegeneinander und sind beide nicht mehr garantiert. Sicherheit muss man sich selbst erarbeiten, man bekommt sie nicht mehr geschenkt. Sicherheit erarbeitet man sich am besten über die Einbindung in den Erwerbsmarkt – das Gespenst Arbeitslosigkeit läßt grüßen – aber das geht mit Kindern nicht. Das heißt, man muss sich entweder vorher genug Sicherheit verschaffen, damit einem die Position nicht wieder genommen werden kann, oder man muss auf eine andere Weise das Risiko Kind abfedern.

Wie machen es die West-Frauen, die mit dieser Situation schon lange leben? Es war die Verantwortung, die Frauen mit niedriger und mittlerer Bildung dazu zwang zu planen. Sie fühlten die Verpflichtung, optimale Umstände für Familie – das Lebensprojekt – und für die Entwicklung von Kindern bereit zu stellen. Das bedeutete finanzielle Absicherung, der Partner sollte seine Ausbildung abgeschlossen haben, die Mutter muss neben Nerven auch eine persönliche Reife als Mutter mitbringen. Das machte ein umsichtiges Vorgehen, ökonomische Planung, Einteilung der Lebensphasen und Weitsicht notwendig und ist damit eine Planungsaufgabe. Diese Planung setzt – anders als bei den Ost-Frauen – ganz auf die Gemeinsamkeit mit dem Partner. Biografische Sicherheit wurde hergestellt über die Familie zusammen mit der Erwerbstätigkeit des Mannes und nicht über eigene Erwerbstätigkeit.

Aber es gibt einen Bruch oder eine andere Seite zu dieser Planungsnotwendigkeit: Familie ist verbunden mit Vorstellungen menschlicher Beziehungen, die ein Stück weit Sicherheit geben, die die berechenbare Be-

rufswelt gar nicht geben kann. Diese menschlichen Beziehungen sind Solidar- und Akzeptanzbeziehungen in der Familie, d.h. Beziehungen, in denen Menschen (insbesondere die Kinder) so akzeptiert werden (dem Anspruch nach: sollen), wie sie sind. Das verträgt sich nicht mit Planung. Familie wird von manchen Frauen sogar ausdrücklich als eine Art Gegenwelt gegen die Welt des Berufs begriffen.

Für die höher qualifizierten Frauen ist gute Planung absolut notwendig: Hier steht am meisten (beruflich) auf dem Spiel, wenn sie nicht gut genug planen. Biografische Sicherheit wird primär über die eigenständige berufliche Laufbahn hergestellt. Da Beruf und Familie wenig vereinbar sind, bedroht ein Familienentwurf tendenziell die über den Beruf hergestellte Sicherheit. Auch hier wird die Gemeinsamkeit mit dem Partner betont, um die Last auf zwei Schultern zu verteilen, aber nicht um sich über den Partner abzusichern. Diese privaten Aushandlungsbeziehungen machen bestimmte Lösungen möglich, sind aber selbst kaum eine Absicherung, weil sie nicht unbedingt verlässlich sind. Familie bleibt immer ein Risiko und braucht vorher geschaffene gute Absicherung, sprich eine Berufsposition und Vereinbarkeit.

Planung, so könnte man zusammenfassen, ist für diese Frauen einerseits dringend notwendig im Zusammenhang mit der Abstimmung von Familien- und Berufsbiografie. Auch hier gibt es einen Bruch oder Widerspruch: Diese Frauen sagten am häufigsten, dass Planung gar nicht möglich sei, denn Familie ist ein bleibendes Risiko, den richtigen Zeitpunkt gibt es nicht. Wenn man eine gute Ausbildung hat, sollte man sich alle Optionen offen halten. Familie wäre auch eine Option, aber sie hat den Haken, dass sie andere Optionen ausschaltet. Genau genommen ist sie eine Option und gleichzeitig keine Option, zumindest nicht, wenn man

sich alles offen halten will. Dieser Widerspruch ist nicht lösbar.

Drittes Zwischenfazit: Zeiten von struktureller Unsicherheit, Unüberschaubarkeit und Unverlässlichkeit der Lebensgrundlagen erhöhen den Druck zu planen, um sich abzusichern, aber gleichzeitig werden die Grenzen der Planung deutlich: Entweder gehen Familie und Planung nicht zusammen oder es gibt keine richtigen Entscheidungen.

Die Kinderfrage ist eine persönliche Zukunftsfrage: Dadurch, dass die Entscheidung für Kinder eine Festlegung für immer ist, kommt die Zukunft ins Spiel. Vielleicht ist deshalb auch der Bedarf nach Sicherheit so groß: Kann man einem Kind (und sich selbst) solche Unsicherheiten zumuten? Kann man sich in Zeiten der Unsicherheit überhaupt festlegen? Der Aufschub der ersten Geburt schafft Zeitraum, Sicherheiten herzustellen, mit denen das „Risiko Kind“ aufgefangen werden kann. Kinder, so zeigt sich in den alten Bundesländern, kommen im Zuge einer „Verstetigung“ des Lebens: Die Ausbildung ist abgeschlossen, die Partnerschaft stabil. Ohne diese Sicherheit scheint es schwierig, sich auf das Risiko der Festlegung einzulassen. Aber was ist, wenn das Leben sich nicht mehr verstetigt, sondern immer flexibel bleibt? Ich komme auf die Fragen „Kinder in Zeiten der Unsicherheit“ später noch einmal zurück. Planung hat ihre Grenzen, also anders gefragt: Wieviel Sicherheit braucht Familie?

3. Pränatale Diagnostik als Teil von Familienplanung

In der Zusatzauswertung haben wir auch danach gefragt, ob Frauen „planen können sollen“, dass unerwünschte Eigenschaften oder Behinderungen ausgeschlossen sein sollen. Es können hier die Ergebnisse nicht im Detail berichtet werden und ich möchte mich auf die Aspekte konzentrieren, die den

bisherigen Gedankengang fortsetzen. Dennoch zwei Auffälligkeiten aus den Antworten vorab:

Kaum eine Frau beantwortete die Frage mit einem prinzipiellen Ja oder Nein. Die meisten wandten ein, diese Frage bzw. die Entscheidungssituation, die sie mit der Frage spontan verbanden, würde sie überfordern, die Frage sei nicht beantwortbar, weil es auf den konkreten Einzelfall ankomme. Viele Frauen entwickelten in dem Dilemma Vorstellungen von Kriterien, wann es besser sei, eine Schwangerschaft abbrechen, was dafür und was dagegen spräche.

Die mit dem Wort „Behinderung“ verbundenen Vorstellungen waren sehr unterschiedlich: Die einen griffen den „Risiko-Diskurs für Erbkrankheiten“ auf, andere nannten ein weites Feld von Funktionseinschränkungen, von denen viele weder vererbbar, noch diagnostizierbar waren. Nur wenige bezogen sich auf den aktuellen Stand der Technologie und der Machbarkeit. Für einige Befragte war es Teil der Antwort, sich Gedanken zu machen, wer wie definiert, was eine Behinderung ist.

Bezogen auf die Möglichkeiten von Früherkennung wurde wenig differenziert zwischen pränataler Diagnostik in ihren verschiedenen Formen. Zum Teil wurde die Diagnostik in ihrer technischen Leistungsfähigkeit stark überschätzt. Wir fanden vor allem extreme und unrealistisch verzerrte Vorstellungen bezogen auf Be- und Entlastungen für Eltern mit behinderten Kindern. Doch dies gehört bereits zu den Aspekten, die näher ausgeführt werden sollen.

Wir hatten beim Thema Planung allgemein die grundsätzliche – und je nach Ost- oder West-Herkunft und im Westen nach Bildung unterschiedlich ausgestaltete – Situation, dass Planung auf der einen Seite notwendig

ist, auf der anderen Seite Grenzen hat, nicht funktioniert oder kritisch betrachtet wird. Im einzelnen gingen Bedarf und Wohl des Kindes in die Überlegungen ein, die Fähigkeiten und die Bereitschaft der Mutter, dafür Sorge zu tragen, und schließlich die verfügbare Unterstützung und die Voraussicht, was dies für die Familie, den Partner, die Erwerbstätigkeit bedeutet. Dieselben Grundgedanken wurden von den Frauen bei der Frage nach einer Planung, die Behinderungen ausschließt, wiederholt: Auch hier ging es um die Notwendigkeit von Planung und um deren Grenzen – und damit um die Notwendigkeit, Ungeplantes zu akzeptieren. Auch hier ging es um die Konstellation von Mutter, Vater, Kind in dem gesellschaftlichen Umfeld.

Die Notwendigkeit, eine Behinderung planend auszuschließen, wurde mit ähnlichen Argumenten begründet wie die Notwendigkeit, ein Kind zu planen, nur – und das ist ein deutlicher Unterschied – in dramatisch zugespitzter Form. Die Vorstellungen beinhalteten im Einzelnen:

- Mit der Behinderung wachsen die Anforderungen an die Mutter und werden „wahnsinnig groß“, assoziiert wurde eine permanente Verausgabung, eine lebenslange Betreuung, eine drastische Veränderung im Leben der Mutter. Behinderte Kinder brauchen noch mehr Zuwendung, Pflege, etc. als gesunde Kinder. Und sie brauchen dies jede Minute und bis ans Lebensende der Mutter. Und selbst für die Zeit danach besteht die Sorge, was mit dem Kind passiert, wenn die Mutter nicht mehr da ist.
- Die Mutter ist die, die alles gibt und geben muss. Das Wohlergehen des Kindes wurde noch untrennbarer an die Fähigkeit der Mutter gebunden, für das Wohl des Kindes Sorge tragen zu können, als bei der Vorstellung gesunder Kinder. Zen-

tral wurde damit das Kriterium, ob die Mutter genug Kraft habe und den Belastungen gewachsen sei.

- Die „schneller überforderten“ Väter tragen die Belastungen durch ein behindertes Kind nicht mit, verlassen die Familie, die anderen Kinder kommen zu kurz und die Familie zerbricht an den Belastungen.
- Die Mutter hat nicht nur keine Unterstützung von der kinder- und zugleich behindertenfeindlichen Gesellschaft zu erwarten, sondern muss die Ausgrenzungserfahrungen, die das Kind betreffen, mittragen und kompensieren. Möglichkeiten akzeptabler Fremdbetreuung wurden kein einziges Mal genannt; Heime etc. wurden extrem negativ mit „Abschieben“ in Verbindung gebracht.

Das Bild zeigt eine besondere Konstellation von Müttern, Vätern und den Kindern, die ihr Leben unter den gesellschaftlichen Bedingungen einrichten müssen: Die Mutter, eng zusammen mit ihrem Kind und von allem anderen isoliert, vom Partner verlassen und ohne die Möglichkeit, noch arbeiten zu gehen. Das, was das Risiko „Kind“ allgemein bedeutet – hier erscheint es in zugespitzter Weise, fast als ausweglose Zerstörung aller Individualisierungschancen der Mutter.

Es gab auch andere Stimmen und zwar z.T. von denselben Befragten, die die Notwendigkeit von Planung unterstrichen hatten. Sie benannten auch die Grenzen von Planung und wiesen darauf hin, dass das grundlegende Dilemma nicht zu lösen ist: Es gibt keine Garantie, so wie Planung verspricht.

- Eine Unsicherheit „bleibt immer“, eine Diagnostik gibt keine Garantie auf Gesundheit. Alle Diagnostik kann kein verlässliches Wissen und keine Prognose über die Schwere der Behinderung und

die Entwicklung des Kindes geben. Die Zukunft bleibt dunkel. Auch hier muss man sich mit einer existenziellen Unsicherheit abfinden. Das heißt aber auch, dass Planung nicht geht, weil die wichtigsten Informationen – was wird wirklich, wenn? – nicht erhältlich sind.

- Wissen ist zweischneidig. Es ist Grundlage für Entscheidungen, aber es kann eine Entscheidung vorwegnehmen oder erzwingen. Und was ist, wenn ich vorher schon weiß, dass ich mich gar nicht werde entscheiden können, dass ich überfordert sein werde?
- Die Diagnostik kommt zu spät, die Schwangerschaft schreitet fort und währenddessen verändert sich das Verhältnis zum Kind. Bis die Diagnose da ist, ist die Situation schon wieder eine andere und ein Abbruch subjektiv vielleicht gar nicht mehr möglich. Der Kinderwunsch bleibt ja, auch wenn man aufgrund einer Diagnose abtreibt.
- Wenn man sich ein Kind wünscht, sollte man auch ein behindertes Kind annehmen, und man sollte Kinder so nehmen wie sie sind,
- Behinderungen haben auch positive Aspekte, behinderte Kinder können glücklich sein, man kann von behinderten Kindern lernen. Man kann aber behinderte Kinder nicht fragen, wie sie selbst über ihr Leben entscheiden würden. Insgesamt ist die Abgrenzung von Normalität und Behinderung, lebenswert und nicht lebenswert eine Überforderung,
- ein „Eingriff in das Schicksal“ wird abgelehnt, ein behindertes Kind ist als Lebensaufgabe zu akzeptieren,
- und schließlich wurden politische Argumente vorgebracht, die sich technologie-

kritisch gegen Aussonderung, Perfektionsdrang und Machbarkeitsvorstellungen wenden.

Zum einen sehen wir in der Notwendigkeit von Planung

- eine Zuspitzung der Ängste vor dem sozialen Risiko Kind;
- wir sehen die besondere Verbundenheit mit und Verantwortung für das Kind in der Person der Mutter,
- wir sehen die Potenzierung der erwarteten gesellschaftlichen Marginalisierung als Mutter durch die erwartete Isolation und Marginalisierung durch die Behinderung des Kindes, die auf die Mutter zurückfällt.

Auf der anderen Seite werden die Grenzen der Planung benannt, insbesondere das vergebliche Streben nach Gewissheit und Garantien.

In den zum großen Teil nicht realistischen Konkretisierungen werden soziale und biografische Ängste benannt. Ob diese Ängste mit dem Zauberstab „Pränatale Diagnostik, Schwangerschaftsabbruch“ medizinisch gelöst werden können, sehen die Frauen zum Teil kritisch (was nicht heißt, wie auch die Frauen selbst sagen, dass in einer konkreten Situation für sie selbst die Ängste nicht überwiegen würden).

Um das als ungleich größer empfundene Risiko „behindertes Kind“ in irgendeiner Weise biografisch abzufedern, ist der Bedarf an biografischer Sicherheit groß – größer als bei einem gesunden Kind. Aber auch hier gilt in einem zugespitzten Sinn: Die Frauen haben Angst, dass ein behindertes Kind gerade ihre besonderen biografischen Strategien untergräbt, mit denen sie sich in ihrem Leben absichern:

- Frauen aus Leipzig hatten die größte Sorge, mit einem behinderten Kind nicht mehr arbeiten zu können,
- Frauen mit einer niedrigen Bildung aus Freiburg hatten die größte Angst, ihre Familie würde zerbrechen, der Mann sie verlassen, die anderen Kinder darunter leiden,
- Frauen mit einer höheren Qualifikation fürchteten am meisten den Verlust aller Möglichkeiten von Vereinbarkeit.

Ein behindertes Kind zu haben, so wird gefürchtet, verlangt nicht nur mehr biografische Sicherheit, sondern dieses Kind zerstört zugleich alle biografischen Anstrengungen, sich abzusichern, über Erwerbsarbeit, über das Familienprojekt oder über beides.

4. Politische Folgerungen: Plan und Sicherheit für Familie

Für Beratung bedeutet dies alles, Einzelne zu befähigen zu planen, aber auch Ungeplantes akzeptieren zu können, mitsamt der Kompetenz, für sich selbst eine angemessene Position zwischen Planungsnotwendigkeit und Planungsverzicht zu finden. Dennoch kann die Verantwortung, unter den gegenwärtigen und zukünftigen Bedingungen Lebensformen mit und ohne Kinder, mit und ohne behinderte Kinder zu gestalten, nicht allein dem Individuum aufgebürdet werden. Die Möglichkeiten vorzuhalten, wie Sicherheit gebildet werden kann, ist auf struktureller Ebene eine Aufgabe der Politik.

Sicherheit braucht Solidarität – und Solidarität braucht einen Rahmen, um sich zu entwickeln. Auf dieser Basis wünsche ich mir die Anerkennung, dass es keine Garantie

auf Kinder, auf gesunde Kinder, überhaupt auf Glück und Gesundheit gibt – auch bei noch so viel Planung – und dass Planung immer begrenzt und paradox ist. Das soll es erleichtern, auch auf der gesellschaftlichen Ebene Ungeplantes zu akzeptieren, z.B. einen Mensch, der anders ist, als erwartet oder verlangt – und zwar als Erweiterung der Selbstbestimmung für Einzelne, die nun auch die Option einer solchen Akzeptanz umfasst.

Wir sind Konstellationen gewohnt, bei der

- Sicherheit im Beruf hinreichende und notwendige Voraussetzung für Familiengründung ist und
- Sicherheit in der Familie (und günstige Voraussetzungen bei der privaten Aushandlung von Vereinbarkeitslösungen) hinreichende und notwendige Voraussetzung für Berufserfolg (bei Männern) ist.

Diese Vorstellungen sind problematisch geworden. Die langfristigen historischen Veränderungen zeigen in beiden Bereichen – die beide nach wie vor für die meisten verbindliche, zentrale Werte darstellen – zunehmende Anforderungen an Flexibilität, zunehmende Wechsel und damit Unsicherheit: So besteht die Familien- und die Arbeitsbiografie heute aus mehr Phasen verglichen mit früher (neue Phasen im Familiensektor z.B. nichteheliche Lebensgemeinschaft, im Arbeitssektor die verlängerte Ausbildung, aktive Nach-Kinder- bzw. Ruhestandsphase, in beiden Sektoren Phasen der Neuorientierung und des Neubeginns). Die frühe und dauerhafte bzw. lebenslange Bindung an einen einzigen Partner verliert ebenso wie die lebenslange Bindung an einen einzigen (Vollzeit-)Arbeitsplatz an Bedeutung.

Die Bereitschaft zur flexiblen Anpassung an Wandel (Trennungen/Kündigungen, Neuorientierungen) wird gefordert. Das heißt aber, dass der eine Bereich nicht mehr die

verlässliche Sicherheit für den anderen liefern kann. Neue Konzepte biografischer Sicherheit müssen angeboten werden, die sich auf beide Bereiche beziehen.

Elemente solcher Konzepte müssen Durchlässigkeit und Verlässlichkeit sein. Durchlässigkeit umfasst mehr als Vereinbarkeit, sie bedeutet als Verzahnung der Bereiche Beruf und Familie mehr als ein Nebeneinander. Die selbstverständlichen Ansprüche der Frauen aus den neuen Bundesländern – sie wollen sehr selbstverständlich und in einem sehr modernen Sinn „beides“, Beruf und Familie –, aber auch andere europäische Staaten können ein Vorbild sein. Insbesondere muss diese Frage auch für Männer gestellt und gelöst werden. Bisher bewegt sich die Diskussion hier auf der Ebene einer allgemeinen Aufforderung an die männlichen Individuen, sich neue Persönlichkeitsmerkmale zuzulegen („Neue Väterlichkeit“). Die konkreten und strukturellen Hindernisse, Freizeit, Abenteuer, beruflichen Aufstieg, Ernähren der Familie und Zeit für Kinder zu vereinbaren, wurden kaum beachtet.

Regelungen sollten verlässlich sein, d.h. dass sie weder nur tagespolitischem Werben um Wählergunst, jederzeit widerrufbar, entspringen, noch allein dem Aushandlungsgeschick in den privaten Beziehungen überlassen werden. Abgesehen davon, dass die privaten Aushandlungen permanenter Anstrengung bedürfen, machen sie von einem Partner – oder Männer von einer Partnerin – abhängig, ein neuer Faktor von Unverlässlichkeit und Krisenanfälligkeit. Staatliche Absicherungen und die strukturelle Förderung von Solidar- und Akzeptanzbeziehungen und Netzwerken sind notwendig: Auch Sicherheit muss heute flexibel sein und daher braucht Sicherheit dringender als je Solidarbeziehungen, die notwendige Veränderungen auffangen können.

Verhindert bzw. abgebaut werden muss eine Spaltung der Gesellschaft in einen benachteiligten Familien- und einen privilegierten Nicht-Familiensektor („gespaltenes Fertilitätsverhalten“). Mit diesem Stichwort ist eine Polarisierung gemeint, dass in einem Sektor der Gesellschaft Kinder Armut machen und Armut Kinder macht, während in dem anderen Sektor gute Bildungs- und Beschäftigungschancen und „Kinder: seltener, weniger und später“ zusammen gehören. Die Zusammenhänge in beiden Sektoren setzen sich als Kreisläufe über Generationen fort, denn die wenigen Kinder hochqualifizierter Frauen haben wieder wie ihre Mütter gute Chancen, während die anderen einen schwierigeren Zugang zu Bildung haben. Dies wird so lange reproduziert, wie für Frauen Kinder und eine hohe Qualifikation im Widerspruch stehen.

Die sozialen Ängste bei der Entscheidung der Kinderfrage kreisen um dieselben Themen wie die sozialen Ängste, ein behindertes Kind zu haben. Das Thema pränatale Diagnostik ist daher ein Teilbereich von Familienplanung. Beim Umgang mit pränataler Diagnostik müssen sowohl in der Beratung als auch in der politischen Debatte soziale und medizinische Dimensionen getrennt werden, damit die Auseinandersetzung realistischere Züge bekommt. Soziale Ängste müssen sozial gelöst werden, und das heißt hier: Soziale Bedingungen und zugehörige soziale Absicherungen sind zu schaffen, die nicht von der Existenz eines (behinderten) Kindes zwangsläufig bedroht werden. Das erst nimmt die Angst, mit einem (behinderten) Kind Individualisierungschancen und Zukunftsoptionen zu verlieren. Wenn soziale Ängste auf die Behindertenfrage projiziert und dort medizinisch gelöst werden sollen, dann trifft dies den charakteristischen Kern der nationalsozialistischen Eugenik, in der es gerade darum ging, sozial definierte „Ab-

weichungen“ durch Sterilisation und Euthanasie medizinisch auszumerzen. Die Zerteilung zwischen psychosozialer und humangenetischer Beratung fördert die verhängnisvolle Tendenz, soziale Fragen medizinisch zu trennen. Es lassen sich Schritte in die Richtung beobachten, dass eine medizinische Lösung zur Verpflichtung gemacht wird – hier sei auf das Urteil hingewiesen („Oldenburger“ oder „wrongful-birth-Urteil“), bei dem die haftungsrechtliche Frage entschieden wurde, ob ein behindertes Kind als ein Schaden zu bewerten sei. Ärzte fürchten Schadenersatzprozesse, forcieren medizinische Diagnostik, und die sozialen Aspekte geraten vollends aus dem Blick.

Ich wünsche mir von Beratungsstellen und Frauen bzw. nicht an das Geschlecht gebunden: von Menschen, die mit der Sorge um und für Kinder leben, eine Einmischung in die Ethikdebatte aus ihrer Perspektive. Diese Debatte hat eine eigene Wissenschaftsgeschichte, die von Männern geprägt wurde. Es geht wesentlich um den Embryo und „das Leben“, wobei der Embryo herausgelöst aus seinem Kontext, dem Körper der Frau, und ohne Beziehung zwischen Schwangerer und Embryo gesehen und der Beginn des Lebens abstrakt-prinzipiell diskutiert wird.

Die „Beziehungsmoral“ und die Berücksichtigung des Lebens von Mutter und Kind in ihrer Verwieseneheit aufeinander und Bindung aneinander kommen nicht vor, ganz so, als habe es nie eine fruchtbare Debatte um eine „männliche“ und „weibliche“ Moral gegeben. (2)

Im Familienbereich werden wir auf absehbare Zeit mit einem Paradox leben:

- Planung muss sein und hat ihre Grenzen. Familie bedeutet notwendige Familienplanung und zugleich notwendige Akzeptanz von Ungeplantem, da es keine Garantie auf Gesundheit und Glück gibt.

- Familie bedeutet Festlegung in Zeiten, in denen Flexibilität verlangt ist.

Beratung und Politik können viel dafür tun, damit Menschen dieses Paradox, in welcher Form auch immer, lustvoll und entlastet leben können.

1) Kurz- und Langfassung der Studie „Frauen leben“ können bei der BZgA kostenlos bestellt werden

2) In dieser Debatte, verbunden mit den Namen Gilligan und Nummer-Winkler, wurde diskutiert, ob es eine andere Moral „der Frauen“ gibt oder ob die Situation der Betroffenen, hier: für Kinder Sorge zu tragen, zu einer anderen Moral führt. Deutlich wurde aber, dass es eine Moral der Beziehungen gibt, die in den Ethik-Vorstellungen der männlichen Wissenschaftsgeschichte übergegangen wird. Die Überlegungen der Frauen zum Pro und Contra zeugen von einer solchen Moral – sie werden im öffentlichen Diskurs völlig übergangen

Standards multikultureller psychosozialer Arbeit

Meral Renz, Essen



Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Einwanderungsland!

1. Psychosoziale Situation von MigrantInnen

a) Geschichte

Die letzte große Einwanderungswelle fing 1961 mit dem Mauerbau der DDR an. Die fehlenden Arbeitskräfte für den Wiederaufbau wurden aus wirtschaftlich schwachen Ländern angeworben. Sie kamen aus Italien, Spanien, Portugal, Jugoslawien, Türkei, Marokko etc.. Die ausländischen Arbeiter bekamen Zeitarbeitsplätze für eine Dauer von zwei bis drei Jahren. Danach sollten sie wieder in ihre Heimatländer zurückkehren. Für sie galt das Ausländergesetz, das auch für jeden durchreisenden Ausländer galt. Die Menschen blieben aber hier. Die deutsche Wirtschaft brauchte sie noch. Sie hatten sich

an die Arbeitsbedingungen in Deutschland gewöhnt. Sie holten ihre Familien nach.

Es war nicht vorgesehen, dass ausländische ArbeiterInnen psychosozial betreut werden. Aus der Notwendigkeit heraus wurden Sonderdienste für MigrantInnen eingerichtet, die auf bestimmte Zuwanderergruppen spezialisiert sind. Die AWO hat beispielsweise die Betreuung der MigrantInnen aus der Türkei, Marokko, Tunesien übernommen. Die Caritas betreut MigrantInnen aus Italien und Spanien etc. Inzwischen sind die Dienste für alle geöffnet.

Regeldienste in öffentlicher und freier Trägerschaft sind de facto aber überwiegend Dienste für deutsche Zielgruppen. Auch die MitarbeiterInnen der Regeldienste sind in der Regel Deutsche; sie sind auf die interkulturelle Arbeit nicht vorbereitet.

b) Zahlen

In Deutschland leben heute über 7,3 Millionen Menschen ausländischer Herkunft. Davon stammen mehr als zwei Millionen aus der Türkei. Die meisten von ihnen leben seit mehr als 20 Jahren hier.

Die räumliche Verteilung der ausländischen Bevölkerung zeigt neben den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin eine Konzentration auf den Süden und Westen der Bundesrepublik. In den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen leben fast drei Viertel aller Ausländerinnen und Ausländer.

Während in den urbanen Zentren im Süden und Westen der Bundesrepublik der Ausländeranteil an der Bevölkerung zehn Prozent bis 30 Prozent (Frankfurt am Main) ausmacht, beträgt der Anteil Zahl in den neuen Bundesländern 1,4 Prozent.

c) Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die in der Bundesrepublik lebenden MigrantInnen haben dieselben Pflichten wie die deutschen Bürger. Sie zahlen Steuern und soziale Abgaben. Bei den Bürgerrechten sieht es jedoch etwas anders aus.

Sie haben kein Wahlrecht. Sie brauchen, um in Deutschland leben zu können, eine Aufenthaltserlaubnis. Ob und wie lange sie diese Erlaubnis erhalten, hängt von vielen Bedingungen ab. Sie müssen genügend Wohnraum und ein regelmäßiges Einkommen etc. nachweisen. MigrantInnen, die solche Bedingungen nicht erfüllen, können ausgewiesen werden. Die Begründung im Behörden-Deutsch: Sie „gefährden die Belange der Bundesrepublik.“

In der Tagespresse ist nicht viel zu lesen von den abgeschobenen ausländischen Bürgern. Vor einiger Zeit sorgte der „Fall Mehmet“ für Schlagzeilen. Ein 13-jähriger türkischer Junge, der in Deutschland geboren und aufgewachsen ist, wurde als unerziehbar eingestuft. Obwohl seine Eltern in der Bundesrepublik leben, wurde er in die Türkei abgeschoben.

Um in Deutschland arbeiten zu können, brauchen MigrantInnen eine Arbeitserlaubnis. Diese Erlaubnis müssen sie sich erst verdienen. Nachgereiste Eheleute erhalten eine Aufenthaltserlaubnis, wenn sie zwei bis drei Jahre lang ununterbrochen hier in ehelicher Gemeinschaft leben. Eine Arbeitserlaubnis bekommen sie, wenn sie einen Arbeitsplatz nachweisen können.

Das Ausländergesetz, das Bundessozialhilfegesetz, das Asylbewerberleistungsgesetz, das Arbeitserlaubnisrecht – all diese Gesetze nehmen einen großen Einfluss darauf, ob und wie MigrantInnen in Deutschland leben und arbeiten können. Gefühle von Fremdbestimmung, Entscheidungsbeschränkung,

Fremdkontrolle und bis hin zur Ohnmacht gehören zum Leben der MigrantInnen. Hinzu kommt, dass ihr Minoritätenstatus mit einer abwertenden sozialen Etikettierung verbunden ist.

2. Majorität und Minorität

Für die Beratung heißt das: Der „Raum“ für Austausch und das Klima der Beratung zwischen Beratenden und MigrantInnen bleibt von gesetzlichen Bestimmungen überschattet. Als Angehöriger der Majorität kann man diese Gefühle nicht nachvollziehen. Man kann aber von BeraterInnen im psychosozialen Bereich erwarten, dass sie wissen, welche gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Minoritäten dieses Landes existieren.

Ein Perspektiventausch wäre für BeraterInnen sehr nützlich. Sie können eine Klientin zur Ausländerbehörde begleiten oder eine Flüchtlingsunterkunft besuchen oder bewusst durch einen Stadtteil gehen, in dem viele MigrantInnen wohnen.

3. Globalisierungsprozess und Verschiedenartigkeit

Im Zuge der Globalisierung werden Menschen mobiler und verfügen über neue Kommunikationsmöglichkeiten. Das führt dazu, dass immer mehr Menschen in der Lage und bereit sind, ihre Herkunftsländer zu verlassen, um in anderen Ländern zu leben und zu arbeiten. Das ist auch einer der Gründe, warum heute Menschen aus mehr als 100 Ländern in Deutschland leben. In der Beratung müssen wir uns auf die Verschiedenartigkeit der MigrantInnen einstellen. Diese haben unterschiedliche kulturelle, religiöse, soziale und wirtschaftliche Hintergründe.

Jede/r verarbeitet den Migrationsprozess individuell.

4. Kulturelle Unterschiede

Kulturelle Unterschiede müssen nicht automatisch zu Konflikten führen. Was zu Konflikten führen kann, ist die Art, wie wir mit möglichen Unterschieden umgehen.

Zuerst muss untersucht werden, welche Voraussetzungen neben kulturellen Unterschieden bei einem Konflikt eine Rolle spielen: z.B. charakterliche, ideologische, Geschlechts- und Altersunterschiede, Status-, Bildungs- und Rollenunterschiede.

Darüber hinaus gibt es natürlich auch Unterschiede innerhalb einer Kultur. Bei kulturellen Unterschieden sollte man in Betracht ziehen, welche Bedeutung die Beteiligten den wahrgenommenen kulturellen Unterschieden geben.

In gemischt-kulturellen Settings kann es zu Missverständnissen und Konflikten führen, wenn die Selbstbehauptung mit der Ausgrenzung und Abwertung anderer verknüpft wird. Um ein Beispiel zu nennen: Wenn deutsche Frauen Frauen aus dem islamischen Kulturkreis als nicht emanzipiert, männerhörig oder unterdrückt abwerten, um sich selbst besser, emanzipierter oder freier darzustellen, können sich folgende Probleme ergeben:

- Diese Vorstellung wäre einseitig. Von ihr profitieren nur die deutschen Frauen.
- Jede deutsche Frau wird im Gegensatz zu islamischen Frauen besser abschneiden.
- Dieses Gefühl der Selbstbehauptung würde das Festhalten am Bild „der islamischen Frauen“ begünstigen.

- Jeder Kontakt mit ihnen wäre auch ein Suchen nach Bestätigung der eigenen Sichtweise. Dieser funktionalisierte Kontakt verhindert, dass nicht deutsche Frauen genügend mit ihren eigenen Fragen und Gefühlen gesehen und wahrgenommen werden.

In der Schwangerschaftskonfliktberatung, in der es auch um das Ausstellen eines Scheins geht, der den Abbruch legalisiert, muss der Beratungskontext besonders sensibel betrachtet werden. Angehörige der Minorität, die tagtäglich auf vielen Ebenen mitbekommen, dass sie nicht zu Majorität gehören, haben sehr sensible Antennen dafür, wie andere Menschen ihnen begegnen.

Scheinbar harmlose Fragen wie: „Warum tragen Sie kein Kopftuch?“ „Sind Sie wirklich Türkin? Sie sehen nicht wie eine türkische Frau aus.“ oder „Warum verstecken sie ihre Haare? Sie haben so schöne schwarze Haare!“... , können die Haltung einer Beraterin verraten. Wenn die Frau aus einem islamischen Herkunftsland anhand von Bemerkungen erkennt, welche Orientierung die Beraterin hat, wird sie sehr schnell die passenden Argumente liefern, um problemlos den benötigten Schein zu bekommen. Andere, denen diese Abwertung etwas ausmacht, werden innerlich auf Distanz gehen und den Kontakt minimieren.

5. Interkulturelle Beratung

Mittlerweile ist etwa jeder zehnte Bürger in Deutschland nicht deutscher Herkunft. Somit finden überall Beratungen in einem interkulturellen Kontext statt. Wenn in der Beratung diese Tatsache übersehen wird und damit keine konzeptionellen Vorstellungen angestrebt werden, laufen wir Gefahr, dass MigrantInnen nicht adäquat beraten werden.

Die Verantwortung, Beratung interkulturell zu gestalten, liegt bei uns.

Wir müssen davon ausgehen, dass MigrantInnen, verglichen mit der deutschen Bevölkerung, mehr Belastungen ausgesetzt und dadurch stressgefährdeter sind.

Wir müssen berücksichtigen, dass MigrantInnen schlechte Erfahrungen mit deutschen Behörden und Institutionen gemacht haben. Da die Schwangerschaftskonfliktberatung keine freiwillige Beratung ist und somit einen gesetzlichen Auftrag erfüllt, wird sie zum Teil mit Unverständnis und Vorbehalt betrachtet. Es wäre für die Beratungsumgebung hilfreich, wenn wir erklären, dass wir keine staatliche Behörde sind, dass die Beraterin Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht hat.

6. Vielstimmigkeit

In der Beratung mit MigrantInnen nimmt die sprachliche Verständigung eine zentrale Stellung ein. Wenn wir mit anderen Menschen sprechen, versuchen wir, ihnen immer auch unsere mit den Worten verbundenen Gefühle und Vorstellungen mitzuteilen. Selbst für Menschen, die dieselbe Sprache sprechen, ist Verständigung nur begrenzt möglich, da Worte bei jedem Menschen in Folge der persönlichen Erfahrungen unterschiedlich besetzt sind.

Wenn Kinder mit einer Sprache aufwachsen, lernen sie diese teilweise unbewusst oder im Spiel. Sie lernen, wie vielschichtig die Differenziertheit der Melodie oder der Rhythmus der Sprache sein können. Wenn Erwachsene (in unserem Beispiel MigrantInnen) eine Sprache neu lernen, erlernen sie diese Sprache im Gegensatz zu Kindern bewusst und rational. Deshalb können sie ihre Gefühle

besser und differenzierter in ihrer Muttersprache ausdrücken.

Zwischen den Ausdrucksweisen in der jeweiligen Sprache können große Unterschiede existieren. Beispiel: Das deutsche Wort „Glück“ wird im Wörterbuch mit neun Begriffen und zehn Synonymen ins Türkische übersetzt.

Reden in der Fremd- oder Zweitsprache kann ein adäquates Ausdrücken der Gefühle verhindern. In der Beratung kann das zu Fehleinschätzungen und Misserfolgen führen. Beispiel: Eine Frau sagt in der Beratung: „Kind wegmachen“ mit einer entsprechenden Bewegung. Die Beraterin kann diese Geste es als emotionslos und platt empfinden. Sie denkt vielleicht: „Sie macht es sich zu leicht.“ Die Beraterin kommt sich überflüssig und funktionalisiert vor: „Ich bin nur da, um ihr den Schein zu geben.“

Für diese Situation kann es auch eine andere Erklärung geben. Ich vermute, einen sachlichen Begriff wie „Schwangerschaftsabbruch“ gibt es nicht in vielen Sprachen. Die türkische Entsprechung ist „cocuk aldirma“ wörtlich übersetzt heißt es: „sich das Kind nehmen lassen“. Der Begriff ist gängig und löst nicht automatisch negative Gefühle aus.

Als BeraterInnen müssen wir überprüfen, welche Bedeutung wir der Sprache beimessen. Die erworbenen Sprachfertigkeiten sagen nicht viel aus über die Intelligenz, soziale Kompetenz oder Kommunikationsfähigkeit eines Menschen. Hinzu kommt die Ebene der nonverbalen Kommunikation. Angewendete oder weggelassene Gestik, Mimik und Körpersprache können zu Missverständnissen führen.

Ich gebe Selbsterfahrungsseminare für türkische Frauen und Familien. Eine Übung heißt „Begrüßung“. Ich fordere die TeilnehmerInnen auf, sich zu begrüßen. Sie begrüßen

sich herzlich, distanziert, überschwänglich, mit oder ohne Körperkontakt. In der Auswertung der Übung berichten sie, dass sie von Deutschen so kühl und distanziert begrüßt werden. Durch die Übung erfahren sie, dass Deutsche anders begrüßen und dass das nicht unbedingt distanziert und abweisend sein muss.

In erster Linie geht es darum, dass nicht deutsche KlientInnen das Gefühl entwickeln, dass die Beraterin sie verstehen will, trotz sprachlicher Barrieren.

Im Beratungszentrum habe ich häufig für Frauen oder Familien übersetzt, deren Sprache ich selbst überhaupt nicht spreche. Es hilft, eine Flexibilität in der Sprache zu haben. Einfache Ausdrücke zu wählen, nicht mit zu vielen Begriffen zu hantieren, langsam und deutlich zu sprechen. Sinnvoll kann es auch sein, gemeinsame Fremdsprachen zu benutzen oder entsprechende Begriffe aus Infoblättern der Muttersprache zu verwenden. Eine gute Dolmetscherliste, andere Profis oder Ärzte mit Sprachkenntnissen können hilfreich sein. Man sollte seine Phantasie einsetzen und sich nicht abschrecken lassen oder gar kapitulieren.

So können Bestandteile einer Ideal-Situation aussehen:

- eine mehrsprachige Einladung ins Beratungszentrum
- eine stressfreie Kontaktaufnahme am Telefon durch entsprechend geschulte Verwaltungskräfte - Namen sollten richtig aufgeschrieben und ausgesprochen werden.
- Die Beraterin sollte sich auch Zeit für MigrantInnen nehmen, die ohne Anmeldung kommen.
- Verständnis zeigen, wenn Frauen zu spät kommen. Die Gründe können unter-

schiedlich sein: Ortskenntnis, manche Frauen haben keinen Führerschein oder kein Auto, manche Frauen kommen mit Kleinkindern, Analphabetismus...

- KlientInnen sollten freundlich empfangen werden. Das ist bei Behörden nicht immer selbstverständlich.
- Spielecken für Kinder sind notwendig. MigrantInnen kommen sehr oft mit Partner, Übersetzer oder Familienangehörigen, deshalb sollten genügend Stühle bereit stehen.
- Informationsmaterialien sollten in verschiedenen Sprachen ausliegen.
- Zeit sollte eingeplant werden für mögliche Telefonate oder ausführliche Erklärungen.
- Fotokopien von Wegbeschreibungen, möglichst mit Stadtplanausschnitten, mit auf den Weg geben.
- Zum Schluss der Beratung sollten die Schritte wiederholt werden, welche die zu Beratenden zu tun haben. Diese sollten schriftlich fixiert werden.
- Ein freundlicher Abschied ist selbstverständlich

Beraterinnen sollten der zu beratenden Person mit Respekt, Wertschätzung, Neugier und Offenheit entgegenreten, ihr aufmerksam und genau zuhören, sich auf etwas Fremdes einstellen, die Person als Ganzes sehen und einen ebenbürtigen Dialog führen, hilfreiche Fragen stellen, die die gemeinsame Suche unterstützen, und auf Anfrage die nötigen Informationen geben.

Zusammengefasst sind das die Erfordernisse multikultureller Beratung. Ähnliche Standards gelten allgemein für alle psychosozialen Beratungen. Eine Schulung der Interkulturellen

Beratung erhöht allgemein die Qualität unserer gesamten beraterischen Arbeit.

Die Haltung kann uns die Sicht eröffnen, wie unterschiedlich und verschieden unsere Mitmenschen sind. Unsere erlernten Deutungsmuster und Bewältigungsstrategien reichen nicht aus, unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen zu beraten. Wir brauchen neue Ebenen des Verstehens und eine neue Handlungskompetenz. Dabei ist die Beratung mit MigrantInnen ein gutes Übungsfeld. Dabei können wir lernen „über den eigenen Tellerrand zu schauen“.

Der Versuch, das Fremde zu verstehen, schult die Fähigkeit, andere Perspektiven einzunehmen. Dies macht unsere Beratungsarbeit flexibler. Dabei ist es wichtig, das eigene Handeln und Erleben zu reflektieren. Das eigene Empfinden sollte nicht verleugnet werden. Näher betrachtet entsteht die Maximalforderung:

- Selbsterfahrung im Hinblick auf eigene Vorurteile, Flucht- und Migrationserfahrungen in der eigenen Familie (als Folge der Kriege, Ängste gegenüber Fremden, Vergewaltigung, Arbeitsmigration, Religionsunterschiede...),
- Grundhaltung: ständige Selbstreflexion des eigenen Handelns und Erlebens, eine Haltung der Wertschätzung der Andersartigkeit, Ganzheitlichkeit und Einzigartigkeit,
- Hintergrundwissen über die jeweilige Kultur, Herkunft, Religion und Sprache der MigrantInnenfamilien,
- Respekt und Achtung gegenüber MigrantInnen,
- Respektvolle Neugier und Interesse,

- Gefühl für die Einzigartigkeit der jeweiligen zu beratenden Person oder Familie,
- kultursensibles Vorgehen, ohne die Unterschiede zu übergehen (wir sind alle Menschen...) oder alles auf kulturelle Unterschiede zu reduzieren (bei Arabern ist es so...),
- Die Konsequenz: Arbeit in einem multikulturell zusammengesetzten Team.

Neben den Aspekten, die schon erwähnt wurden, bedarf es einer grundsätzlichen Überprüfung der Beratung nach interkulturellen Aspekten – beispielsweise nach einer Checkliste für Interkulturalität.

Eine Besonderheit ist zum Beispiel, dass nicht deutsche Männer viel öfter ihre Frauen in die Beratung begleiten. Da der Schwangerschaftsabbruch als eine Familienangelegenheit angesehen wird. Diese Paare sind an Verhütungsfragen häufig sehr interessiert. Diese Männer müssen in die Schwangerschaftskonflikt-Beratung eingebunden werden.

Migrantinnen und Aussiedlerinnen heiraten durchschnittlich jünger als deutsche Frauen. Somit stellt sich die Verhütungsfrage auch anders. Eine ehe- und familienorientierte Verhütungsberatung benötigt teilweise andere Konzepte. Deshalb muss mehr Paarberatung und mehr Gruppenberatung angeboten werden.

Literatur

Atabay, Ilhami (1993): Ist dies mein Land? Identitätsentwicklung türkischer Migrantenkinder und -jugendlicher in der BRD, Centaurus, München

Attia, Iman u.a. (1995): Multikulturelle Gesellschaft - Monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen

Barwig, Klaus und Hinz-Rommel, Wolfgang (Hrsg.) (1995): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste, Lambertus-Verlag, Freiburg

Berliner Arbeitskreis Sexualität im Centrum für Sozialwissenschaft e.V. (Hrsg.) (o. J.): Sexualität in Berlin, Band 1, Redaktion Günther Schon

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1995): Dokumentation Learn to Love, 1. Europ. Fachtagung und Projekt-Messe der BZgA, Köln,

Canzianic, Willy und Dorothea Meili-Lehner (1989): Was Sie Ihrem Kind schon lange über Liebe und Sex sagen wollten - Sexualerziehung in der Familie, Verlag Pro Juventute

Cicek, Halis (1989): Psychische und psychosomatische Störungen: unter besonderer Berücksichtigung psychosexueller Störungen bei Arbeitsmigranten aus der Türkei, Verlag für Wissen und Bildung, Berlin

Fingerlin, Erika und Mildemberger, Michael (1983): Ehen mit Muslimen: Am Beispiel deutsch-türkischer Ehen, Otto Lembeck Verlag, Frankfurt/M

Grotherat, Angelika (1994): An der Sprache liegt es nicht. Interkulturelle Erfahrungen in der Therapie, Mainz

Haasen, Christian und Yagohran, Oktay (2000): Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft, Lambertus Verlag, Freiburg

Heidarpur-Ghazwini, Ali (1990): Bei uns spricht man nicht über Sexualität! In: Sachunterricht und Mathematik in der Primarstufe, Heft 3, S. 130-135

Heimannsberg, Barbara/Schmidt-Lellek (Hrsg.) (2000): Interkulturelle Beratung und Migration, EHP, Organisation Köln

Herrath, Frank und Sieler, Uwe (Hrsg.) (1990): Jugendsexualität zwischen Lust und Gewalt, Peter Hammer-Verlag, Wuppertal

Hettlage-Vargas, Andrea in Kürsat-Ahlers (Hrsg.) (1992): Bikulturalität - Privileg oder Belastung? Die multikulturelle Gesellschaft: Der Weg zur Gleichstellung? Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/M.

Koptthapel-Ilal, Günsel (Hrsg.: v. A. Morten) (1988): Besonderheiten in der Adoleszenz bei Türken in der Heimat und in der BRD. In: Vom heimatlosen Seelenleben: Entwurzelung, Entfremdung und Identität, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Marburger, Helga (1987): Schulische Sexualerziehung bei türkischen Migrantenkinder: Eine Sonderung des soziokulturellen Bedingungsfeldes, Lang, Frankfurt/M

Mernissi, Fatima (1991): Geschlecht Ideologie Islam, Kunstmann, München

Meyers Lexikon (1997): Schüler-Duden Sexualität, Redaktion Elke Brechner, Mannheim

Müller, Eduard (1984): Integration türkischer Kinder in den Kindergärten - Ist Sexualerziehung ein Tabu?, Kohlhammer-Verlag, Köln

Nestmann, Frank und Niepel, Thomas (1993): Beratung von Migranten - Neue Wege der psychosozialen Versorgung, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin

Nienke, Wolfgang (1995): Interkulturelle Erziehung, Leske & Budrich, Opladen

Omar, Kaplan (1989): Sexualität im Islam und in der türkischen Kultur, Verlag Yvonne Landeck, Frankfurt/M.

Ribbert, Bärbel (1997): Von Liebe, Lust und Last, Frauen aus aller Welt schreiben über Sexualität, Hamburg

Schiffauer, Werner (1991): Die Migranten aus Suba Cleff coffa, Schiffauer, Werner (1983): Die Gewalt der Ehre - Erklärungen

zu einem türkisch-deutschen Sexualkonflikt, Suhrkamp, Frankfurt/M

Schmalz-Jacobsen, Cornelia und Hansen, Georg (Hrsg.) (1995): Ethnische Minderheiten in der Bundesrepublik Deutschland, München

Seidel-Pielen, Eberhard (1995): Unsere Türken - Annäherung an ein gespaltenes Verhältnis, Elefanten-Press, Berlin

Spitzl, Martina und Yüksel, Sahika (1992): Mädchen aus der Türkei, Donna Vita, Berlin

Universität GHS Essen, IMAZ (1990): Der Mann - Pressespiegel gesundheitsspezifischer Artikel aus türkischen Tageszeitungen, Thema Familie und Sexualität, Essen

Yetimoglu, Meral in: Eberding, Angela (Hrsg.) (1995): Sprache und Migration, IKO-Verlag, Frankfurt/M.

Arbeitsgruppe

Standards multikultureller psychosozialer Arbeit

Leitung: Meral Renz

Die Rahmenbedingungen, unter denen Migrantinnen in Deutschland leben, unterscheiden sich grundlegend von denen deutscher Frauen. Die rechtliche Situation lässt ihnen nahezu keine Entscheidungsfreiräume - Selbstbestimmung ist für sie im wahrsten Sinne des Wortes ein Fremdwort. Ihr Aufenthaltsstatus in Deutschland ist vielfach ungesichert, die Hoffnung auf Familienzusammenführung hegen sie häufig vergebens, frauenspezifische Asylgründe wie Vergewaltigung werden in der Bundesrepublik nicht anerkannt, und viele soziale Leistungen, die Frauen mit deutschem Pass zugänglich sind, werden Asylsuchenden und Migrantinnen vorenthalten. Diesen Hintergrund müssen Beraterinnen kennen, wenn sie im multikulturellen Kontext tätig werden. Das Wissen um die spezielle Situation dieser Frauen ist ein wesentlicher Bestandteil multikultureller Kompetenz und unverzichtbar für multikulturelle Beratung.

Eine zentrale Forderung der Arbeitsgruppe an die Träger von Beratungsstellen zielt daher auf mehr Möglichkeiten zur Fortbildung für die Beraterinnen ab.

Darüber hinaus müssen die Arbeitsbedingungen der Beraterinnen verbessert werden. Sie benötigen vor allem zeitlich größere Spielräume für Beratungsgespräche und (mehr) Supervision, um damit umzugehen, „was fremde Gefühle mit einem machen, die man nicht einordnen kann“, wie es eine Teilnehmerin formulierte. Denn oft sind sie in Beratungsgesprächen mit Fremdheit konfrontiert. Wird die Frau, die mit ihrem Mann zur Beratung erscheint, von ihm unterdrückt? Oder ist seine Anwesenheit vielmehr Aus-

druck „familiärer Rollenteilung“ - er kommt mit, weil es seine Aufgabe ist, die Familie nach außen zu vertreten. Wie wird ein Schwangerschaftsabbruch in der Kultur gewertet, aus der die Frau kommt? Ist er tabuisiert oder eher etwas, über das ganz offen gesprochen wird?

Hilfreich und sinnvoll in vielerlei Hinsicht wäre es auch, vermehrt Migrantinnen in den Beratungsstellen zu engagieren, multikulturelle Teams aufzubauen und beispielsweise auf Honorarbasis Dolmetscherinnen zu engagieren. Denn häufig erschweren Verständigungsprobleme die Beratung.

Wichtig war es der Arbeitsgruppe, nicht nur die Nachteile zur Sprache zu bringen, unter denen Migrantinnen leiden, sondern auch konkrete Forderungen an die Politik zu formulieren:

- Frauenspezifische Asylgründe müssen anerkannt werden.
- Die rechtliche und finanzielle Situation von Asylsuchenden und Migrantinnen muss verbessert werden.
- Familienzusammenführung muss erleichtert werden.

Kooperation als ein Gebot fachlicher Arbeit

Das Beispiel der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt

Prof. Dr. Barbara Kavemann, Berlin



Kooperation ist seit geraumer Zeit ein Thema, das viele Fachkräfte in unterschiedlichen Berufsfeldern beschäftigt. Sie erhoffen sich von interdisziplinärer und interinstitutioneller Kooperation viel, vor allem eine Erweiterung des eigenen, berufsspezifisch begrenzten Blickfeldes, eine Entlastung dadurch, dass Aufgaben auf mehrere Schultern verteilt und besonders problematische Fälle mit spezialisierten Kolleginnen und Kollegen besprochen bzw. an diese abgegeben werden können. Fallkonferenzen, übergreifende Teamsitzungen, Mitarbeit in Arbeitskreisen und an Runden Tischen gehört für viele schon selbstverständlich zu ihrem Aufgabenspektrum. Einige holen sich diese Entlastung und Unterstützung durch Eigeninitiative – oft genug in ihrer Freizeit –, andere können sich bereits auf den Auftrag oder das Mandat ihrer Leitung/Institution stützen.

Die Arbeit gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis, die in Unterstützungseinrichtungen, die sich als autonom definierten, als ein sehr separiertes Arbeitsfeld entstand, ist ein sehr gutes Beispiel dafür, wie Kooperation im Sinne der Zielgruppe und im Hinblick auf eine möglichst hohe Qualität und Wirksamkeit der Unterstützungsangebote entwickelt und nach und nach fast überall zum Qualitätsstandard wurde.

Weshalb Gewalt im Geschlechterverhältnis ein Thema für viele verschiedene Berufsfelder ist

Die Institution Frauenhaus besteht jetzt 25 Jahre. Auch nach diesen Jahren öffentlicher Auseinandersetzung über die Gewalt, der viele Frauen im Zusammenleben mit Männern ausgesetzt sind, ist es immer wieder erforderlich, neue Initiativen zu ergreifen, um die Situation betroffener Frauen zu verbessern. In den vergangenen Jahren sind zwar bedeutende Veränderungen erreicht worden, gelöst ist das Problem der Gewalt im Geschlechterverhältnis bislang jedoch nicht.

Die engagierten Feministinnen, die Mitte der 70er Jahre die Problematik der Gewalt im Geschlechterverhältnis öffentlich und zum Gegenstand von sozialpolitischer Planung und Intervention machten, blieben nicht bei der Analyse stehen, sondern übten praktische Solidarität. Sie gründeten Projekte, die Schutz und Orientierungshilfen boten:

Die ersten Frauenhäuser in Westdeutschland wurden 1976 in Berlin und Köln gegründet. Die ersten Notruf-Beratungsstellen für vergewaltigte Frauen nahmen 1977 ihre Arbeit auf. Die erste Wildwasser-Beratungsstelle, Spezialberatungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen, wurde 1987 in Berlin gegründet.

Die Existenz dieser Einrichtungen machte sowohl die gesellschaftliche Verbreitung der Gewalt gegen Frauen als auch ihr Vorkommen in allen Gesellschaftsschichten sichtbar. Sie veränderte die öffentliche Wahrnehmung: Sie zeigte, dass Unterstützung möglich ist und Veränderungen erreicht werden können und wirkte nachhaltig innovativ auf das gesamte Feld der sozialen Arbeit und alle angrenzenden Berufsfelder.

Relativ bald lag eine Vielzahl von praxisbegleitenden bzw. evaluierenden Studien vor, die wertvolle Hinweise gaben, wie Frauen die neuen Unterstützungsangebote nutzen können, wie die Dynamik und Gefährlichkeit von häuslicher Gewalt zu sehen ist und in welchen Lebenssituationen Frauen besonders gefährdet sind (siehe hierzu Hagemann-White 2001). Durch diese Erkenntnisse konnte das Unterstützungsangebot verbessert werden. Es konnten aber auch Informationen an die Institutionen und Einrichtungen gegeben werden, die von ihrem Auftrag her mit besonders gefährdeten Frauen arbeiten. Dadurch konnten Interventions- und Präventionskonzepte weiterentwickelt werden. Dies gelingt nur durch enge Kooperation auf der Basis fachlichen Austauschs. Einrichtungen, die scheinbar einen gänzlich anderen Auftrag verfolgen, wie die Beratungsstellen von pro familia oder der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gynäkologinnen, Hebammen, Familienberatungsstellen oder das Personal von Kindertagesstätten sind sehr viel öfter als gedacht mit häuslicher Gewalt gegen Frauen konfrontiert. Sie eignen sich sehr für die Ansprache betroffener oder gefährdeter Frauen, da sie diesen in einem Alltagskontext bzw. einem nicht gewalt-spezifischen Kontext Beratung im Hinblick auf Entscheidungen über ihre Lebensplanung, ihre Familie und Partnerschaft bzw. ihre Kinder anbieten. Mezey & Burley (1997) stellten z.B. fest, dass Gewalt in der Beziehung während der Schwangerschaft eskaliert und ihren Höhepunkt nach der Geburt des Kindes erreicht,

dass die Schwangerschaft häufig der Beginn von Misshandlungen ist, und dass die Gewalthandlungen intensiver und öfter sind, wenn Frauen schwanger sind oder kleine Kinder haben. Abrahams (1994) befragte 108 Mütter in Familienberatungsstellen, die Gewalt durch den Partner erlebt hatten. Über ein Viertel der Kinder war ebenfalls von diesem Mann – meist dem Vater der Kinder – misshandelt worden. Drei Viertel hatten Misshandlungen der Mutter miterlebt. Zwei Drittel hatten diese mit gehört. Hester & Pearson (1998) untersuchten 111 Kinderschutzakten einer Kinderschutzbehörde: In einem Drittel der Fälle waren Informationen über Gewalt gegen die Mutter vermerkt. Nachdem die Behörde zu häuslicher Gewalt fortgebildet worden war, stieg die Anzahl der Fälle, in denen häusliche Gewalt bekannt wurde auf zwei Drittel.

Kenntnisse über häusliche Gewalt und ihren Kontext können Frauen den Weg zu Schutz und Unterstützung eröffnen

Interinstitutionelle Kooperationsbündnisse

Der Zusammenhang zwischen „privater“ Gewalt gegen Frauen und staatlicher (Nicht-)Reaktion bzw. Verantwortung wurde seit Mitte der 90er Jahre zentrales Thema und führte zu einem Perspektivenwechsel: Das Unterstützungsangebot musste ausdifferenziert werden, und alle mit dem Problem befassten Institutionen sollten kompetent und nach einem gleichen Problemverständnis ihre Interventionen koordinieren. So sollte erreicht werden, dass Frauen eine Wahlmöglichkeit jenseits der schieren Flucht haben (Hanmer 1996) bzw. frühzeitig mit Information und kompetenten AnsprechpartnerInnen versorgt werden können.

Es hatte sich gezeigt, dass weniger die betroffenen Frauen als vielmehr die zuständigen Institutionen in einem Muster gelernter Hilflosigkeit (Gondolf/Fisher 1996) reagierten, das überwunden werden musste. Sobald analysiert wurde, was alles getan werden musste, um über bloßes „Helfen wollen“ hinauszugehen, wurden Leerstellen in der Intervention sichtbar, die professionelle Helfer/innen erneut ratlos und hilflos machten und institutionelle Unterstützung sehr oft verhinderten. Zeigte sich, dass die Reaktion der Institution ins Leere lief, wurde dies in der Regel der misshandelten Frau angelastet. Ihr wurde unterstellt, dass sie sich nicht helfen lassen wolle, es wurde nicht gesehen, dass das Hilfsangebot auf die Situation der Klientin nicht passte und von daher keine wirkliche Hilfe darstellte. Der Weg aus dieser gelernten Hilflosigkeit der Institutionen, die auf Kosten der betroffenen Frauen geht, konnte nur durch die Bündelung von Initiative und Kompetenz gelingen. Der Aufbau von Kooperation und die Verpflichtung auf gemeinsame Ziele war der Weg, der nun beschritten werden sollte.

In vielen gesellschaftlichen Bereichen und Politikfeldern ist im Laufe der vergangenen Jahre das Bewusstsein gewachsen, dass Gewalt im Geschlechterverhältnis kein Randproblem darstellt und keine Privatsache ist. Trotzdem ist die Absicherung existierender Schutz- und Unterstützungsangebote nicht selbstverständlich. Es konnten jedoch einige bedeutende Etappensiege erreicht werden. Die beiden großen sozialen Bewegungen, die Gewalt im privaten Raum zu ihrem Thema gemacht haben – die Frauenbewegung und die Kinderschutzbewegung – können nach etwa 30 Jahren Arbeit echte Erfolge vorweisen:

- 1997 trat nach zwanzigjähriger parlamentarischer Auseinandersetzung die neue gesetzliche Regelung in Kraft, die Vergewaltigung in der Ehe unter Strafe stellt.

- 2000 wurden Menschenrechte für Kinder durchgesetzt, es wurde ihnen ein Recht auf Gewaltfreiheit in der Erziehung eingeräumt.
- Am 1.1.2002 trat das Gewaltschutzgesetz in Kraft, das Frauen zum ersten Mal Alternativen zur Flucht in ein Frauenhaus eröffnet, wenn sie sich und ihre Kinder in Sicherheit bringen wollen. Dieses neue Gesetz, das eine Änderung der Sicherheits- und Ordnungsgesetze (Polizeirecht) in den Bundesländern schon jetzt zur Folge hat, was die Wegweisung gewalttätiger Männer aus der Wohnung ermöglicht, ist ein Erfolg der interdisziplinären Kooperation in den Interventionsprojekten.

Die neue Strategie, die auf Kooperation setzt, geht davon aus, dass alle Einrichtungen und Institutionen nur einen berufsspezifischen Ausschnitt der Wirklichkeit der Gewaltverhältnisse zu sehen bekommen – einige einen größeren, andere einen kleineren. Kooperation und Austausch ermöglichen es den verantwortlichen Professionellen, ein vollständigeres Bild zusammensetzen und dadurch viel zu lernen und die Praxis zu optimieren. Den Frauenprojekten fällt dabei die Rolle zu, die Sichtweise der von Gewalt betroffenen Frauen in den Mittelpunkt zu stellen und darauf zu achten, dass ihre Rechte und Bedürfnisse nicht hinter institutionellen Regeln und Hürden verschwinden.

Das Ergebnis dieser Wende in der Diskussion über Gewalt im Geschlechterverhältnis war die Gründung von Interventionsprojekten. Interventionsprojekte sind institutionalisierte Kooperationsbündnisse. In Deutschland gibt es seit Mitte der 90er Jahre eine wachsende Zahl dieser Projekte. Sie unterscheiden sich in Größe, Struktur und Schwerpunktsetzung, verfolgen jedoch letztlich alle die gleiche Zielsetzung: Es geht ihnen um den Abbau und die künftige Verhinderung von Gewalt gegen Frauen und die

gesellschaftliche Ächtung dieser Gewalt. Erreicht werden soll dies dadurch, dass Gewalttäter konsequent zur Verantwortung gezogen und die Intervention und Unterstützung für betroffene Frauen und ihre Kinder optimiert werden (Kavemann, Leopold, Schirmacher, Hagemann-White 2001).

Ziele der Kooperation

Zu den ersten und wichtigsten Schritten beim Aufbau eines Kooperationsbündnisses gehört es, eine gemeinsame Zielsetzung zu formulieren und die Kooperationspartner auf diese Zielsetzung zu verpflichten. Dies wird relativ leicht sein, wenn es um weitreichende, langfristige Ziele geht. Alle beteiligten Institutionen werden z.B. zustimmen, dass es um den Abbau von Gewalt gegen Frauen geht. Schwieriger wird es, wenn einzelne konkrete Schritte zur Diskussion stehen. Auf die Bedeutung der Zielsetzung soll im Anschluss genauer eingegangen werden.

Ziele interinstitutioneller Kooperation gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis können sein:

Langfristig:

- Reduzierung und Abbau von Gewalt im Geschlechterverhältnis
- Reduzierung und Abbau jeglicher Gewalt z.B. auch im Generationenverhältnis
- Effizienter Schutz vor Gewalt

Mittelfristig:

- Lernen von Personen und Organisationen fördern
- Bewusstsein für die Komplexität der Misshandlungsproblematik vermitteln

- Nutzen von Kooperation erfahrbar machen
- Demokratische Entscheidungsprozesse zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Kooperationspartnern etablieren
- Überschneidungen von Gewaltphänomenen erkennen und zum Thema der Intervention und Unterstützung machen
- Unterstützungsangebote für mitbetroffene Kinder etablieren
- Wege zur Inverantwortungnahme der Täter etablieren

Kurzfristig:

- Schutzmöglichkeiten für Frauen ausbauen, neue Zielgruppen erreichen
- Spezifische Angebote für einzelne Zielgruppen z.B. Migrantinnen oder Frauen mit Behinderungen, schwangere Frauen oder Frauen mit kleinen Kindern entwickeln
- Information für betroffene Frauen verbessern und Zugang zum Hilfesystem niedrigschwelliger machen
- Koordinierung der Intervention staatlicher und nicht-staatlicher Institutionen auf gleiche Ziele
- Abstimmen der einzelnen Schritte der Interventionskette aufeinander
- Effizientere Ermittlung und Strafverfolgung voranbringen
- Einrichten von Täterprogrammen
- Neue Kooperationspartner gewinnen, das Thema in weitere Berufsfelder tragen und um Unterstützung werben

Die Bedeutung von Familienplanung und -beratung in der Arbeit gegen häusliche Gewalt

In den letzten Jahren ist der Zusammenhang zwischen Gewalt gegen die Mutter und Gewalt gegen die Kinder intensiv erforscht und diskutiert worden. Zukünftig müssen sich Unterstützungsmöglichkeiten stärker darauf einstellen, dass diese beiden Gewaltphänomene untrennbar miteinander verknüpft sind und für beide Seiten – Frauen und Kinder – eigene, gravierende Auswirkungen haben.

Förderung, Fürsorge und Respekt sind das neue Leitbild für eine gewaltfreie Erziehung. Dafür reicht es nicht, ausschließlich Gewalttaten und entwürdigende Maßnahmen, die sich unmittelbar gegen das Kind richten, zu untersagen. Auch die Misshandlung und Herabsetzung der Mutter – einer zentralen Identifikations- und Bezugsperson des Kindes – muss unterbleiben, wenn das Ziel Gewaltfreiheit in der Erziehung erreicht werden soll. Wie sehr die Gewalt gegen die Mutter auch Gewalt gegen das Kind ist, zeigt uns die neuere Forschung:

- Wenn häusliche Gewalt stattfindet, dann besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch Kinder misshandelt, sexuell missbraucht oder vernachlässigt werden. (Mullender & Moreley 1995)
- Wenn Kindesmisshandlung durch den Vater stattfindet, dann besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch die Mutter Gewalt erleidet. (Stark & Flitcraft 1985)
- Wenn Gewalt gegen die Mutter stattfindet, dann besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass es der Partner der Mutter ist, der die Kinder misshandelt. (Mullender & Moreley 1994)

- Gewalt gegen die Mutter schadet den Kindern immer, unabhängig davon, ob sie selbst unmittelbar Gewalt erleiden oder nicht. (Peled 1995)
- Wenn Frauen nicht unterstützt und geschützt werden, bleiben Kinder mit den Anforderungen und Auswirkungen dieser schädigenden Situation alleine. (Kelly 1994)
- Häusliche Gewalt muss als zentrale Thematik in alle Überlegungen zum Kinderschutz einbezogen werden. (Hester 1998)

Wenn Frauen, die aus gewaltförmigen Beziehungen fliehen wollen, Mütter sind, spielen die Kinder immer eine ausschlaggebende Rolle für ihre Entscheidungen. Der Frau obliegt die fast unlösbare Aufgabe, für ihre eigene Sicherheit und für die der Kinder zu sorgen, ihre Interessen gegen die der Kinder abzuwägen und gleichzeitig den gesellschaftlichen Anforderungen an Mütterlichkeit zu genügen. Wie in allen zugespitzten Lebenssituationen, sei es Armut, Katastrophen, Flucht, Krieg oder Gewalt in Familie und sozialem Nahraum, immer hat die Tatsache, dass Frauen kleine Kinder zu versorgen haben oder gerade schwanger sind, eine erhebliche Erschwernis ihrer Lage zur Folge, eine Einschränkung ihres Handlungsspielraums und eine Belastung durch zusätzliche Risiken und Verantwortung. Die kompetente und kritische Berücksichtigung der Lebenssituation von Frauen in der Familienplanung und Lebensberatung ist von großer Bedeutung. Hierzu gehört häusliche Gewalt in all ihren Ausprägungen. Gewalttätige Partner setzen Vergewaltigungen, erzwungene Schwangerschaften und moralische Erpressung – die Frau nimmt den Kindern den Vater, die Familie, den Lebensstandard, den sozialen Status, wenn sie weggeht – ein, um Frauen an sich zu binden und an der Trennung zu hindern.

Die Bedeutung des Gesundheitswesens als Kooperationspartner in der Arbeit gegen häusliche Gewalt

Unterschiedliche Berufe und ihre Vertreter/innen haben wenig Erfahrung mit Kooperation und treten sich auch nur selten auf Augenhöhe gegenüber. Gerade die Ärzteschaft pflegt – ähnlich wie die Justiz – ein Image besonderer Kompetenz und beruflicher Belastung, die sie zu schwierigen, oft nicht erreichbaren Partnern macht. Sozialarbeiter/innen fühlen sich häufig im Kontakt mit diesen Berufsgruppen in ihren Kompetenzen nicht anerkannt und in ihrem Einsatz für ihre Zielgruppen ignoriert. Wie sehr interinstitutionelle Kooperation im Gesundheitsbereich Thema sein muss, wenn es um durch Gewalt betroffene Patientinnen geht, soll ein kurzer Blick auf vorliegende Forschungsergebnisse zeigen:

Es scheint eine Binsenwahrheit zu sein, dass Gewalt die Gesundheit schädigt. Gewalt im Geschlechterverhältnis wird allerdings nur selten Thema im Kontext von gesundheitspolitischen Überlegungen und ebenso wenig wird sie als Ursache für Verletzungen oder Erkrankungen in Betracht gezogen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Problematik auf den Punkt gebracht:

„Die Ungleichheit der Geschlechter ist eine epidemiologische Tatsache.“ (WHO 1994) Damit wird gesagt, dass sich die Ungleichheit der Geschlechter an der Art gesundheitlicher Schädigungen und an den Verletzungs- und Todesursachen erkennen lässt. Der epidemische Charakter und die oft schwerwiegenden Auswirkungen machen Gewalt im Geschlechterverhältnis zu einem spezifischen, sich häufig lebensgeschichtlich wiederholenden und sehr verbreiteten Gesundheitsrisiko für Frauen und Mädchen. Die Auswirkungen von sexuellem Missbrauch, Misshandlung, Vergewaltigung und sexistischer Belästigung beeinträchtigen die physi-

sche und psychische Gesundheit von Frauen und Mädchen: Sie richten kurz- und langfristige unmittelbaren Schaden an, schränken die Bewegungsfreiheit und das Gefühl von Sicherheit in der Welt ein. Sie beeinträchtigen das persönliche Gesundheitskonzept, schränken die Sorge für den Schutz der eigenen Gesundheit und teilweise der Gesundheit und Sicherheit der Kinder ein.

Die gesundheitlichen Belastungen durch die Auswirkungen von Gewalt im Geschlechterverhältnis stellen somit nicht nur ein massives Problem für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar, sondern sind ein nicht unerheblicher gesamtgesellschaftlicher Belastungsfaktor – sozial und finanziell.

Die WHO erklärt die Förderung der Gesundheit von Frauen und Mädchen zu einem vorrangigen Ziel, dem ein „Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen“ werden muss. In ihrer Wiener Erklärung von 1994 nimmt sie die Bekämpfung von Gewalt in ihre Liste der Handlungsprioritäten auf und fordert, dass Misshandlung und sexualisierte Gewalt als Problem der öffentlichen Gesundheit anerkannt werden.

Gesundheit wird von der WHO als „eines der Grundrechte jedes Menschen definiert“. Kritisiert wird, dass dieses Grundrecht für Frauen nicht ausreichend anerkannt wird. Die sozialen Realitäten weiblichen Lebens im gesamten Lebenszyklus werden nach Ansicht der WHO nicht ausreichend berücksichtigt. Zu diesen sozialen Realitäten ist Gewalt in ihren vielfältigen Äußerungen zu zählen. Ihre physisch, psychisch und sozial schädigende Wirkung sieht die WHO als erwiesen an und macht damit eine wichtige gesundheitspolitische und gesellschaftspolitische Aussage. Die Zugehörigkeit zur Klasse weiblicher Menschen bringt spezifische Gesundheitsrisiken mit sich, die spätestens mit der Geburt einsetzen und Einfluss auf die Qualität und die Dauer des Lebens haben.

Die Problematik der Gewalt gegen Frauen wird inzwischen auch von anderen Institutionen als wichtiger Faktor bei der politischen Planung erkannt. Die Bürde, die diese Gewalt für die Gesundheitsversorgung bedeutet und ihre Auswirkungen auf Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität sowie Lebensdauer waren der Weltbank eine internationale Studie wert. (Lori L. Heise, Jacqueline Pitangy u.a. 1994) Die Autorinnen stellten fest, dass Gewalt gegen Frauen ein globales Gesundheitsproblem darstelle, das in seiner Dimension mit den durch andere Risikofaktoren verursachten Gesundheitsschäden bei Frauen (HIV, Tuberkulose, Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten) zu vergleichen sei. Ihre Studie spricht eine klare Sprache. Sexualisierte Gewalt und häusliche Gewalt werden global als eine signifikante Ursache für Invalidität und Tod von Frauen gesehen.

Die Gesundheitsforschung gibt auch Aufschluss über das Hilfesucheverhalten von Frauen in Gewaltbeziehungen und über die Zugänglichkeit von Hilfe. Offenbar ist der so naheliegend scheinende Weg zu ärztlicher Hilfe für die Mehrheit der gewaltbetroffenen Frauen kein gangbarer Weg. Hier treffen wir auf einen sehr deutlichen Fall von gelernter Hilflosigkeit der Institution:

- Eine Untersuchung in den Notaufnahmen und Ambulanzen Kanadas ergab, dass von 25 Fällen von Gewalt gegen Frauen nur einer als solcher erkannt wurde.
- Von allen Frauen, die durch Misshandlung oder Vergewaltigung verletzt wurden, nahmen nur etwa 28 % medizinische Hilfe in Anspruch.
- Von den Frauen, die in der Ehe misshandelt wurden, erlitten 45 % Verletzungen, die dringend ärztlicher Hilfe bedurft hätten, aber nur 40 %, also weniger als die Hälfte dieser Frauen, gingen zum Arzt oder ins Krankenhaus (Day 1995).

Hier zeigt sich die Tendenz, dass Frauen nicht wagen, Unterstützung in Anspruch zu nehmen und Verletzungen deshalb unverorgt bleiben. Oder sie gehen in die Klinik, die Verletzung wird versorgt aber der Grund der Verletzung nicht in Erfahrung gebracht. Die Gewalt chronifiziert sich und Langzeitschäden an Körper und Seele entstehen (Kavemann 1998).

Wenn Kliniken, Arztpraxen, Berufsverbände Kontakt aufnehmen zu den Expertinnen aus Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen, dann kann über Austausch, Fortbildung und Zusammenarbeit ein Hilfenetz für Frauen entstehen, das einen sorgfältigen, sensiblen Umgang mit häuslicher Gewalt und sexualisierter Gewalt ermöglicht und Information und Anlaufstellen für Patientinnen bietet.

Welche Faktoren fördern das Gelingen von Kooperation?

1. Einigkeit über das anzustrebende Ziel

Die Frage nach förderlichen Faktoren führt als erstes wieder zu der Zielstellung: Entscheidend für den Kooperationsprozess ist, dass Klarheit über das gemeinsame Ziel des Kooperationsgremiums besteht. Selbst große ideologische Diskrepanzen können überwunden werden, wenn Einigkeit über das gemeinsame Ziel besteht. Sind jedoch die anzustrebenden Ziele nicht Konsens, scheitert die gegenseitige Verständigung und zielgerichtete Kooperation. Es besteht dann die Gefahr, dass nur noch moralisch mit dem hehnen, aber sehr globalen Ziel der Verbesserung der Situation von häuslicher Gewalt betroffener Frauen argumentiert wird.

2. Anerkennung des ExpertInnenstatus aller Beteiligten

Mit Anerkennung des ExpertInnenstatus ist die Akzeptanz der Person und ihres fachlichen Hintergrundes im Kooperationsbünd-

nis gemeint. Es sollte aber auch Anerkennung finden, dass die Teilnahme der von ihnen vertretenen Institution in den Kooperationsverbund gewünscht und als sinnvoll und notwendig erachtet wird. Die Beteiligten sollten ihre persönlichen und fachlichen Grenzen sehen und formulieren sowie Wert darauf legen, dass ihre Kompetenzen durch die der anderen ergänzt werden.

3. TeilnehmerInnen des Kooperationsgremiums brauchen Entscheidungsbefugnisse

Kooperation ist neben dem fachlichen Austausch stark auf Entscheidungen angewiesen, die die angestrebten Veränderungen konzeptionell formulieren und danach in die Wege leiten können. Dazu sollten diejenigen, die in einem Kooperationsgremium zusammenarbeiten, von ihren Einrichtungen delegiert und nicht nur als privat Interessierte anwesend sein. Sie brauchen ein Votum, das ihnen erlaubt, in einem bestimmten Maße eigenständige Entscheidungen zu treffen, damit sie nur bei grundsätzlichen Fragen in ihrer Einrichtung Rücksprache halten müssen. Sind die TeilnehmerInnen zwar sehr kompetent und engagiert, haben aber keinerlei Befugnis und Unterstützung ihrer Einrichtung, kann dies zwar eine spannende inhaltliche Diskussion hervorbringen, aber immer dann, wenn es um die Veränderung institutioneller Routine geht, sehr schnell an Grenzen stoßen. Somit kann es hilfreich sein, VertreterInnen von Institutionen in Leitungsfunktionen in das Kooperationsgremium einzubeziehen, es ist jedoch nicht Voraussetzung, dass nur Leitungskräfte mitarbeiten. Gerade die spezifische Kompetenz und Erfahrung von PraktikerInnen ist für das Ausarbeiten konkreter Interventionsschritte unverzichtbar. Es sollte aber geklärt werden, welche Befugnisse sie haben.

Zudem brauchen die Beteiligten Mut, die Grenzen des institutionell Möglichen auszuprobieren, dies fördert die Kooperation und

die Qualität der Ergebnisse. Sie sollten also nicht bereits die Schere im Kopf haben.

Die hier genannten Voraussetzungen müssen teilweise erst gemeinsam erarbeitet werden. Sie stellen die Weichen für einen erfolgreichen Kooperationsprozess. Daher sollte genügend Zeit und Sorgfalt darauf verwendet werden, ein tragfähiges Fundament für die gemeinsame Arbeit zu bauen.

4. Gemeinsame Ziele konkretisieren und klar benennen

Die konkrete Formulierung erleichtert einen zielorientierten Diskussions- und Arbeitsprozess. Der Kooperationsprozess funktioniert besser, wenn die gemeinsame Zielsetzung sehr konkret formuliert ist. Je vager die Zielbestimmung ist, desto eher besteht die Gefahr, dass das Kooperationsgremium allgemeine Diskussionen führt und den TeilnehmerInnen nicht mehr deutlich ist, auf was sie eigentlich genau hinarbeiten. Die Zielbestimmung am Anfang des Kooperationsprozesses stellt also die Weichen. Von daher sollte sich genügend Zeit genommen werden, um ein konkretes und realistisches gemeinsames Ziel zu formulieren.

5. Breite interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammensetzung

Eine breite fachliche Streuung der beteiligten Personen und Institutionen ist förderlich für den Diskussionsverlauf und die Ergebnisse des Kooperationsgremiums und deshalb einer homogenen Zusammensetzung vorzuziehen. Hierzu soll eine Erfahrung des Berliner Interventionsprojekts gegen häusliche Gewalt (BIG) zitiert werden. Fachgruppen, die sich überwiegend aus TeilnehmerInnen aus eng miteinander verwandten oder verzahnten Arbeitsbereichen zusammensetzten, liefen eher Gefahr, sozusagen „im eigenen Saft zu schmoren“ als Fachgruppen, in denen die TeilnehmerInnen aus sich gegenseitig eher

fremden institutionellen oder berufsspezifischen Bereichen kamen. Die Diskussion wurde um so fruchtbarer erlebt, desto breiter die Zusammensetzung bzw. je fremder der jeweilige institutionelle Hintergrund in einer Fachgruppe war. Der Kooperationsprozess war dann gleichzeitig ein gegenseitiger Lernprozess, der den eigenen Blick auf die in der Fachgruppe behandelte Thematik erweiterte und schärfte. Teilweise wurde es als eine hohe Anforderung und eine Herausforderung gesehen, wenn z. B. nicht juristisch qualifizierte TeilnehmerInnen sich in die juristische Logik einarbeiteten. Es wurde auch als grundsätzliche Bereicherung angesehen, so viel Einblick in andere Arbeitsfelder zu erhalten, neue Kontakte zu bekommen und somit unmittelbar für den eigenen Arbeitsalltag zu profitieren. Dies wiederum stärkte die Motivation zur weiteren Arbeit in der Fachgruppe und wirkte sich somit auch positiv auf die kontinuierliche Teilnahme aus. Fehlte hingegen dieser gegenseitige Lernprozess und kam auch keine vorwärtsweisende inhaltliche Diskussion zustande, hatten die TeilnehmerInnen das Gefühl, sich im Kreise zu drehen und verloren auch zeitweise die Lust an der weiteren Mitarbeit.

Anders ausgedrückt: Für die Mitarbeit in einem Kooperationsgremium reicht es auf Dauer nicht aus, etwas Gutes zu tun (sich gegen häusliche Gewalt zu engagieren), die MitstreiterInnen müssen dadurch auch etwas Gutes bekommen (neue persönliche und/oder fachliche Erkenntnisse und Anregungen für den eigenen Arbeitsbereich).

6. Persönliche Akzeptanz und guter Umgangston

Kommunikation wird nicht nur davon geprägt, was gesagt wird, sondern auch wie etwas gesagt wird und beim Gegenüber ankommt. Diese spielt auch in Kooperationsprozessen eine große Rolle. Schwierige Diskussionen sind leichter zu führen, wenn die

anderen TeilnehmerInnen als Personen, und nicht nur als InstitutionenvertreterInnen wahrgenommen und akzeptiert werden.

Die gegenseitige persönliche Akzeptanz hängt auch davon ab, ob in dem Kooperationsgremium Schwachstellen und Unzulänglichkeiten in der eigenen Arbeit thematisiert werden. Diese Bereitschaft bei den Kooperationspartner/innen steigert die Glaubwürdigkeit und das Vertrauen. Die Grenze des Machbaren, ein „das geht nicht“, wird dann eher akzeptiert als bei TeilnehmerInnen, die ihre eigene Arbeit oder Institution immer nur verteidigen und keine Kritik zulassen.

Ein guter Umgangston herrscht in der Regel dann, wenn sachlich und frei von unterschwelligem Vorwürfen oder Unterstellungen diskutiert wird. Emotionale Äußerungen stehen dem nicht entgegen, sie sollten sich jedoch nicht gegen einzelne TeilnehmerInnen richten. Und noch eine wichtige Erfahrung: Gemeinsames Lachen trägt wesentlich zu einem guten Umgangston und einem entspannten Arbeitsklima bei.

Fazit:

Die neuen Strategien der Bekämpfung von Gewalt im Geschlechterverhältnis – die Interventionsprojekte/-konzepte – können ein breites gesellschaftliches Bündnis gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis zustande bringen, sie sind aber keine Wunderwaffe gegen diese Gewalt. Von zentraler Bedeutung wird sein, dass die Einrichtungen und Institutionen, die Frauen zu Schwangerschaft, Familie, Partnerschaft und Lebensplanung beraten, in den Kooperationsbündnissen mitwirken und das Thema häusliche Gewalt als eines erkennen, dass für ihre Arbeit von Relevanz ist.

Die Arbeit der miteinander kooperierenden ExpertInnen darf nicht durch überhöhte Erwartungen belastet werden. Kooperations-

bündnisse können aber tatsächlich viel erreichen, wenn die Erkenntnisse über die Voraussetzungen gelingender Kooperation und kooperationsfördernde Faktoren sowie möglicher Konflikte berücksichtigt und Verantwortliche langfristig eingebunden werden. Sie können durch die Schaffung neuer Unterstützungsangebote oder die Erarbeitung neuer Richtlinien konkrete Verbesserungen für von Gewalt betroffene Frauen und ihre Kinder bewirken. Sie können die Bereitschaft zum Umdenken und Lernen von Personen und Institutionen fördern und so die gesellschaftliche Verantwortung für Gewalt im Geschlechterverhältnis stärken und weitere Zielgruppen betroffener Frauen erreichen, die bislang durch die Lücken des Hilfesys-

tems fallen bzw. die nirgendwo als von Gewalt bedrohte oder betroffene erkannt werden. Der Einbezug von Familienplanung, Lebensberatung und Gesundheitswesen in bereits entwickelte Kooperationen wird es ermöglichen, präventiv vielen Frauen und ihren Kindern Information und Unterstützung zukommen zu lassen.

Gewalt im Geschlechterverhältnis zu beenden ist eine der großen Herausforderungen an unsere Gesellschaft auf dem Weg zur Verwirklichung von Frieden, Menschenrechten und Demokratie. Erst wenn Menschenrechte und innere Sicherheit auch für Frauen und Kinder gelten, wird es im Außen gelingen, Frieden zu sichern.

Literatur

(Weitere Informationen, Literaturangaben etc. unter www.wibig.uni-osnabrueck.de)

BIG e.V. Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen, Koordinationsstelle des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt: Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt. Alte Ziele auf neuen Wegen. Ein neuartiges Projekt gegen Männergewalt an Frauen stellt sich vor.

Brückner, Margrit (1998): Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Frankfurt/M., Fachhochschulverlag

Day, Tanis (1995): The Health-Related Costs of Violence Against Women in Canada: The Tip of the Iceberg, London, Ontario, Canada

Hagemann-White, Carol (1997): Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis, in: Hagemann-White, Kavemann, Ohl: Parteilichkeit und Solidarität, Praxiserfahrungen und Streiffragen,

Kleine Verlag, Bielefeld, 2001, unveröffentlichtes Vortragsmanuskript

2001, Hanmer, Jalna (1989) Women and policing in Britain in: Hanmer, J., Radford, G., and Stanko, E. (Hg.) Women Policing and Male Violence. Routledge, London

Kavemann, B. / Schirmmayer, G. / Leopold, B. / Hagemann-White, C. (2001): Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt, BMFSFJ (Hg.) Schriftenreihe Band 193, Kohlhammer, Stuttgart

Kavemann, Barbara (1997): Gesellschaftliche Folgekosten sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen in: Kavemann, Barbara und der Bundesverein zur Prävention von sexuellem Missbrauch an Mädchen und Jungen (Hg.), Prävention - Eine Investition in die Zukunft, Rummel

Kavemann, Barbara (2001): Kinder als Zeugen und Opfer häuslicher Gewalt in: Das Frauenhaus macht neue Pläne. Zu bestellen über die Bundesverbände von AWO, Diakonisches Werk, SKF und Frauenhauskoordinierungsstelle.