

Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Seite 5

Aktuelles

Was unser Netzwerk
2021 vorhat



Seite 10

Regionales

Digitaler Auftakt der
Koordinierungsstelle



ab Seite 11

Schwerpunkt

Gesundheitliche
Versorgung von Frauen
in Zeiten der Pandemie



Hinweis

Liebe Leser*innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug des Rundbriefes speichern und verarbeiten.

Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter ute.sonntag@gesundheit-nds.de widersprechen.

Rundbrief 46 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
Dezember 2020

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel.: 0511 / 388 11 89 - 109
E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion:

Stefanie Rennspieß, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Silke von der Kammer, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Anne Kantel, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.
Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.
Edith Ahmann, Dr. Angelika Voß, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.
Melissa Depping, MOSAIK Gesundheit
Jessica Lach, Landeskoordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt
Dr. Ute Sonntag, Johanna Diedrich, Helle Bethke, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Beiträge:

Helle Bethke, Veronika Bujny, Melissa Depping, Johanna Diedrich, Cora Funk, Corinna Heider-Treybig, Luise Klein-Hennig, Jessica Lach, Katharina Pätzold, Stefanie Rennspieß, Dr. Ute Sonntag, Johanna Tauber, Dr. Angelika Voß

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Dieser Rundbrief ist unter www.gesundheit-nds.de und www.ms.niedersachsen.de als PDF eingestellt.
<http://tinyurl.com/l9pvn7g>

Liebe Mitglieds*frauen des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen,

dieser Rundbrief hat einen sehr naheliegenden Schwerpunkt: Gesundheitliche Versorgung von Frauen in Zeiten der Pandemie. Die breit gefächerten Beiträge zeigen, dass Frauen in vielen Facetten besonders von der Pandemie betroffen sind. Sie zeigen auch, dass diese Facetten besonders aufgezeigt werden müssen, damit sie gesehen werden: Sei es durch Gewalt, die nunmehr noch stärker im Verborgenen stattfindet als bisher, sei es durch die Bedürfnisse Gebärender, die durch Infektionsschutzmaßnahmen mehr als ohnehin schon nicht immer so berücksichtigt werden, wie es sein sollte.

Wie schon oft, haben wir auch diesmal manche Begriffe hinterfragt. Dies auch dann, als es darum ging zu beschreiben, in welchem gesellschaftlichen Zustand wir im Frühjahr lebten und gegenwärtig wieder (fast) angekommen sind: Ist es ein „Shutdown“? Das ist ein englisches Wort, das eigentlich die Schließung eines einzigen Geschäftes oder einer Institution beschreibt. Oder ist es ein „Lockdown“ – häufig verwendet, aber eigentlich zu weitgehend, da als Synonym für Ausgangssperren gemeint, die es in Deutschland nicht gab und gibt? Sprachlich korrekt wäre wahrscheinlich der Begriff „(umfassende) Kontaktbeschränkungen“, wenn es überhaupt ein Wort für diesen Zustand gibt. Und doch taucht dieser Begriff des „Lockdowns“ in einigen Artikeln bewusst auf, weil er einen emotionalen Zustand mancher Betroffener sehr treffend beschreibt, die sich in ihren Problemstellungen eingesperrt und hilflos gefühlt haben und immer noch fühlen. Dies hat vor allem mit den Herausforderungen zu tun, denen sich diese Personen stellen mussten und die nicht immer gesehen werden. Darum geben wir ihnen in diesem Rundbrief einen Ort, an dem sie wahrgenommen werden.

Und für manche hatte das Wort „Lockdown“ auch eine sehr reale Bedeutung: Denn in Gewaltbeziehungen wurden nicht wenige Frauen tatsächlich im Wortsinne eingesperrt und hatten durch die Kontaktbeschränkungen keine Möglichkeit, auf sich aufmerksam zu machen.

Jenseits dieses komplexen und oftmals dramatischen Geschehens möchten wir aber auch auf einen durch und durch erfreulichen Anlass hinweisen: Das Netzwerk feiert in diesem Jahr den 25. Jahrestag seiner Gründung. Danke an alle, die uns langjährig die Treue gehalten haben, aber auch an diejenigen, die in dieser langen Zeit immer wieder neu hinzugekommen sind und sich mit uns für Frauengesundheit in Niedersachsen einsetzen.

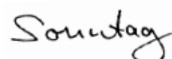
Es grüßen euch die Trägerorganisationen des Netzwerkes



Stefanie Rennspieß
Nds. Ministerium für
Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Hildegard Müller
pro familia
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für
Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



Birgit Vahldiek
SoVD-
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Edith Ahmann
Frauen- und Mädchen
GesundheitsZentrum
Region Hannover e. V.



Melissa Depping
MOSAIK Gesundheit

Aktuelles	5
Was unser Netzwerk 2021 vorhat	5
Eingabe an CEDAW: Verletzung von Frauenrechte durch Tabakprodukte	5
Materielle Bonifizierung des Rauchstopps in der Schwangerschaft – MARS	7
#aufaktddigital – Schutz vor schwerer Gewalt bis hin zu Femiziden sollte kein Zufall sein!	9
Regionales	10
Neue Frauenberatungsstelle in Springe	10
Schwerpunkt: Gesundheitliche Versorgung von Frauen in Zeiten der Pandemie	11
Der „Gender Data Gap“ und die Gesundheit von Frauen in Zeiten von Corona	11
Weltweite Armut und Corona	19
Wohnungslose Frauen und Corona: Herausforderungen und Auswirkungen der Pandemie	22
Gebären in Corona-Zeiten	25
Schwangerschaftskonfliktberatung in Zeiten von Corona	29
Schwangerschaftskonfliktberatung unter Pandemieeinschränkungen – Möglichkeiten und Grenzen	32
Sexualisierte und häusliche Gewalt während der Corona-Pandemie	34
Diskriminierungsverstärker Corona	36
Frauen* in Zeiten von Corona – und was das mit Gesundheit zu tun hat	39
Mediathek	42
Termine	47

Was unser Netzwerk 2021 vorhat

Ute Sonntag

2020 hat das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit sein 25-jähriges Bestehen – nicht – gefeiert. Corona geschuldet haben wir alle Aktivitäten außer dem Rundbrief verschoben. 2021 wird im Zeichen des Themas § 218 stehen. Warum? Am 15. Mai 1871, also vor 150 Jahren, waren die Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch in das erste Reichsstrafgesetzbuch aufgenommen worden. Aus diesem Grunde werden rund um den 15. Mai 2021 in ganz Deutschland Veranstaltungen zum Thema stattfinden, um den § 218 auf die politische Agenda zu setzen. Unser Netzwerk plant in Hannover für Samstag, den 15. Mai oder Sonntag, den 16. Mai, einen Film zu zeigen und eine politische Diskussion zu organisieren. Näheres wird über den E-Mail-Verteiler des Netzwerkes angekündigt.

Auch ein neuer Rundbrief ist geplant. Schwerpunktthema wird „Verhütung“ sein. Artikelvorschläge dazu über zu den Rubriken Aktuelles und Regionales würden uns sehr freuen (Redaktionsschluss: 15. Februar 2021).



Anschrift der Verfasserin s. Impressum

Eingabe an CEDAW: Verletzung von Frauenrechten durch Tabakprodukte

Johanna Diedrich

Zwar hat die Rauchprävalenz in der jüngsten Vergangenheit abgenommen, aber dennoch raucht in Deutschland mindestens jede fünfte Frau über 15 Jahren. Rauchen und Passivrauchen beeinträchtigen die Gesundheit von Frauen und erhöhen ihr Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko. 50.000 Frauen sterben hierzulande jährlich an den Folgen des Tabakkonsums. Wegen der Schädlichkeit und des Abhängigkeitspotenzials, das mit dem Tabakkonsum einhergeht, sind weitere Regularien dringend notwendig. Tabakkonsum ist ein Menschenrechtsproblem, da er das Erreichen eines höchstmöglichen Gesundheitszustandes und somit das Recht auf Gesundheit maßgeblich verhindert.

Verletzung von Frauenrechten

Mit der Unterzeichnung des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW) verpflichten sich die Vertragsstaaten, die Konvention auf allen Ebenen des Staates umzusetzen. Alle vier Jahre erfolgt eine Berichterstattung über die von der Regierung verfolgte Gleichstellungspolitik. Dieses Jahr muss Deutschland beim CEDAW-Komitee berichten. Im Zuge dessen hat Unfairtobacco gemeinsam mit neun weiteren Organisationen eine Eingabe verfasst, um auf die Verletzung von Frauenrechten durch Tabakprodukte hinzuweisen.

Tabakindustrie und Kontrollpolitik

Trotz immenser Gesundheitsschäden bleibt Deutschland in Sachen Tabakkontrolle und Eindämmung des Tabakkonsums weit zurück. Zentrale Maßnahmen wie die Erhöhung der Tabakpreise über die Steuer, die Verfügbarkeit von Tabakprodukten oder das Verbot von Tabakwerbung, Promotion und Sponsoring werden unzureichend umgesetzt. Deutschland ist das einzige Land in der Europäischen Union, in dem Zigarettenhersteller noch immer ihre tödlichen Produkte auf Plakaten und im Kino anpreisen dürfen. Während der Bund jährlich durch die Tabaksteuer mehrere Milliarden Euro einnimmt, gibt er nur einen Bruchteil des Geldes für die Tabakprävention aus – pro Bürger*in etwa vier Cent. Nach wie vor ist der Einfluss der Tabakindustrie in Deutschland außergewöhnlich groß: politische Parteien erhalten Spenden und lassen sich ihre Parteiveranstaltungen durch die Tabakkonzerne sponsern.

Anbau und Tabaklieferkette

Auch beim Tabakanbau kommt es zu direkten und indirekten Frauenrechtsverletzungen. Durch Pestizide und Nikotin aus den Tabakblättern sind die Arbeiterinnen dem Risiko einer Vergiftung ausgesetzt (Grüne-Tabak-Krankheit), besonders belastet sind schwangere Frauen. Ein ausreichender Schutz ist bisher nicht gewährleistet.

Die Lieferkette und die Verantwortlichkeiten deutscher Tabakunternehmen und Tochtergesellschaften transnationaler Tabakkonzerne sind schwer nachvollziehbar, da es keine öffentlich zugänglichen Importverzeichnisse und Unternehmensorganigramme gibt. In Anbetracht dessen, dass Deutschland zu den weltweit führenden Zigarettenexporteuren zählt und jährlich rund 115.000 Tonnen Rohtabak importiert, müsste Deutschland sich für die Einhaltung von Menschenrechtsstandards in der Tabak-Lieferkette einsetzen. Bisweilen gibt es jedoch keine gesetzlichen Regelungen, die Transparenz und menschenrechtliche Sorgfaltspflichten für in Deutschland ansässige Unternehmen sicherstellen und das Recht auf Gesundheit und Frauenrechte in der Lieferkette schützen. Ein solches Lieferkettengesetz wird dringend benötigt – so lautet die Forderung der einreichenden Organisationen.

Eingabe an das CEDAW-Komitee online verfügbar unter: www.unfairtobacco.org/wp-content/uploads/2020/02/CEDAW_submission_Germany_2020_Unfairtobacco.pdf

Anschrift der Verfasserin s. Impressum

Materielle Bonifizierung des Rauchstopps in der Schwangerschaft – MARS

Sabina Ulbricht

Tabakrauchen gilt in jeder Dosierung als Krankheitsrisiko und ist dennoch bei Frauen im gebärfähigen Alter und insbesondere bei jenen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status weit verbreitet. Im MARS-Projekt wird, erstmals in Deutschland, ein psychosoziales Beratungsangebot kombiniert mit der wöchentlichen Auszahlung eines Geldbetrages in Höhe von 25 Euro, wenn die Schwangere nachweist, dass sie rauchfrei ist. Hintergrund dieses Ansatzes ist, dass sich Effekte psychosozialer Beratung zumeist erst in der Spätphase der Schwangerschaft zeigen. Wünschenswert wäre es hingegen, gesundheitsbezogene Effekte des Nichtrauchens für die Schwangere und das Ungeborene bereits früher zu erreichen. Aktuelle Studien zur Förderung des Rauchstopps, die Bargeldzahlungen, Wertgutscheine oder Sparguthaben mit psychosozialer Beratung kombinieren, sind wirksam, wurden jedoch nahezu ausnahmslos in den USA und Großbritannien durchgeführt.

Ziele des Projektes

Anhand der Ergebnisse des Projektes kann beantwortet werden, (i) in welchem Umfang es gelingt, Schwangere für ein Interventionsprogramm mit regelmäßigem Monitoring des Rauchstatus` und Bonifizierung bei wöchentlich nachgewiesener Rauchfreiheit zu erreichen, und (ii) wie sich der Rauchstatus initial rauchender Schwangerer bis zur Geburt des Kindes entwickelt.

Vorgehen

Die Schwangerenberatungsstelle der Caritas in Schwerin ist Kooperationspartner des Projektes. Dort erfolgen die Ansprache potenzieller Teilnehmerinnen am Programm, die Beratung zum Rauchstopp, das Monitoring des Rauchstatus` sowie bei nachgewiesener Rauchfreiheit die Bonuszahlung. Die Schulung der Beraterin zu den Inhalten der psychosozialen Intervention und dem Monitoring des Rauchstatus` erfolgte durch die kooperierende Wissenschaftlerin Frau Dr. Karin Vitzthum (Klinikum Berlin-Neukölln).

Es werden 15 Schwangere in das Projekt aufgenommen. Die Frauen sind zum Zeitpunkt der Aufnahme zwischen der 15. und 23. Schwangerschaftswoche und rauchen mindestens eine Zigarette pro Tag. Das Einverständnis zur Studienteilnahme erfolgt schriftlich. Die Frauen werden an zwei Werktagen der Woche und bis zur Geburt des Kindes für die Kurzberatungen und die Messung des Kohlenstoffmonoxidgehaltes der Ausatemluft (Monitor piCObaby™ Smokerlyzer®; Bedfont Scientific, UK) in der Schwangerenberatungsstelle vorgestellt. Der Messwert zeigt an, wie viele Teile des Blutes (ppm = parts per million) mit dem giftigen Gas Kohlenstoffmonoxid „besetzt“ sind und nicht für den Transport von Sauerstoff zur Verfügung stehen. Dieser Wert wird für die Schwangere und auch für das Ungeborene angezeigt. Ein Messwert ≥ 4 ppm an einem von zwei aufeinanderfolgenden Monitorings führt dazu, dass kein Bonus ausbezahlt wird. Dies führt jedoch nicht zum Ausschluss aus der Studie. Die Schwangere hat an den zwei darauffolgenden Terminen für das Monitoring die erneute Chance auf den Bonus.

Erste Ergebnisse

Das Projekt ist am 10.8.2020 gestartet. Bislang wurden drei Schwangere aufgenommen. Eine Schwangere hat bis zur Geburt des Kindes alle Termine für die Beratung und das Monitoring des Rauchstatus` wahrgenommen. Nach Auskunft der Beraterin fiel es ihr nicht leicht, auf das Rauchen zu verzichten. Sie hat die wöchentliche Bonuszahlung, mit Ausnahme einer Woche, immer erhalten. Den erhöhten Messwert der einen Woche, der zum Ausschluss aus der Bonuszahlung in dieser Woche führte, nahm sie zum Anlass, mit ihrem Partner über sein Rauchverhalten auf dem Balkon mit offener Tür zu sprechen. Im Ergebnis erhielt sie in allen darauffolgenden Wochen den Bonus infolge ihrer Messwerte ≤ 4 . Teilnehmerin zwei hatte bis zum Tag der Anmeldung stark geraucht. Sie hatte sich jedoch unmittelbar nach Information über die Bedingungen des Projekts entschieden teilzunehmen und in den ersten Wochen die Bonuszahlungen auch erhalten. Dann folgte ein Rückfall. Sie vereinbart jedoch weiterhin wöchentlich Termine für sich, um im Projekt zu bleiben. Die dritte Teilnehmerin, ebenfalls Raucherin, steht noch ganz am Anfang. Die Beraterin reflektiert, dass die Termine von den Schwangeren auch genutzt werden, um ihre Fragen auch zu anderen Themen wie gesundheitliches Befinden, Ernährung, körperliche Aktivität zu stellen und Hilfestellung für die Tagesstrukturierung einzuholen. Ziel ist es, weitere 12 Schwangere zu gewinnen. Aussagekräftige Ergebnisse werden im Herbst 2021 erwartet.

Ausblick

Das wöchentliche Monitoring des Rauchstatus` über den Zeitraum von zwei Trimestern bedeutet für die Schwangere, sich verbindlich gegenüber einer Vielzahl von Terminen zu verhalten. Ob diese Anforderung, wie bislang an einem Einzelfall dieser Studie gezeigt, als positiv und unterstützend erlebt wird, hängt von Faktoren ab, von denen wir vermutlich bislang nur einen Teil kennen. Diese näher zu bestimmen, ist Bestandteil mehrerer Datenerhebungen

im Verlauf der Studie. Darüber hinaus enthält die Dokumentation der Beraterin vermutlich Hinweise darauf, weshalb es einigen Schwangeren potenziell besser gelingt als anderen, regelmäßig am Monitoring teilzunehmen. Dokumentiert werden unter anderem alle Themen und Fragen über das Rauchen hinaus, die von den Schwangeren in die wöchentlichen Beratungen eingebracht werden. In dieser Studie gewinnen wir demnach in erster Linie einen Eindruck darüber, ob rauchende Schwangere – vermutlich in der Mehrheit Frauen mit einem niedrigeren Sozialstatus – für sich einen Gewinn daraus ziehen, längerfristig an einem gesundheits- und psychosozial förderlichen Angebot teilzunehmen.

 Prof. Dr. Sabina Ulbricht, Universitätsmedizin Greifswald, Walther-Rathenau-Str. 48,
17475 Greifswald, Tel.: (0 38 34) 8 67 32, E-Mail: sabina.ulbricht@med.uni-greifswald.de

#auftaktdigital – Schutz vor schwerer Gewalt bis hin zu Femiziden sollte kein Zufall sein!


Jessica Lach

Die Koordinierungsstelle der niedersächsischen Frauen- und Mädchenberatungsstellen hat zum Internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen* am 25.11.2020 verschiedene Aktionen im Rahmen des #auftaktdigital veröffentlicht, um auf die Arbeit der Koordinierungsstelle und die Situation für von Gewalt betroffene Frauen* und Mädchen* in Niedersachsen aufmerksam zu machen.

Eines der zentralen Anliegen der Koordinierungsstelle ist es, die Arbeit der Fachberatungsstellen sichtbarer zu machen. Dafür wurde die Umsetzung von verschiedenen Aktionen geplant, die zunächst digital stattfanden. Aufgrund der herrschenden Covid-19 Beschränkungen wird die ursprünglich geplante Auftaktveranstaltung auf das kommende Jahr verschoben.

Die Materialien sind selbstverständlich auch nach dem 25. November noch aktuell und dürfen fleißig heruntergeladen, verwendet und weitergeleitet werden.

Verantwortung zeigen für die Betroffenen von (sexualisierter) Gewalt – Istanbul-Konvention konsequent umsetzen! Alle Informationen zum #auftaktdigital sind unter: www.lks-niedersachsen.de/aufaktdigital zu finden.

 Jessica Lach, Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt, E-Mail: lach@lks-niedersachsen.de

Neue Frauenberatungsstelle in Springe

Seit August 2020 hat unsere Frauenberatung Springe in **der Bahnhofstraße 1a in 31832 Springe** geöffnet. Unter der Trägerschaft der Donna Clara Beratungsstelle für Frauen und Mädchen in Gewaltsituationen beraten und begleiten wir Frauen, die sich in Krisensituationen befinden.

Wir bieten unsere Unterstützung in Trennungssituationen, bei sexualisierter Gewalt, bei Partnerschaftsgewalt und bei häuslicher Gewalt sowie bei generellen Problemsituationen an. Wir arbeiten vertraulich und unser kostenfreies Angebot richtet sich an alle Frauen, losgelöst von kulturellen, ethnischen, parteipolitischen oder religiösen Hintergründen. Unsere Arbeit orientiert sich an den individuellen Kompetenzen der zu beratenden Frauen und ist ressourcenorientiert ausgerichtet. Darüber hinaus arbeiten wir auch mit Dolmetscher*innen zusammen, um einer fehlenden Hilfeleistung aufgrund von sprachlichen Barrieren vorzubeugen.

Garantiert erreichbar sind wir zu unseren Sprechzeiten am Montag zwischen 13:00 - 16:00Uhr und am Mittwoch in der Zeit von 10:00 - 12:00Uhr. Zu dieser Zeit können sich Hilfesuchende bei uns unter der 05041 / 80 11 360 entweder telefonisch beraten lassen oder einen persönlichen Termin vereinbaren. Auch darüber hinaus versuchen wir, erreichbar zu sein, und hören regelmäßig den Anrufbeantworter ab.

Per Mail sind wir montags bis freitags über die Adresse info@frauenberatung-springe.de erreichbar. Mehr Informationen zu uns gibt es auf der Homepage: www.frauenzentrum-laaten.de/springe.



Der „Gender Data Gap“ und die Gesundheit von Frauen in Zeiten von Corona

Angelika Voss

Gesundheit im umfassenden Sinne bedeutet nicht allein die Abwesenheit von Krankheit, sondern ist das Zusammentreffen von sozialen, psychischen und körperlichen Faktoren. Diese bestimmen gemeinsam, wie gut wir uns fühlen, ob wir uns eher gesund oder krank fühlen, unser Leben eher ungehindert oder beeinträchtigt erleben. Seit spätestens März 2020 erleben wir einen sehr starken negativen Einfluss auf unser Gesundheitsempfinden, abhängig von zahlreichen Faktoren im Zusammenhang mit einer neuen Virus-Infektion als globale Herausforderung.

Die Hinweise auf eine erhöhte Sterblichkeit bei Menschen über 60 Jahren, insbesondere aber über 80 Jahren, führte schließlich zu einem weitgehenden Einschluss von Senior*innen in Alten- und Pflegeheimen, den freiwilligen Rückzug in die eigenen vier Wände ohne direkten Kontakt zu Kindern, Enkel*innen und Freund*innen über den Lockdown hinaus. Soziale Isolation und Deprivation waren die Folge. Immerhin ist ein Prozent der Menschen in Deutschland pflegebedürftig, und von allen Pflegebedürftigen sind es knapp 63 % Frauen, in vollstationären Senioren-/Pflegeheimen beträgt der Anteil der Frauen sogar 70,4 %. (Statistisches Bundesamt Stand April 2019). Das hat sich bisher nicht geändert, denn auch nach Berichten des Robert Koch-Instituts direkt vor Fertigstellung dieses Beitrags waren die Zahlen zu Hospitalisierung und Sterblichkeit bei Menschen von 60 Jahren und älter sowie denjenigen, die in Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, wieder überdurchschnittlich hoch. (RKI Täglicher Lagebericht Covid-19, 26.11.2020).

„Obwohl nur ein Prozent der Bevölkerung in Pflegeheimen lebt, wurde dort laut einer Studie der Universität Bremen die Hälfte aller Covid-19-Toten gezählt.“ (Interview mit Gabriele Meyer, Professorin* für Pflegewissenschaften, in: Bioskop Nr. 19, Sept. 2020, S. 5f).

Frauen als soziale, Männer als gesundheitliche Verlierer der Pandemie?

Schon früh stellte sich in einer Meta-Analyse heraus, dass Frauen zwar gleichviel oder sogar häufiger erkrankten als Männer, der Schweregrad der Erkrankung und ihre Sterblichkeitsrate aber unter der der Männer lagen. Besonders deutlich treten diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den westeuropäischen Ländern zutage (Fautino R. Pérez-López et al. 2020).

Catherine Gebhard, Professorin für Kardiovaskuläre Gender Medizin am Universitäts-spital Zürich, führt im Interview in der Apothekenumschau aus: „Wir sehen sehr, sehr viele Männer auf der Intensivstation. Zwischen 70 und 80 Prozent der Patienten, die eine Intensivbehandlung brauchen, sind männlich“. (Tenzer 2020)

Dieses Muster zeichnet sich gerade erneut bei den schweren Verläufen ab. Die Zusammenfassung von Daten des Robert Koch-Instituts zu Pflegeheimen, Unterkünften für Geflüchtete und Obdachlose sowie Strafgefangene in Justizvollzugsanstalten zeigt, dass in diesen Einrichtungen die Ansteckungsrate noch über der von Kitas, Schulen und ähnlichen Einrichtungen liegt. Insbesondere die über 60-jährigen Patient*innen sind mit 70 % sehr stark vertreten, gefolgt von dieser Altersgruppe in ärztlichen Praxen, Krankenhäusern, Dialysezentren und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens. Aber auch in diesem Kontext fehlen wiederum die Daten über die Verteilung nach Geschlecht.

Gleichzeitig zeigt sich, dass die erforderliche Aufnahme in ein Krankenhaus mit intensivmedizinischer Therapie sowie die Sterbefälle für diese besonders vulnerable Gruppe am höchsten ist: von 6.660 in ein Krankenhaus aufgenommene Patient*innen verstarben 5.167 Patient*innen (RKI 29.11.20209). Damit bestätigen sich auch die Angaben aus dem Frühjahr 2020 (vgl. von Braun et al. 2020). Auch hier fehlen wieder alle Angaben zum Geschlechterverhältnis. Es ist aber davon auszugehen, dass ein Großteil der Verstorbenen aus den Pflegeeinrichtungen stammte. Da bei den über 80-jährigen der Frauenanteil bei den Infektionsraten durchgehend erheblich höher ist als bei den Männern (vgl. RKI-Dashboard Covid-19: URL <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>) müsste auch mit einer höheren Sterblichkeit bei Frauen* gerechnet werden, was jedoch nicht der Fall ist. Allerdings ist ein Zusammenhang von Alter, Geschlecht und gesundheitlichem Zustand bei Einweisung in eine Klinik nicht aus den öffentlichen Datensätzen zu ermitteln.

Einige Wissenschaftler*innen gehen davon aus, dass ein biologischer Effekt über die Sexualhormone, der bei Frauen zu einem häufigeren Auftreten von Autoimmunerkrankungen führt (vgl. Voskuhl 2011), einen gewissen Schutz vor einem schweren Verlauf der Ansteckung mit Covid-19-Viren bietet. Auch andere geschlechtsspezifische Schutzmechanismen, die aus der hormonellen und chromosomalen Spezifik resultieren, werden diskutiert (vgl. Gebhard et al. 2020). Eine andere Untersuchung zeigt, dass die Gabe von Medikamenten gegen Autoimmunerkrankungen, sogenannte Zytokin-Hemmer, ebenfalls diesen Schutzeffekt hat. Auch hier befinden sich Frauen offenbar in einer vorteilhafteren Situation, weil sie aufgrund eines vom männlichen Organismus unterschiedenen Immunsystems profitieren (Simon et al. 2020).

Diese Unterschiede werden in der Öffentlichkeit bislang so gut wie nicht kommuniziert, obwohl gerade sie einen Hinweis auf mögliche Schutzmaßnahmen darstellen könnten, von denen Männer* durch die offenbar geringere Vulnerabilität der Frauen zumindest bezüglich eines schweren Verlaufs einer Covid-19 Erkrankung ebenfalls profitieren könnten.

Vor allem die Überschneidung von biologischem und psychosozialem Geschlecht könnte tiefere Einblicke geben, aber durch das nach wie vor dichotome Denken von Zweigeschlechtlichkeit werden mögliche Lösungsansätze jenseits männlich/weiblich erst gar nicht gedacht. So bleiben diejenigen Gruppen, die in dieses Schema nicht eins-zu-eins eingefügt werden können – Inter- und Trans*menschen – völlig unbeachtet. Doch wie genau verhält es sich bei ihnen mit Schwere der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Sterblichkeit? Sind die biologischen Faktoren dominierend, das heißt, bestimmen letztlich im Wesentlichen die Hormone wie Gestagen/Östrogen, Progesteron und Testosteron den Verlauf einer Infektion oder können Geschlechtsunterschiede hier gar nicht ermittelt werden? Sind individuelle Verhaltensweisen oder auch die unterschiedliche Lebenserwartung mit unterschiedlichen Auswirkungen bezüglich Multimorbidität und Multimedikation ein dominierender Faktor?

Missing Link: Geschlechterstereotype und Erkrankungsverlauf

So könnte die größere Risikobereitschaft als eher männliches Verhalten dazu beitragen, dass Männer* die Hygienemaßnahmen weniger ernst nehmen, weil diese als uncool und wenig männlich empfunden werden. Auch das geringere Risikoverhalten von Frauen bezüglich Alkohol -und Tabakkonsum sowie illegalen Drogen (vgl. Jahrbuch Sucht 2020) wirkt sich bei ihnen offenbar eher positiv auf den Verlauf einer Erkrankung aus (Gebhard et al. 2020).

Geschlechtssensible Versorgung?

Neben dem eigenen Verhalten der Patient*innen könnte aber auch das Versorgungsmanagement im Umgang mit der Erkrankung, wie bei anderen schweren Erkrankungen auch, zu einem Gender-Gap führen: Aus der geschlechtssensiblen Medizin ist bekannt, dass Frauen oft später eine fachärztliche Behandlung und klinische Einweisung erhalten als Männer. Über die geschlechtsspezifischen Zugangswege in der Corona-Pandemie ist aber wenig bekannt, weil Angaben zum Geschlecht in den Tabellen nicht mehr aufzufinden sind (vgl. Schilling et al. 2020). Sicher ist nur, dass die meisten von schweren Verläufen Betroffenen entweder bereits andere Vorerkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Lungen- und Nierenschäden aufweisen und / oder im fortgeschrittenen Alter und zu einem Großteil in Pflegeheimen untergebracht sind, wie die Statistiken des Robert Koch-Instituts immer wieder belegen (vgl. ebd.).

Das Problem der Übermedikalisierung insbesondere von Frauen* mit Schlaf-, Beruhigungsmitteln und Antidepressiva ist seit langem durch eindeutige Datenlagen bekannt (vgl. Gläske 2018, 2019a, 2019b, 2020), sowie geschlechtsspezifische Wirkweisen, unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten und speziell die Gefahren von Multimedikation im Alter, die ebenfalls wieder mehr Frauen* trifft als Männer* (Thürmann 2008; 2013/2014).

Ob und wie sich die Medikalisierung von Frauen* im Alter durch verstärkte Unruhe, Ängste, Depressionen durch die Corona-Pandemie selbst und die damit verhängten Maßnahmen in diesem Zuge verändert hat, ist bislang völlig ungeklärt. Zumal in den meisten Einrichtungen wie auch der häuslichen Pflege die Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ausgesetzt wurden. Noch weniger ist bekannt, ob und welche Wechselwirkungen von Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmitteln in Kombination mit den gegen das Virus eingesetzten Medikamenten bestehen und mögliche unerwünschte Nebenwirkungen verstärken.

Ein ebenso wenig beachteter Aspekt ist der generelle Umgang mit Medikamenten, die für Frauen problematisch sein können. Zu diesen gehören eben auch diejenigen Arzneimittel, die in der Behandlung von Covid-19 eingesetzt werden. Insbesondere jene Arzneistoffe, die bei Frauen vermehrt zu Herzrhythmusstörungen und so zu einem lebensbedrohlichen Zustand führen können, sind gleichzeitig als Standardmedikamente gegen Covid-19 im Gebrauch. Dazu gehören unter anderem Anti-Malariamittel (vgl. Gebhard et al. 2020, vgl. auch Funck-Brentano/Salem 2020). Aufgrund der Tatsache, dass weniger Frauen hospitalisiert und intensivmedizinisch behandelt werden mussten und dass es unter ihnen unterhalb der Marke von 80 Jahren weniger Todesfälle als bei den männlichen Patienten* gab, scheint die Überlegung einer möglichen größeren Gefährdung der positiv getesteten Frauen* durch medizinische Maßnahmen eher ganz aus dem Blick geraten zu sein.

Der Schutz ist nicht geschlechtergerecht

Mit der Überschrift „Die Datenlücke tötet Frauen“ erschien am 27.05.2020 ein Interview mit der Journalistin Caroline Criado-Perez in der taz, in dem es um grundsätzliche Datenlücken und Dateninterpretationen ohne Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden geht. Von zu kalten Büros für Frauen* über an Männer*körpern normierte Sicherheitssysteme bei Crash-Dummies oder auch zu große klinische Schutzmasken lassen sich zahlreiche solcher Beispiele aufzeigen. Dieses Problem beklagt etwa eine Professorin für Pflegewissenschaften in dem renommierten British Medical Journal im April 2020 mit Blick auf an Männerköpfe angepasste Schutzmasken im Umgang mit Covid-19 infizierten Patient*innen.

Wie wesentlich die Berücksichtigung geschlechtssensibler Daten im Umgang mit dem Virus und den damit verbundenen Maßnahmen einschließlich der Bereitstellung entsprechender Schutzkleidung, für die im Gesundheitswesen Arbeitenden ist, belegt die folgende Klage:

„Es ist besorgniserregend, dass viele der Gesundheits- und Pflegefachkräfte nicht nur gegen das Virus ankämpfen, sondern dass sie gleichzeitig gegen eine humanitäre Katastrophe kämpfen, mit begrenzten Schutzausrüstungen und unter ständigem Einsatz ihres Lebens an der vordersten Front“ (Smith et al. 2020: 29; 1425, Übers. d. Verf.).

Gender-Daten-Schwund, Corona und psychische Auswirkungen in der Allgemeinbevölkerung

Grundsätzlich lässt sich ein Gender-Daten-Schwund in nahezu allen Bereichen der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Darstellung und Diskussion im Zusammenhang mit dem Corona-Virus feststellen. Gänzlich ohne geschlechtssensible Darstellungen werden die Ergebnisse einer jüngsten Erhebung zu psychischen Folgen der Corona-Pandemie und deren Handhabung von der Deutschen Depressionshilfe in deren Newsletter präsentiert.

Die Zahlen belegen, dass Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, seit dem ersten Lockdown weitaus häufiger über eine fehlende Tagesstruktur klagen als Menschen ohne diese Erkrankung (75 %: 39 %) sowie über einen Mangel an Bewegung (80 %: 62 %). Nahezu die Hälfte der Befragten klagte über abgesagte Termine bei Therapeut*innen und eine schlechte Versorgung (48 %). In welchem Geschlechterverhältnis sich diese Zahlen bewegen, ist dabei nicht ersichtlich. Für eine gute geschlechtssensible Begleitung scheint es aber sinnvoll, dass die Inanspruchnahme digitaler Angebote – von telefonischen Hilfen bis hin zu Videoschalten in eine therapeutische Praxis - alters- und geschlechtssensibel dargestellt würden. Durch die fehlenden Angaben ist bislang nicht ersichtlich, welche Form der Angebote Frauen* gegenüber Männern* in welcher Altersgruppe nutzen, und auch nicht, welche Angebote von weiblichen und welche von männlichen Therapeuten* bereitgestellt werden.

Hinzu kommt, dass eher die „weiblichen“ Anzeichen von Depressionen in den Fragebögen erhoben werden (Niedergeschlagenheit, Weinen...), nicht jedoch die öfter bei männlichen Erkrankten vorzufindenden Symptome wie Wutanfälle und Aggressionen. Diese Problematik ist bereits seit mehr als zehn Jahren bekannt (vgl. Möller-Leimkühler 2009, Hiesinger/Taphoven/March 2018).

Unübersichtliche Datenlage bei Angehörigen im Gesundheitswesen

Auch die Erfassung von Auswirkungen der Pandemie und Maßnahmen für Angehörige im Gesundheitswesen unterliegt einem Gender-Schwund. In einem im September 2020 veröffentlichten Artikel zur Prävalenz von Depression, Angst, negativem Stress und Schlaflosigkeit in Bezug zu Angehörigen dieser Gruppe wurden insgesamt 939 im Gesundheitsbereich Tätige hinsichtlich dieser Symptome näher untersucht. Von den Teilnehmer*innen waren rund zwei Drittel Frauen* und etwa ein Drittel Männer*. In der Präsentation der Ergebnisse wird zwar betont, dass bei allen abgefragten Beschwerden Frauen signifikant öfter betroffen waren als Männer, ein Bezug zu anderen Parametern wie Ort der Tätigkeit, berufliche Stellung, Dauer der Tätigkeit im Beruf, Alter und psychische Vorerkrankungen sind jedoch auch aus diesen Daten nicht ablesbar. Der Hinweis, dass auch in anderen Studien bereits ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung der obengenannten Beschwerden für Frauen*, Pflegekräfte sowie im Gesundheitsdienst Tätige mit einer Vorgeschichte psychischer Erkrankungen besteht, dürfte angesichts der geschlechtsabhängigen Ungleichgewichte in der pflegerischen Tätigkeit nicht verwundern: denn weltweit sind es zu über 90 % Frauen, die in der ambulanten und stationären, in der Kinder- und Altenpflege beschäftigt sind. Die höhere Anfälligkeit trifft zwar auf Frauen* häufiger zu als auf Männer*, allerdings sind Ärzt*innen weniger betroffen als Pflegekräfte. Auch zu diesen Studienergebnissen stehen in der Publikation keine geschlechtssensiblen Daten zur Verfügung (vgl. Sahin et al. 2020).

In Deutschland erhöht sich durch einen chronischen Pflegefachkräftemangel der Druck auf die Pflegekräfte insgesamt. Die Ausweitung der wöchentlichen Arbeitszeit auf maximal 60 Stunden in der medizinischen Versorgung erwähnt nicht, dass damit vorwiegend Frauen* zu einer Mehrarbeit herangezogen werden, die sie körperlich und psychisch offenbar stärker belastet als Männer* und Ärzt*innen.

Frauen sterben nicht so häufig wie Männer an Corona, aber sie werden anders krank

Fehlende Daten zum Geschlecht in den meisten Dokumenten des Robert Koch-Instituts (Beispiel Tabelle Pflegebedürftige in der Gegenüberstellung Tabelle zu den Pflegeeinrichtungen) ist eher Standard: Während in der ersten Tabelle das Geschlecht noch aufgeführt ist, verschwindet es schließlich in der nächsten gänzlich. Auch in den Leitlinien zur Behandlung von Covid-19-Patient*innen werden geschlechtsspezifische Besonderheiten nur einmal im Zusammenhang mit der schwereren und öfter tödlich verlaufenden Erkrankung von Männern* erwähnt. Entsprechend taucht das Wort Frauen auch in der S2-Leitlinie nur einmal auf. (S2k-Leitlinie - Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19) und in der S1-Leitlinie zu ethischen Fragen der intensivmedizinischen Zuteilung sucht man die Begriffe Mann/Frau vergeblich. So ge-

rät aus dem Blick, dass hier Frauen* als Pflegefachkräfte hauptsächlich Frauen* als zu Pflegenden betreuen und damit die sich gegenüberstehenden Hilfe Benötigenden und Hilfe Anbietenden jeweils in erhöhtem Maße von Depressionen, Angst und Schlafstörungen betroffen sein können, je länger die Pandemie und deren Maßnahmen anhalten. Demgegenüber sind die in der Intensivmedizin Beschäftigten öfter mit schweren Fällen bei infizierten männlichen Patienten konfrontiert, wodurch sich bei den Pflegekräften die Befürchtung einer eigenen schweren Infektion offenbar auch stärker auf das Gefühl von Angst, Entwicklung von Depressionen und anderen psychischen Störungen auswirkt (vgl. Sahin et al. 2020).

Die weibliche Sozialisation bietet einen gewissen gesundheitlichen Schutz, solange die individuellen sozialen Netzwerke als eine Säule der Resilienz funktionieren, während männliche Dominanz- und Hierarchiestrukturen mit Einzelkämpfertum viel eher eine soziale Isolation unbeschadet überstehen. Werden die sozialen Netzwerke parallel zu einem erheblichen Anstieg der Anforderungen stark eingeschränkt, ist ein negativer Stress mit psychischen und körperlichen gesundheitlichen Folgen vorprogrammiert. Auch Technikaffinität, stark abhängig von Alter und Geschlecht, muss in diese Überlegungen einbezogen werden. Als Konsequenz muss ein Perspektivwechsel auf Gesundheit als mehr als die Abwesenheit von akuter Krankheit erfolgen.

Literatur:

- Amrei von Braun, Corinna Pietsch, Uwe G. Liebert, Christoph Lübbert: SARS-CoV-2-Screening von Bewohner*innen und Personal in Alten- und Pflegeheimen der Stadt Leipzig, *Epidemiologisches Bulletin*; 2020; 22; 3–6 | DOI 10.25646/6878
- Christian Funck-Brentano, Joe-Elie Salem (2020): Chloroquine or hydroxychloroquine for COVID-19: why might they be hazardous?, URL: 22. Mai 2020 [doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31174-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31174-0)
- Catherine Gebhard, Vera Regitz-Zagrosek, Hannelore K. Neuhauser, Rosemary Morgan and Sabra L. Klein (2020): Impact of sex and gender on Covid-19 outcomes in Europe, in: *Biology of Sex Differences*; 2020; 11:29; 1-13
- Gerd Gläske (2019a): Medikamentenabhängigkeit ist weiblich. URL 18.09.2019 www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/pta-live/arsneimittelmisbrauch-glaeske-medikamentenabhaengigkeit-ist-weiblich/

- Ders. (2019b): Medikamente 2017: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, in: Deutsche Hauptstelle Suchtfragen e. V. (Hrsg.): DHS Jahrbuch 2019: 88-104
- Ders. (2020): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, in: Deutsche Hauptstelle Suchtfragen e. V. (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020: 86-104
- Karolin Hiesinger, Silke Taphoven, Stefanie March (2018): Geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erfassung von Depressivität, in: Prävention und Gesundheitsförderung 3/2018: 211-217
- Mustafa Kürsat Sahin, Servet Aker, Gülay Sahin, Aytül Karbekiroglu: Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia an Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey, in: Journal of Community Health, URL: 14.10.2002 doi.org/10.1007/s10900-020-00921-w
- Julia Schilling et al. (2020): Vorläufige Bewertung der Krankheitschwere von Covid-19 in Deutschland basierend auf übermittelten Fällen gemäß Infektionsschutzgesetz, Epidemiologisches Bulletin 17/2020; 3-9
- David Simon et al. (2020): Patients with immune-mediated inflammatory diseases receiving cytokine inhibitors have low prevalence of SARS-CoV-2 seroconversion, nature communication, URL: 15.10.2020 doi.org/10.1038/s41467-020-17703-6
- Greame D. Smith, Fowie Ng, William Ho Cheung Li (2020) Editorial, Journal of Clinical Nursing; 2020:29; 1425-1428
- S1-Leitlinie Intensivmedizin: Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie – Klinisch-ethische Empfehlungen, URL: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/040-013.html
- S2k-Leitlinie - Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19, URL: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/113-001.html
- Eva Tenzer (2020): covid-19: Warum es Männer härter trifft, in: Apothekenumschau 28.05.2020 URL: www.apotheken-umschau.de/print/article/558977

- Petra Thürmann (2008): Geschlechtsspezifische Aspekte in der Pharmakotherapie, in: Anita Rieder, Brigitte Lohff (Hrsg.): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer Wien New York: 31-47
- Petra A Thürmann, Gisbert W Selke (2013/14): Arzneimittelversorgung älterer Patienten, in: Klauber, Jürgen et al. (Hrsg.): Versorgungsreport „Depression“ 2013/2014: 185-208
- Ronda Voskuhl (2011): Sex differences in autoimmune diseases, Biology of Sex Differences 2011, 2:1, URL 7.11.2020 www.bsd-journal.com/content/2/1/1

Dr. Angelika Voß, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.

E-Mail: info@fmgz-hannover.de

Weltweite Armut und Corona

Helle Bethke

Die Corona-Pandemie, die Maßnahmen zur Eindämmung des Virus und deren Folgen wirken sich massiv auf von Armut betroffene Menschen aus. Global betrachtet leiden insbesondere Frauen und Mädchen unter den Auswirkungen. Nach einer Einschätzung des UNO-Entwicklungsprogramms UNDP und der UNO-Frauenorganisation sei zwischen 2019 und 2021 eigentlich „eine Verringerung der Armutsrate von Frauen weltweit um 2,7 % erwartet worden [...]. Aufgrund der Coronavirus-Pandemie und deren Folgen werde nun ein Anstieg um 9,1 % vorhergesagt¹.“ Als extreme Armut definiert die Weltbank ein Einkommen von weniger als 1,90 US\$².

Besonders betroffen sind Frauen aus Ländern des Globalen Südens. Dies zeigt sich an verschiedenen Punkten³:

- **Beschäftigungsverhältnisse.** Weltweit sind 70-75 % der Angestellten in pflegenden Berufen weiblich. Diese Berufe sind meist schlecht bezahlt, während die Arbeitsbelastung und bestehende Risiken durch die Pandemie angestiegen sind.
- **Ernährung.** Frauen und Mädchen in armen Regionen sind häufig mangelhafter ernährt als Männer und Jungen und dadurch potenziell anfälliger für Infektionskrankheiten.

- **Lieferengpässe.** Durch Produktionsstopps, Lieferengpässe und damit verbundene Verteuerung von Gesundheitsprodukten können gerade ärmere Frauen unter höheren Kosten zum Beispiel für Verhütungsmittel und Medikamente für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch leiden.⁴
- **Bildung.** Die Schließung von Bildungseinrichtungen im Zuge des Lockdowns trifft Menschen aus armen Ländern verstärkt. Ressourcen für digitale Lehre, Home-schooling etc. fehlen, vor allem in ländlichen Regionen. Wenn Eltern selbst keine Schulbildung erfahren haben, fehlt unter Umständen das Verständnis für deren Wichtigkeit, gerade im Hinblick auf Mädchen.
- **Unbezahlte Care-Arbeit** wird global betrachtet zu einem großen Teil von Frauen übernommen. Zusätzlich werden bei Schulschließungen insbesondere Mädchen für Arbeit im Haushalt etc. eingespannt – die nach traditionellem, patriarchalischem Verständnis „Frauensache“ ist. Auch bei Wiedereröffnung der Schulen ist der Zugang erschwert. Auf diese Weise werden langfristig bestehende Ungleichheiten in der Bildung verstärkt.
- **Zwangsehen.** In finanziellen Notsituationen ist das Risiko, zwangsverheiratet zu werden, für Mädchen und junge Frauen höher. Eltern hoffen, dass ihre Töchter von einem Ehemann besser versorgt werden können als in der Familie.
- **Prostitution.** Finanzielle Not und die Verringerung anderer Verdienstmöglichkeiten können dazu führen, dass sich mehr Frauen prostituieren, um ihren Lebensunterhalt zu sichern – und sich damit einem zusätzlichen erhöhten Infektionsrisiko aussetzen.
- **Gleichberechtigung.** Die aufgeführten Punkte führen dazu, dass sich traditionelle Rollenbilder wieder verfestigen können und es im Hinblick auf die Gleichberechtigung von Frauen zu massiven Rückschritten kommt. Wenn das öffentliche Leben stillsteht oder eingeschränkt ist, fehlen Frauen zudem Orte und Möglichkeiten wie zum Beispiel Demonstrationen, um für ihre Rechte einzustehen.

Insgesamt betrachtet verschlechtert die Corona-Pandemie die Lebensbedingungen von armen Frauen in besonderem Maße. Bereits bestehende Ungleichheiten werden verschärft; laut UN-Bericht wird die Menschheit in Armutsbekämpfung, Gesundheitswesen und Bildung um Jahrzehnte zurückgeworfen.⁵

„Mädchen und junge Frauen sind [...] in Krisen einem erhöhten Risiko ausgesetzt, sexualisierte Gewalt zu erleben, gegen ihren Willen verheiratet zu werden und dauerhaft die Schule verlassen [zu] müssen. Damit wird ihre Chance auf ein selbstbestimmtes Leben minimiert. Expertinnen und Experten befürchten, dass die Auswirkungen der Pandemie lokal und global die bisher erlangten Fortschritte auf dem Weg zur Gleichberechtigung zum Scheitern bringen. Das ist tragisch, denn Gleichberechtigung ist einer der wirksamsten Faktoren, um Armut nachhaltig zu bekämpfen. So sind Mädchen und Frauen nicht nur von den akuten Auswirkungen der Corona-Krise am meisten bedroht, sondern werden auch langfristig am meisten unter den Folgen der Pandemie leiden.“ (Plan International 2020)

Kritisch zu reflektieren ist die Frage, wie sehr die Corona-Pandemie tatsächlich als Auslöser zu betrachten ist – oder vielmehr an verschiedenen Stellen aufzeigt, wie sehr Frauen auch heutzutage noch durch patriarchale Systeme und geschlechtsspezifische Stereotype benachteiligt und dadurch häufiger von Armut bedroht sind.

¹ www.aerzteblatt.de/nachrichten/116188/Coronakrise-wird-UN-zufolge-Armut-bei-Frauen-und-Maedchen-verschlimmern

² www.bmz.de/de/service/glossar/A/armut.html

³ www.plan.de/kampagnen-und-aktionen/girls-get-equal/corona-auswirkungen-auf-maedchen-und-frauen.html

⁴ www.aerzte-ohne-grenzen.de/frauengesundheit-covid-19

⁵ www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-07/corona-pandemie-un-bericht-erstatte-globale-armut-nachhaltigkeitsziele

Helle Bethke, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., E-Mail: helle.bethke@gesundheit-nds.de

Wohnungslose Frauen und Corona: Herausforderungen und Auswirkungen der Pandemie

Cora Funk, Katharina Pätzold

La Strada, die Anlauf- und Fachberatungsstelle für drogengebrauchende Frauen, die in der Prostitution arbeiten oder von Gewalt betroffen sind, berichtet aus dem Praxisalltag unter Corona-Bedingungen

Covid-19 verändert das Leben der Menschen weltweit, stellt uns vor Herausforderungen und verdeutlicht die Zerbrechlichkeit unserer gesellschaftlichen Systeme. Wie sich dies auf individueller Ebene zeigt, ist unter anderem von sozio-ökonomischen Faktoren abhängig. Viele Menschen können dem Appell „Stay at home“ folgen, es ist ihnen möglich, die Tür vor der Corona-Welt da draußen zu verschließen. Was ist, wenn das „Da-Draußen“ mehr ist als da draußen? Das Zuhause der Asphalt, die Straße der Arbeitsplatz, der Lebensmittelpunkt ist?

Herausforderungen in Zeiten Coronas

Wohnungslose, drogengebrauchende Menschen, deren Leben überwiegend auf der Straße stattfindet, erleben in Corona-Zeiten massive Einschränkungen. Sie waren im totalen Lockdown sichtbar, ungeschützt vor den Blicken auf ihr Leben, welches sich zum Großteil im öffentlichen Raum abspielt. Schutzräume, die Betroffene in sozialen Einrichtungen finden, waren häufig nur im Rahmen einer Notversorgung zu nutzen.

Soziale Arbeit ist Arbeit mit und für Menschen, ist Beziehungsarbeit, die der Nähe auf unterschiedlichen Ebenen bedarf. Das Reichen der Hand, ein Gespräch und auch mal eine Umarmung. Alles nicht mehr bzw. nur stark eingeschränkt möglich. Die obligatorische Maske schafft eine Schutzmöglichkeit für den Körper und nimmt gleichzeitig viel von dem, was für die Psyche wichtig ist. Sozialarbeiter*innen sind teilweise die einzigen sozialen Kontakte, die Menschen in prekären Lebenslagen haben. Corona erlaubt eine Versorgung der existenziellen Bedürfnisse auf körperlicher Ebene, erschwert aber ein Erleben von Verbundenheit, auch auf gesellschaftlicher Ebene. Menschen, die durch Vorerkrankungen und dem Fehlen eines Rückzugsortes für sich zu einer Hochrisikogruppe werden, bleiben unter dem Radar. Deutschland „fährt runter“ und die Würde der Hochvulnerablen auch. Zu Beginn des „Lockdowns“ waren Geschäfte und öffentliche Toiletten geschlossen, soziale Einrichtungen haben keine Schutzkleidung bekommen und mussten zunächst schließen bzw. ihr Angebot auf ein Minimum

reduzieren. Das Ergebnis war die Frage, die sich Wohnungslose stellen: „Wo kann ich überhaupt zur Toilette gehen, meine Hände waschen oder duschen?“

Die Tätigkeit in der niedrighschwelliger Arbeit stand und steht vor großen Herausforderungen. Dieser ist La Strada gerecht geworden, indem sie das Beratungsangebot und die Straßensozialarbeit unter Wahrung der entsprechenden Hygienevorschriften aufrechterhalten hat. Das hat unsere Arbeit verändert, neue Perspektiven eröffnet und Bedarfe verdeutlicht. In diesem Kontext stellt sich immer wieder die Frage nach der gesicherten Finanzierung von sozialarbeiterischen Angeboten, die uns auch beschäftigt. In der Sozialen Arbeit sind Projektfinanzierungen für ein Jahr gängig. Das ist aus fachlicher Perspektive wenig sinnvoll. Ein wichtiger Bestandteil unserer Tätigkeit ist Beziehungsarbeit mit den Frauen*. Diese benötigt Zeit. Vertrauen entsteht, im Besonderen bei Menschen mit traumatischen Lebenserfahrungen, erst über Monate, manchmal dauert es Jahre.

In unsere Einrichtung kommen Frauen*, die sich in schwierigen Lebenslagen befinden. Aus gesellschaftlicher Perspektive wird diese Personengruppe oft auf ihre Defizite reduziert. Aus anderem Blickwinkel sind diese Frauen* Überlebende, die eine Selbstmedikation vornehmen. Menschen, mit unglaublichen Ressourcen, die eine Überlebensstrategie gefunden haben, trotz häufig mehrfach traumatischen Lebenserfahrungen heute noch hier zu sein.

Substanzgebrauch ist oftmals nicht nachhaltig, eine Symptomlinderung mit Risiken. Neben der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung sind Streckstoffe in illegalisierten Substanzen eine Gefahr für den Körper. Die Prohibition bedingt Kriminalisierung und verhindert Verbraucher*innenschutz, hier gibt es kein „Reinheitsgebot“. Die Gesellschaft stigmatisiert Betroffene. Trotz der physischen und vielfach auch psychischen Beeinträchtigungen sind diese besonderen Persönlichkeiten mit wunderbaren Eigenschaften wie Lebensweisheit oder markantem Humor und dem Willen zu (über)leben ausgestattet. Sie haben bereits vor „Corona“ diverse Krisen in ihrem Leben gemeistert und sind jetzt - durch ihren sozio-ökonomischen Status - oftmals gefährdeter als zuvor.

Auswirkungen der Corona-Beschränkungen für Wohnungslose

Die Auswirkungen von Covid-19 auf die Lebenssituation unserer Besucher*innen war und ist massiv. Für drogengebrauchende Frauen*, die wohnungslos und oftmals in der Sexarbeit tätig sind, hat sich die Lebensrealität nochmals verschärft. Straßenprostitution ist seit März 2020 - ausgenommen zwei Wochen im September - in Niedersachsen verboten. Damit fällt eine legale Verdienstmöglichkeit weg, was die ohnehin vorhandene Armut verstärkt. Substanzkonsum ist für die Betroffenen weiterhin not-

wendig. Ein äußerer Lockdown geht nicht automatisch mit einem Inneren einher. Die schweren Gedanken, die gefürchteten Erinnerungen aus der Vergangenheit kreisen weiter in den Köpfen der Frauen*. Der Körper ist auf die Selbstmedikation angewiesen, die Abhängigkeitserkrankung fährt nicht einfach runter.

Finanzielle Mittel werden weiterhin über Sexarbeit, der jetzt illegalen Straßenprostitution, generiert. Dies bedeutet für die Akteur*innen: Anbahnung unter zeitlichem Stress, Anspannung im Kontakt mit den Kund*innen, da die Kontaktaufnahme möglichst unsichtbar sein sollte, wenig bis keine Zeit zur Verhandlung von safer work Praktiken wie zum Beispiel der Verwendung von Kondomen oder der Absprache von einheitlich vereinbarten Sexualpraktiken. Das Risiko von Gewalterleben steigt, da die Kund*innen wissen, dass die Sexarbeiter*innen keine Anzeige machen werden, da sie eine momentan verbotene Dienstleistung anbieten.

Neben den benannten Einschränkungen sehen wir, dass auf der Straße lebenden Menschen ein großer Teil ihres Unterstützungsnetzwerks (zeitweise) weggebrochen ist und sie rasante körperliche Verelendungserscheinungen aufweisen. Aufsuchende Straßensozialarbeit und die Nutzung unseres Kontaktcafés unter den momentanen Hygieneregeln erlauben ausschließlich eine absolute Notversorgung der grundlegenden Bedürfnisse. Die Möglichkeit, auf dem Sofa in unserer Einrichtung für bis zu vier Stunden zu schlafen und im geschützten Rahmen zur Ruhe zu kommen, ist unter Pandemie-Hygieneregeln nicht mehr gegeben. Momentan ist das niedrigschwellige Café wie gewohnt geöffnet (20 Stunden/Woche), jedoch ist die Verweildauer auf 45 Minuten pro Tag und Besucher*in begrenzt. Dies ist notwendig, um möglichst vielen Betroffenen die Option zur Basisversorgung (Spritzentausch, Körperhygiene, Zugang zur Kleiderkammer, Essen zum Mitnehmen etc.) anzubieten. Damit wird das Schlafen für mehrere Stunden – was oftmals dringend erforderlich wäre – unmöglich. Die Aufenthaltsdauer von bis zu fünf Stunden pro Öffnungstag, welche viele der Besucher*innen genutzt haben, diente im Winter unter anderem auch als Schutz vor den Witterungsbedingungen. Gleichzeitig lassen die erneut steigenden Infektionszahlen in Niedersachsen die Ängste unserer Besucher*innen vor einem erneuten Lockdown ebenso steigen, denn der politische sowie medizinische Wunsch und die Forderung werden wieder lauten: "Stay at home!". Erneut eine gesellschaftliche Prämisse, der sie nicht nachkommen können, auch wenn sie noch so sehr wollen, denn sie haben kein Zuhause.

Stellvertretend für das Team: Cora Funk, Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin, Katharina Pätzold, Sozial- und Organisationspädagogin (MA), La Strada, Escherstraße 25, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 140 23, E-Mail: team@la-strada-hannover.de

Gebären in Corona-Zeiten

Veronika Bujny, Luise Klein-Hennig

Die Verunsicherung durch das Corona-Virus hat auch in der Geburtshilfe Folgen gezeigt. Die Angst und Überforderung, die die Verbreitung einer unbekannteren Krankheit auslösen können, dürfen jedoch nicht zur Vernachlässigung wichtiger anderer Lebensaspekte führen. Die entstehende Bindung in der Schwangerschaft und bei der Geburt ist besonders wichtig, auch für die Gesellschaft.

Rund um die Geburt brauchen Eltern Zeit miteinander, Zeit für Bindung, Zeit, Familie zu werden. Die werdenden Eltern sollten sich auf die anstehende Geburt freuen können, die gerade in diesen Zeiten ein positives Lebenszeichen bedeutet.

Zunächst vermehrt Verbot von Begleitpersonen

In den meisten Krankenhäusern gab es keinen Notfallfahrplan für eine Pandemie, die Regeln wurden im Verlauf immer wieder geändert. Werdende Eltern mussten sich kurz vor dem Geburtstermin laufend telefonisch in den Kreißsälen melden, um auf dem aktuellen Stand zu sein. Dies hat sich mittlerweile stabilisiert – es ist zu einer „Krisennormalität“ gekommen.

Klinikinterne Regeln, die nicht von Bund oder Ländern auferlegt waren, haben zu Beginn der Pandemie zu einem Ausschluss der Väter und anderer Begleitpersonen aus den Kreißsälen geführt oder die erlaubte Anwesenheit sehr deutlich eingeschränkt. Dies löste bei den werdenden Eltern Verunsicherung und Angst aus. Nur in der letzten Phase der Geburt dabei sein zu dürfen, wirft Fragen auf: Wann beginnt diese Phase? Wie lange dauert es bis dahin noch? Das lässt sich nicht immer früh genug voraussagen. Auch die Gebärende muss sich fragen: Kommt der Partner/die Partnerin eventuell zu spät? Sorgen kann sie während der Geburt nicht gebrauchen, dies kann den Geburtsverlauf negativ beeinflussen.

Die Hebamme ist die Fachfrau, kann aber mangels 1:1-Betreuung nicht ununterbrochen bei der Gebärenden sein. Demgegenüber ist die Begleitperson ganz für die Gebärende da und ihr zudem besonders vertraut – in Erwartung des (gemeinsamen) Kindes. Für die entstehende emotionale Bindung ist die Anwesenheit und das Mitempfinden grundlegend.

Werdende Eltern haben oftmals die Klinik ihrer Wahl nach dem Vergleich der Hygieneregeln kurzfristig geändert. Kliniken mit der Einsicht, dass ein gutes Sicherheitskonzept

nicht die Ausgrenzung von Begleitpersonen bedeuten kann, hatten somit großen Zulauf. Einige Eltern haben sogar kurzfristig noch nach einer Hebamme für die Hausgeburt gesucht. Letzteres ist leider kurz vor Termin nicht realisierbar.

Mittlerweile haben viele Kliniken die Begleitverbote gelockert. Insbesondere die Kaiserschnittgeburten sind jedoch leider häufig weiterhin von den Einschränkungen betroffen.

Das Arbeiten mit Mund-Nasenschutz

Zahlreiche Kliniken haben von der Mund-Nasenschutzpflicht für Schwangere noch nicht abgesehen. Das dient dem Zurückhalten von Droplets und Aerosolen und soll damit die Beteiligten vor deren Austausch schützen. Während einer mehrstündigen Geburt wird dieser Mundschutz allerdings ohnehin durchfeuchtet und schützt somit nicht wirklich.

Das Arbeiten mit Maske ist für die Gebärenden wie auch für die Hebammen sehr ungewohnt und beeinträchtigend. Tiefes Atmen unter Anleitung der Hebamme bringt der Gebärenden Erleichterung, Sicherheit und leichteren Umgang mit den Wehen und damit nicht zuletzt auch Schmerzerleichterung. Es ist also unter der Geburt sehr wichtig, dass die Gebärende gut und frei atmen kann. Ihre Bedürfnisse müssen im Mittelpunkt der Geburtshilfe stehen können. Es braucht also auch hier andere Präventivmaßnahmen, die weniger einschränken. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) plädiert daher in seiner Stellungnahme für „eine individuelle Risikoanamnese der Gebärenden. Es sollten bei Schwangeren Abstriche auf COVID-19 durchgeführt werden, damit der Infektionsstatus bei oder kurz nach der Aufnahme in die geburtshilfliche Abteilung mit großer Wahrscheinlichkeit bekannt ist und entsprechend des individuellen Risikos der Schwangeren das Vorgehen angepasst werden kann. Darüber hinaus muss ausreichend Schutzkleidung für Hebammen und Ärzt*innen bereitgestellt werden. Können die Hebammen und Ärzt*innen durch das Tragen einer medizinischen Maske geschützt werden, so erübrigt sich das Tragen einer Mund-Nasen-Schutz-Maske für die Gebärende!“

Betreuung im Kreißaal fehlt

Die Personalsituation in den Kliniken bleibt den Schwangeren nicht verborgen. Die von Eltern- und Hebammenverbänden geforderte 1:1-Betreuung wartet noch auf Umsetzung. Der Hebammenmangel und die bundesweite Schließung von Kreißälen verursachen eine Unterversorgung, bei der Hebammen oft zwei bis vier Schwangere und Gebärende gleichzeitig betreuen müssen. Das heißt, die Gebärende ohne Begleitung wäre phasenweise allein im Kreißaal! Die Begleitperson ist eine wichtige Konstante

zur Unterstützung der Gebärenden und die Person wird in der Regel auch von der Hebamme mit Aufgaben betraut, die unterstützend wirken und harmonisierend zum Geburtserlebnis beitragen können.

Mittlerweile haben die meisten Kliniken wieder Begleitung erlaubt, allerdings unter Auflagen: Es müssen beispielsweise Schutzhandschuhe oder sogar Schutzkleidung getragen werden, es besteht Maskenpflicht, oder die*der Partner*in darf nur kurz vor der Geburt dazukommen. Dabei ist die Begleitung des gesamten Geburtsprozesses wichtig, ein Dazukommen kurz vor der Geburt, wie es in manchen Krankenhäusern praktiziert wird, wird der besonderen Situation und dem Stellenwert des Gebärens für die familiäre Struktur nicht gerecht. Hier ist ein grundlegendes Umdenken dringend erforderlich. Für den Vater bzw. den Partner oder die Partnerin ist es wichtig, beim Geburtsgeschehen persönlich dabei zu sein, denn dieses einmalige Erlebnis ist prägend für eine Familie. Ein Videochat ist kein Ersatz.

Einen großen Anteil an der Wiedereinbeziehung der Väter hatten die Stellungnahmen der Fachverbände, die Proteste und Petitionen der Elternvereine, die Solidarität der Presse und die Empfehlungen der WHO².

Versorgung verschlechtert

Auf der Wochenbettstation waren und sind die Besuchszeiten stark eingeschränkt. Verständlicherweise möchten bei diesen Einschränkungen viele Mütter mit ihren Neugeborenen möglichst schnell nach Hause. Die Betreuung des Stillbeginns und Kontrolle der Rückbildung ist in diesen Fällen durch Klinikpersonal nicht möglich. Das wäre kein Problem, wenn alle Frauen zu Hause versorgt würden. Eine Hebamme zur Wochenbettbetreuung zu finden, gelingt aber nur ca. 70 % der Frauen, die sich dies wünschen. Hebammen mussten ihre aufsuchende Betreuung den Hygieneregeln anpassen und haben daher häufig Hausbesuche durch (Video-)Telefonie zu ersetzen versucht. Da Berührungen in diesem Beruf oft notwendig sind, kann dies nur ein teilweiser Ersatz sein.

Kursangebote der Hebammen sind derzeit nur eingeschränkt wahrnehmbar. Zumeist werden Onlinekurse angeboten, da durch die Abstandsregeln nur eine sehr beschränkte Teilnehmer*innenzahl in den Kursräumen möglich ist. Die Kurse in Krankenhäusern finden zumeist aus Sicherheitsgründen nicht statt. Hebammen müssen die Einhaltung der Hygieneregeln sicherstellen und können auch teilweise Online und teilweise Anwesenheit für die Kurse anbieten. Der komplette Umstieg auf Onlineangebote ist einigen Hebammen gut gelungen.

Frühgeborene leiden unter Kontaktverboten

Alarmierend stellt sich die Situation auf den Frühgeborenen-Stationen dar: die Frühchen sind oftmals ohne Kontakt zu den Eltern auf der Station, wo dieser Kontakt doch zum Bindungsaufbau so zentral wäre. Es ist als Fortschritt zu betrachten, dass das Bewusstsein für diese Wichtigkeit in den letzten Jahrzehnten sehr zugenommen hat. Das wurde mit einem Mal komplett relativiert. Natürlich möchten die Kliniken nicht nur ihr Personal schützen, sondern auch für die Neugeborenen „das Richtige“ tun. In der Stellungnahme³ des Bundesverbandes ‚Das frühgeborene Kind‘ e. V. warnt die Vorsitzende jedoch: „Dennoch sollte das Maß der verhängten Restriktionen dem Umstand Tribut zollen, dass Eltern mittlerweile nicht mehr als Besucher, sondern als elementarer Bestandteil der Versorgungsteams zu begreifen sind,“ betont Barbara Mitschdörfer.

Es müssen andere Konzepte entwickelt werden, die die Eltern, Neugeborenen und auch das Klinikpersonal schützen, ohne eine Kontaktsperre aufzuerlegen. Sei es eine ausführliche Anamnese der Schwangeren vor der Geburt oder geregelte Tests für Personal und Klinikbesucher*innen. Tragen Hebamme und Ärzt*innen eine medizinische FFP2-Maske, sind sie nach derzeitigem Stand ausreichend geschützt, sodass die Gebärende auf eine Maske verzichten kann.⁴

Der Nutzen der Kontaktsperre ist ohnehin zweifelhaft, da nichts eine hundertprozentige Sicherheit gewährleisten kann, aber ein potenziell weitreichender Schaden für die Neugeborenen und neuen Familien in Kauf genommen wird.

¹ www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5547&u=0&g=0&t=1614342921&hash=6416f8b0c999bf6278c15b30888e6c146779cb08&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/20200515_Stellungnahme_zur_Maskenpflicht_im_Kreisssaal.pdf

² www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-pregnancy-ipc-breastfeeding-infographics/en/

³ www.fruehgeborene.de/sites/default/files/imce_image/appell_kliniken_corona_final.pdf

⁴ www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2020/05/18/artikel/stellungnahme-des-dhv-zur-maskenpflicht-im-kreisssaal/

Veronika Bujny, 1. Vorsitzende Hebammenverband Niedersachsen,

E-Mail: Info@hebammen-niedersachsen.de

Luise Klein-Hennig, Vorstandsreferentin, E-Mail: Referentin@Hebammen-niedersachsen.de

Schwangerschaftskonfliktberatung in Zeiten von Corona

Aus ministerieller Sicht

Stefanie Rennspieß

Die Rechtslage

Schwangerschaftsabbruch ist gemäß § 218 StGB strafbar. Der reproduktiven Selbstbestimmung der Frau trägt das Strafgesetzbuch unter anderem dadurch Rechnung, dass nach § 218a StGB der Schwangerschaftsabbruch für die schwangere Frau und die Ärzt*in/den Arzt straflos bleibt, wenn die Frau sich vorher beraten lässt und die Beratungsbescheinigung der Ärzt*in/dem Arzt vor dem Schwangerschaftsabbruch vorlegt.

Diese Möglichkeit besteht allerdings nur innerhalb sehr enger Fristen. So ist der Schwangerschaftsabbruch nach der sog. „Beratungslösung“ des § 218a Abs. 1 nur dann straflos, wenn er innerhalb von 12 Wochen nach der Empfängnis durchgeführt wird und zwischen Beratung und Abbruch drei Tage Bedenkzeit verstrichen sind. Wer sich auch nur etwas mit dem weiblichen Zyklus auskennt, weiß, dass die Möglichkeit einer Schwangerschaft in der Regel frühestens nach dem Ausbleiben der Menstruation erkannt wird und auch dann noch nicht sicher ist, ob eine Schwangerschaft tatsächlich besteht. Dies bedeutet, dass der schwangeren Frau grundsätzlich nur ein sehr schmaler Zeitkorridor verbleibt, um die Schwangerschaft zu erkennen, sich selbst eine Meinung zu bilden und die notwendigen Maßnahmen zu treffen, um straflos gestellt zu werden.

An die Beratung selbst stellt das Gesetz über § 219 StGB und das SchKG hohe Anforderungen. Insbesondere soll sie in der Regel ganzheitlich und ergebnisoffen, aber dennoch „hin zum Leben“ erfolgen. Dies erfolgt üblicherweise durch eine persönliche Beratung vor Ort und zwingend in einer anerkannten Beratungsstelle. Alle diese Anforderungen stellen die Beteiligten und vor allem die schwangere Frau vor große persönliche und fachliche Herausforderungen.

Rechtspolitisch ist die Notwendigkeit einer Strafdrohung im Hinblick auf die weibliche Selbstbestimmung umstritten, letztlich aber geltendes Recht. Das Beratungssystem in Niedersachsen ist gut aufgestellt und leistet eine einfühlsame, an den Bedarfen der Frau orientierte Begleitung.

Das Problem in Pandemiezeiten: Persönliche Beratung, Hygiene und Quarantäne

Mit Beginn der Pandemie allerdings sahen sich Frauen und Beratungsstellen zunehmend vor erheblichen Schwierigkeiten. Zu benennen sind:

- Quarantäneanforderungen
- Fehlende Gründe, das Haus zu verlassen, um eine diskrete Beratung zu erhalten
- Beratung zu Dritt: Die Beratungszimmer sind für pandemiebedingte Anforderungen an Raumvolumen und Abstand nicht immer ausgelegt

Vor allem die Quarantäneanforderungen machten und machen es Frauen, die selbst oder deren persönliches Umfeld von einer Covid-19-Infektion betroffen sind, unmöglich, zeitnah eine persönliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Dass eine mit Covid-19 infizierte schwangere Frau nicht ohne weiteres ihre häusliche Quarantäne verlassen kann, um eine Beratungsstelle aufzusuchen, leuchtet unmittelbar ein. Genauso ist es aber auch denkbar, dass die schwangere Frau gerade im ländlichen Raum nicht ohne weiteres die Beratungsstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen kann und selbst über kein Auto verfügt. Wenn nun die Vertrauensperson, die normalerweise die Frau hätte fahren können, an Covid-19 erkrankt ist und keine Alternativen zur Verfügung stehen – sei es mangels finanzieller Ressourcen oder eingeschränkter sozialer Kontaktmöglichkeiten – ergibt sich ein weiteres Hindernis.

Auch auf Seiten der Beratungsstellen gab es Hürden: Die Anforderungen an eine Raumgröße sind in Pandemiezeiten andere als unter „Normalbedingungen“. Für eine Beratung zu zweit reichen meistens Schutzmaßnahmen wie Desinfektion und Schutzwände aus, das Raumvolumen kann in Verbindung mit guten Lüftungskonzepten in der Regel als ausreichend betrachtet werden. Oftmals ist aber eine Beratung nicht auf das Zweiergespräch beschränkt, etwa wenn die Frau eine Dolmetscherin benötigt oder den Partner/die Partnerin in die Entscheidung einbeziehen möchte. Eine Beratung in einem zu kleinen Raum wäre für alle Beteiligten unzumutbar.

In allen diesen Fällen war es wichtig, eine unbürokratische, aber dennoch rechtssichere Lösung anzubieten. Denn eines steht fest: Die Corona-Pandemie darf nicht dazu führen, Frauen in ihrer reproduktiven Selbstbestimmung zu beschränken.

Gefordert: Eine unbürokratische und trotzdem rechtssichere Lösung

Wünschenswert wäre es gewesen, dass in dieser Situation der Bund Leitlinien für eine einheitliche Vorgehensweise erlassen hätte. Das war nicht der Fall, so dass die Bundes-

länder eigene Wege gehen mussten und auch gegangen sind. In Niedersachsen wurde im Erlasswege geregelt, dass Video- und ggf. auch telefonische Beratung zulässig sind, falls das Aufsuchen einer Beratungsstelle für die schwangere Frau coronabedingt unzumutbar sein sollte. Wichtig ist in dem Zusammenhang, dass sich alle Beteiligten klar darüber sind, wie sensibel die Daten sind, die im Rahmen einer Videoberatung offenbart werden. Daher muss sichergestellt werden, dass auf diese Daten kein Zugriff unbefugter Dritter möglich ist – sei es durch unkontrollierbare Speichervorgänge oder durch Sicherheitslücken in der Software selbst. Daher sind für den Einsatz in der Videoberatung nur zertifizierte Software-Varianten zugelassen, die auch in der Telemedizin Verwendung finden dürfen.

Falls eine Videoberatung nicht möglich sein sollte (zum Beispiel aus technischen Gründen), darf ersatzweise auch eine telefonische Beratung durchgeführt werden.

Eine weitere Hürde ist die Übergabe des Beratungsscheines, der ggf. für den späteren Abbruch vorgelegt werden muss. Im Regelfall nimmt die schwangere Frau die Bescheinigung im Anschluss an die Beratung in der Beratungsstelle entgegen. Dies ist nach einer Video- oder Telefonberatung nicht möglich. Daher ist per Erlass klargestellt worden, dass der Beratungsschein auf Wunsch per Post oder auf elektronischem Wege übermittelt werden darf. Die Art der Übermittlung richtet sich dabei nach dem Bedarf der beratenen Frau. Es muss sichergestellt sein, dass auch hierbei die Diskretion gewahrt werden kann.

Der Erlass gilt so lange fort, wie die Pandemie in Niedersachsen andauert. Im Bedarfsfalle kann er auch weiter verlängert werden. Wie die aktuelle Entwicklung zeigt, können die Infektionszahlen auch nach einer vorübergehenden Phase der Entspannung wieder ansteigen. Daher bleibt der Bedarf nach alternativen Beratungsmöglichkeiten nach wie vor aktuell.

Zusätzliche Kosten durch Hygienemaßnahmen: Erstattungsmöglichkeiten

Den Beratungsstellen sind durch die erforderlichen Hygienemaßnahmen und technische Ausstattung zur Durchführung der Video- und Telefonberatung zusätzliche Kosten entstanden. Hierfür hat das Land Niedersachsen ergänzende Haushaltsmittel bereitgestellt, aus denen die gesetzlich vorgesehene Förderung der Beratungsstellen auch kurzfristig erhöht werden kann. Die Anträge auf ergänzende Förderung werden wie gewohnt beim Nds. Landesamt für Soziales Jugend und Familie bearbeitet.



Stefanie Rennspiess, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Referat 203, E-Mail: stefanie.renspiess@ms.niedersachsen.de

Schwangerschaftskonfliktberatung unter Pandemieeinschränkungen – Möglichkeiten und Grenzen

Corinna Heider-Treybig

Schwangerschaftsabbrüche in Zeiten von Corona? Welche Auswirkungen haben die Infektionsschutzmaßnahmen auf die Versorgungsstrukturen? Unter welchen Beratungssettings kann das Beratungsangebot flächendeckend aufrechterhalten werden? Würde sich die ohnehin eher schlechter werdende Versorgungslage dramatisch verschärfen? Oder würden neuen Erfahrungen zukunftsweisend sein und die Bedingungen für ungewollt Schwangere langfristig sogar verbessern?

Neue Anforderungen durch Corona

Zu Beginn des Corona-bedingten Lockdowns standen die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen vor der Frage, ob und wie unter den rigorosen Kontakteinschränkungen die nach §219 StGB vorgeschriebene Beratung durchgeführt werden kann. Es entstand aus dem Nichts ein hoher Veränderungsdruck und die Fähigkeit, sich beinahe täglich auf neue Bedingungen durch aktualisierte Vorgaben seitens der Landesregierung einzustellen. Der vorrangige Zugang zu Beratung, Schwangerschaftsabbruch und Kostenübernahme schien gefährdet.

Die Versorgungslage hat sich in Bezug auf die Schwangerschaftskonfliktberatung – aus Sicht der pro familia Niedersachsen – nicht wesentlich verschlechtert. Hierfür sorgten die rechtlich eingeräumten vielfältigen Möglichkeiten der Beratungssettings durch die Landesregierung als auch die hohe fachliche Kompetenz, das Engagement und die Flexibilität der Berater*innen. Die Beratungsstellen durften – unter Einhaltung strenger Hygienekonzepte – weiterhin Beratungen in Präsenz durchführen. Zudem wurde die Video- und Telefonberatung – durch entsprechende Erlasse – in Ausnahmesituationen während der Pandemiezeit genehmigt.

Zuspruch fand diese Regelung zur Erweiterung der Konfliktberatungssettings unter anderem auch durch die Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey, welche, nach eigenen Worten, durchaus den notwendigen Spielraum in den bestehenden gesetzlichen Regelungen des § 219 sah.

Die Beratungsstellen mussten unter den bestehenden Hygienekonzepten und den begrenzten technischen und räumlichen Ressourcen jedoch die Beratungskapazitä-

ten einschränken. Zudem mussten Datenschutzregelungen in Bezug auf die Telefon- und Videoberatung sowie die Übermittlung von Beratungsbescheinigungen bedacht und überprüft werden. Das unbekannte Terrain der Videoberatung stellte und stellt für viele Berater*innen eine zusätzliche Hürde da. Neben technischen Upgrades war und ist die Erweiterung der Digitalkompetenz gefordert. Die Beratungsstellen mussten zudem die regionale Netzwerktätigkeit intensivieren, um die konkreten medizinischen Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs und die veränderten Bedingungen und Abläufe zu eruieren. In Niedersachsen scheint es bisher in dieser Hinsicht geringe zusätzliche Versorgungsengpässe zu geben, während es teilweise in anderen Bundesländern durch den Ausfall etlicher Mediziner*innen (Risikogruppe aufgrund des Alters) dramatische Einbrüche gab.

In Bezug auf die Prüfung des Anspruchs auf Kostenübernahme sowie die Übermittlung der entsprechenden Bescheinigung seitens der Krankenkassen gab es regional unterschiedliche Erfahrungen. Teilweise konnten Frauen komplett über die Online-Portale der Kassen die Kostenübernahme beantragen und auch die Bescheinigung erhalten. Zum Teil musste jedoch sowohl Antragstellung ebenso wie das Versenden der Kostenübernahmebescheinigung komplett über den Postweg erfolgen. Von der komplikationslosen Onlinebeantragung und -kostenzusage bis hin zu langwierigen Postwegen und komplizierten Terminvereinbarungen. Für Antragstellung und Übernahmezusage waren verschiedene Wege möglich. Diese waren für die Frauen jedoch nicht im Vorfeld kalkulierbar und stellten somit eine zusätzliche Unsicherheit in Zusammenhang mit dem zeitlichen Druck dar. An dieser Stelle wäre eine Vereinheitlichung des Antragsformulars über Landes- und Krankenkassengrenzen (siehe Saarland) hinaus hilfreich, um den Frauen über die Beratungsstellen oder online einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen.

Bei all diesen unerwarteten Veränderungen und Einschränkung haben die Erfahrungen der pro familia Niedersachsen gezeigt, dass durch die entstandene Erweiterung der Möglichkeiten von Beratungssettings der Zugang zur Beratung für die Frauen erleichtert wurde.

Ausblick

Aus Sicht von pro familia Niedersachsen ist die Beibehaltung dieser Settings über die Pandemiezeit hinaus wünschenswert und notwendig, um Frauen den Weg zu einer selbstbestimmten Entscheidung über eine Schwangerschaft zu erleichtern. Frauen können sich auf diesen niedrigschwelligen Wegen informieren und auf Wunsch eine professionelle Begleitung in ihren Gedanken, Gefühlen und möglichen Konflikten im Zusammenhang mit der Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung einer Schwan-

gerschaft in Anspruch nehmen. Durch die Dauer des jetzigen Ausnahmezustands können zudem evidenzbasierte Erfahrungen weiterhin belegen, dass nicht die Zugangswege relevant für die Entscheidung einer Frau zu einem Schwangerschaftsabbruch sind. Dies ist bereits jetzt den Vergleichszahlen zwischen den ersten beiden Quartalen von 2019 und 2020 zu entnehmen. Die Zahl der bisher erfassten Schwangerschaftsabbrüche hat sich nicht signifikant verändert.

Corinna Heider-Treybig, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.,

E-Mail: familienplanung.lv.niedersachsen@profamilia.de

Sexualisierte und häusliche Gewalt während der Corona-Pandemie

Jessica Lach

Die Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt hat zum 15. Januar 2020 ihre Arbeit aufgenommen. Um die Arbeit der Fachberatungsstellen sichtbarer zu machen, wurde die Umsetzung von entsprechenden Aktionen geplant. Nur zwei Monate später befand sich Niedersachsen in einem Zustand von Kontakt-Beschränkungen („Lockdown“). Die Koordinierungsstelle befürchtete einen massiven Anstieg der Gewalt im häuslichen Kontext. COVID-19 verstärkte finanzielle Sorgen (Jobverluste, Kurzarbeit etc.), stabilisierende Aktivitäten konnten nicht mehr ausgeführt werden und Paare (und ihre Kinder) verbrachten viel mehr Zeit zu Hause als vorher.

Nachdem die Einschränkungen wieder gelockert wurden, stiegen die Beratungsanfragen stetig an. In manchen Beratungsstellen ist das Fallaufkommen höher als vor COVID-19, manche Fachberatungsstellen haben so viele Anfragen, dass sie vorerst nur Kapazitäten für Erstgespräche haben. Anfragen für Folgegespräche stehen auf Wartelisten. Viele der neuen Klient*innen haben kleine Kinder. Anfragen beispielsweise zu Stalking sind rückläufig, in manchen Beratungsstellen melden sich vermehrt Student*innen sowie Frauen mit Beeinträchtigungen.

Häufig angefragte Themen sind Beratungen zu Trennung/Scheidung, Umgangsrecht, aber auch Einsamkeit, Ängste, Wohnungssuche und finanzielle Sorgen. Dies lässt sich damit erklären, dass die Kontaktbeschränkungen Gefühle von Ausgeliefertsein, Unsi-

cherheit und Isolation verstärken. Durch den Ausfall des Schulbetriebes blieben die Kinder wochenlang zu Hause, was die Belastung und das Gefühl von Enge erhöhte. Durch den „Lockdown“ wurde entweder das Thema Trennung verschoben oder bekam dadurch eine höhere Relevanz. Ängste, Spannungen und Stress potenzierten sich, was zu einer Eskalation von bestehenden Konflikten führen kann.

Die Klient*innen berichten im Gespräch selbstverständlich auch, wie sie die „Lockdown-Zeit“ erlebt haben und was ihnen dort widerfahren ist. Sie schildern Konflikte mit teilweise massiver Eskalation und Konsequenzen wie Krankenhausaufenthalte und Polizeieinsätze. „So schlimm war es noch nie!“, so Olga Barbje von der Fachberatungsstelle Osnabrück. Die häufigsten Formen der erlebten Gewalt waren unter anderem psychische, sexualisierte und körperliche Gewalt. Fachberater*innen aus dem Kontext „häusliche Gewalt“ beschreiben dies als eine neue Stufe der Eskalation. Durch die Kontaktbeschränkungen konnten sich Kinder, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, schwerer Gleichaltrigen oder Fachkräften anvertrauen, so Barbara David, Leiterin der Fachberatungsstelle Violetta Hannover.

Die Fachberatungsstellen standen während des „Lockdowns“ vor der Herausforderung, die Beratungen im Homeoffice per Telefon oder Video durchzuführen. Dafür fehlten häufig die Mittel und Ressourcen. Die Umstellung auf Telefon- und Onlineberatungen erfordert von vielen Beratungsstellen ein hohes Maß an Organisation und Krisenmanagement. Forderungen nach finanzieller Unterstützung für bessere Telefonanlagen und Onlineberatungstools waren bereits vorher relevant. In der aktuellen Situation zeigt sich aber, dass eine fortschrittlichere technische und datensichere Ausstattung vielerorts dringend benötigt wird.

Die Beziehungsarbeit sowie das Reagieren auf beispielsweise dissoziierendes Verhalten während der digitalen Beratungssequenz gestalteten sich schwieriger. Auch das Arbeiten und der Austausch im Team konnte nur noch schwer erfolgen, was sich insbesondere auf die Psychohygiene der Berater*innen auswirkte. Die Beratungsstellen weisen ein hohes Maß an Kreativität und Krisenmanagement auf und sind weiterhin für von (sexualisierter) Gewalt betroffene Frauen* und Kinder da.

Vor einem besonders großen Problem stehen die Fachberatungsstellen auch finanziell, da Veranstaltungen und Fortbildungen abgesagt werden mussten. Damit fehlen Einnahmen, die in der Regel dazu dienen, Eigenmittelanteile zu deckeln. Allerdings ist nicht nur die finanzielle Sorge groß, sondern es stellt sich auch die Frage, welche Folgen ausfallende Präventionsarbeit langfristig nach sich zieht.

Auf die aktuell wieder stark ansteigenden COVID-19 Infektionszahlen schauen die Fachberater*innen mit großer Sorge. Sind die Wintermonate doch bekanntlich für Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders herausfordernd. Ebenfalls groß ist die Sorge der Fachkräfte, selbst krankheitsbedingt auszufallen, was zu einer zusätzlichen Überforderung im Team und in Bezug auf die Kapazitäten führen kann.

Abschließend bleiben viele Fragen offen – unter anderen: Wie können die finanziellen Einbußen ausgeglichen werden? Welche nachhaltigen Konsequenzen hat das für die jeweilige Fachberatungsstelle? Wie können die Kinder geschützt werden? Wie kann gutes Arbeiten im Homeoffice erfolgen? Wie können Klient*innen angemessen betreut werden?

Weitere Informationen unter www.lks-niedersachsen.de



Jessica Lach, Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt, Fössestraße 77A, 30451 Hannover, E-Mail: kontakt@lks-niedersachsen.de

Diskriminierungsverstärker Corona

Wie die Diskriminierungen von LSBTIQ* durch Corona verstärkt werden können

Melissa Depping

Die ausgelöste Pandemie durch Covid-19 führt zu verstärkten gesellschaftlichen Diskriminierungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*, inter* sowie queeren, Personen (kurz: LSBTIQ*).

Zugang zu medizinischer Versorgung

LSBTIQ* erleben bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten regelmäßig Stigmatisierung und Diskriminierung. Dies führt zu Ungleichheiten beim Zugang, der Qualität und der Verfügbarkeit von medizinischer Versorgung. Viele LSBTIQ* nehmen aus Angst vor Stigmatisierungen seitens der Mediziner*innen als auch einer unangemessenen medizinischen Behandlung notwendige Gesundheitsdienste nicht in Anspruch. In der Pandemie-Zeit kann diese Zurückhaltung eine frühzeitige Diagnose und Behandlung verzögern, was schwerwiegende Folgen für die Betroffenen nach sich ziehen kann.

Medizinisch wichtige Versorgungsleistungen, die nicht der Bekämpfung der Pandemie dienten, wurden häufig aufgeschoben. Angesichts der überlasteten Gesundheitsdienste wurde die Behandlung von LSBTIQ* zeitweise unterbrochen. Dazu zählen insbesondere Hormonbehandlungen, operative Eingriffe und HIV-Testungen. Aber auch allgemeine Check-ups, Früherkennungsuntersuchungen, die Behandlung chronischer (Infektions-)Erkrankungen und die psychotherapeutische Versorgung – wovon LSBTIQ* überproportional betroffen sind - wurden oftmals aufgeschoben oder aufgehoben.

Häusliches Umfeld

Die seit den steigenden Fallzahlen in Deutschland angeordneten Kontaktbeschränkungen führten zu einem erhöhten Aufenthalt im häuslichen Umfeld. Da auch Anlaufstellen für LSBTIQ* von dem Corona „Lockdown“ betroffen waren, standen diese als sicherer Rückzugsort nicht mehr zur Verfügung. Gerade für ungeoutete LSBTIQ* oder jene mit schwierigen Wohnkonstellationen kann die Kontaktbeschränkung sehr anstrengend und belastend sein. Für ungeoutete LSBTIQ* kann dies bedeuten, dass sie sich aus Angst dazu entscheiden, ihre Identität zu verstecken. LSBTIQ* mit schwierigen Wohnkonstellationen werden in ihrem Alltag durch höhere Konfliktpotenziale begleitet. Hier besteht außerdem ein erhöhtes Risiko an häuslicher Gewalt, wenn LSBTIQ* mit nicht unterstützenden Familienmitgliedern oder Mitbewohnenden zusammenleben. Die Angst, sich und seine Identität längerfristig verstecken zu müssen, ist kräftezehrend. Eine diskriminierende Umgebung kann sich auf die Psyche auswirken und Depressionen hervorrufen.

In der 2015 veröffentlichten Studie „Coming-out und dann...?!“ berichtet die Hälfte der befragten LSBTIQ* Jugendlichen von familiären Diskriminierungserlebnissen. Der Albert Kennedy Trust (AKT), eine britische LSBTIQ* Wohltätigkeitsorganisation, rät von einem Coming-Out während der Pandemie ab, wenn sich Personen mit anderen Menschen in der Isolation befinden. Diese Empfehlung sprach der AKT aufgrund der erhöhten Nutzung von LSBTIQ* Sorgentelefonen aus. Die Anrufenden thematisierten überwiegend die Isolation zusammen mit diskriminierenden Familienmitgliedern und Mitbewohnenden. Eines ist klar: Erreichbare Hilfe- und Beratungsangebote sind gerade in diesen schwierigen Zeiten notwendig!

Fehlende Rückzugsorte und Schutzräume

Neben den fehlenden erreichbaren Angeboten für LSBTIQ* mangelt es durch die Corona-Beschränkungen an Rückzugsorten und Schutzräumen. Für einige LSBTIQ* ist die Herkunftsfamilie kein sicherer Rückzugsort. Queere Anlaufstellen wie Zentren, Gruppen, Bars und Clubs bieten wichtige Schutzräume und geben die Möglichkeit, sich mit anderen LSBTIQ* sozial zu vernetzen. Queere Räume dienen ebenso der Selbst-

findung, die durch die Maßnahmen nun eingeschränkt werden.

„Ich [kann] überhaupt nur durch die Verwirklichung von Queerness für mich zu Gesundheit finden“ (Zitat einer queeren Person aus Niedersachsen)

Inanspruchnahme staatlicher Leistungen

Der individuelle Zugang zu Verwaltung und Justiz ist während der Pandemie eingeschränkt. Ähnlich wie bei der medizinischen Versorgung entstehen Lücken bei staatlichen Leistungen – etwa im Verfahren zu Personenstandsänderungen oder einer Stiefkindadoption. Für Zwei-Mütter*-Familien ist die Stiefkindadoption der einzige Weg, eine gemeinsame rechtliche Elternschaft und eine damit verbundene Absicherung zu schaffen. Gerade in Ausnahmezeiten wie dieser ist ein laufender Adoptionsprozess mit erhöhten Unsicherheiten verbunden. Die Co-Mutter ist während des Stiefkind-Adoptionsprozesses noch kein rechtliches Elternteil des Kindes. Sollte der Frau*, die das Kind geboren hat, etwas zustoßen, so ist die Co-Mutter rechtlich nicht befugt, Entscheidungen für das gemeinsame Kind zu treffen – unabhängig davon, ob die Frauen* verheiratet sind oder nicht.

Nicht nur der Zugang zu speziellen Angeboten von und für LSBTIQ ist während der Pandemie eingeschränkt, sondern auch deren Förderung. Ob und wie es mit LSBTIQ* ausgerichteten Projekten in und nach der Krise weitergeht, ist offen. Über Prognosen für die institutionelle Absicherung von LSBTIQ* Strukturen kann nur spekuliert werden.

Voreingenommenheit gegenüber LSBTIQ*

Stigmatisierendes und diskriminierendes Verhalten gegenüber LSBTIQ* sind nichts Neues. In der Pandemie verschärften sich jedoch die Hassreden und Angriffe auf die Community. So werden in einigen Teilen der Gesellschaft LSBTIQ* verantwortlich für die Entstehung und Verbreitung von Covid-19 gemacht. Weltweit wettern Geistliche gegen LSBTIQ* – so auch der ultraorthodoxe Rabbi Meir Mazuz aus Israel. Dieser erklärt, dass sich Gott für das Zuwiderhandeln gegen die Natur rächt. Der evangelikale Pastor Steven Andrew aus den USA erklärte den März sogar zu dem „Monat der Buße für LSBTIQ* Sünden“.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt das Verbreiten von Falschmeldungen mit Corona-Bezug als „Infodemic“. Aber nicht nur LSBTIQ* werden für die Corona-Entstehung zur Rechenschaft gezogen. Es ist ebenfalls ein Anstieg von Anti-Asiatischem Rassismus zu vernehmen. Corona als Diskriminierungsverstärker trifft damit vor allem auch schon vor der Pandemie marginalisierte Gruppen.

Und nun?

Nachdem im Frühjahr fast das gesamte öffentliche Leben zum Stillstand kam, konnten im Juni 2020 erste Beratungen in Niedersachsen wieder analog stattfinden. Viele queere Vereine, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen haben in der „Lockdown-Zeit“ ihr Angebot digitalisiert. Dass dies aber nicht den persönlichen Austausch ersetzt, berichten zahlreiche Beratungsstellen. Mit Blick auf die aktuell steigenden Zahlen im Oktober und einen potenziellen zweiten „Lockdown“ bleibt die Frage, ob und was wir aus den letzten acht Monaten gelernt haben.

¹ Queer wird „meist positiv als Selbstbezeichnung gebraucht, vor allem von Menschen, die ihre Identität als außerhalb der gesellschaftlichen Norm ansehen“ (Queerlexikon.de)

Melissa Depping (Projektleitung) MOSAIK Gesundheit, Volgersweg 58, 30175 Hannover,
E-Mail: kontakt@mosaikgesundheit.de

Frauen* in Zeiten von Corona – und was das mit Gesundheit zu tun hat

Johanna Teubner

Immer mehr wird uns bewusst: das Corona-Virus hat von einem Tag auf den anderen das soziale und ökonomische Leben in Deutschland, aber auch weltweit, verändert. Unser Leben wurde in weiten Teilen lahmgelegt und dieser Zustand wird anhalten. Die Covid-19 Pandemie hat die Herausforderungen für viele Menschen, insbesondere auch für Frauen*, erhöht: arbeiten, dazu im Homeoffice, daneben noch ein oder mehrere Kinder betreuen, Haushalt wuppen und dann vielleicht noch ältere Verwandte/Bekanntepflegen, das Management des Familienlebens. All die Phänomene, die sich unter Normalbedingungen oder Prä-Corona-Zeiten bereits lange angedeutet haben, sind nun in Deutschland spätestens seit März 2020 überdeutlich ans Tageslicht getreten. Dabei gilt: Die bestehenden strukturellen Ungleichheiten zwischen Frauen* und Männern* wurden in den vergangenen Monaten nicht nur deutlicher sichtbar, sondern auch verstärkt.

Dabei bestimmt Covid-19 mittlerweile nicht nur unser alltägliches Leben, sondern hat auch unabhängig von einer direkten Infektion enorme Auswirkungen auf unsere Gesundheit. Gesundheit im Kontext von Frauen* bedeutet nicht nur, dass wir in dieser

Situation, insbesondere in den Frühlingsmonaten, einen eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung hatten. Die psychische Gesundheit ist von enormer Bedeutung. Diese wird derzeit stark herausgefordert. Fehlende Kinderbetreuungsangebote durch geschlossene oder nur zeitweise geöffnete Kitas und Schulen, Homeschooling, Pflege und Betreuung von Angehörigen – all diese Mehrbelastungen fordern ihren Tribut. Und auch hier sind Frauen* in der Regel stärker betroffen als Männer*.

Laut einer Befragung, durchgeführt im April 2020 von der Hans-Böckler-Stiftung, nahmen 38,8 % Männer und Frauen ohne Kinder ihre Situation als äußerst oder stark belastend wahr. Noch stärker zeigt sich allerdings die Belastung bei Eltern mit Kindern unter 14 Jahren, von denen 48,0 % und sogar 51,8 % Alleinerziehende von Kindern unter 14 Jahren der Aussage zustimmen, äußerst oder stark durch die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie belastet zu sein (Vgl. www.boeckler.de/pdf/p_wsi_pb_40_2020.pdf). Im Rahmen dieser neuen Situation, sowohl bei der Arbeit als auch bei der Kinderbetreuung, wurde auch sichtbar, dass es zumeist Frauen* sind, welche die Betreuungsarbeit zusätzlich zu ihrer Erwerbstätigkeit und ggf. Hausarbeit und/oder Pflege von Angehörigen übernommen haben. Zu erwarten wäre gewesen, dass die Möglichkeit beider – also von Frauen und Männern, im Homeoffice zu arbeiten, zu einer besseren Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf führt. Die Befragung jedoch zeigt ein anderes Bild: 54 % der befragten Frauen, aber nur 12 % der befragten Männer gaben an, einen überwiegenden Teil der Betreuung der Kinder übernommen zu haben (vgl. ebd.). Ein Grund hierfür könnte der weiterhin strukturell bestehende Gender Pay Gap sein. Hinzu kommt: Frauen in Kurzarbeit wurden weniger aufgestockt als Männer und sind daher stärker von krisenbedingten Gehaltseinbußen betroffen. Paare versuchen natürlich, den Gehaltsausfall in der Krisenzeit zu minimieren, so dass die Person mit dem geringeren Gehalt Stunden reduziert, um der Kinderbetreuung nachzugehen. Und das ist meist die Frau (27 % im Vergleich zu Männern mit 16 %) (vgl. Schrenker/ Zucco 2020).

Hinzu kommt, dass Frauen* in den derzeit stärker belasteten Berufen überrepräsentiert sind – und diese systemrelevanten Berufe sind nicht nur meist schlecht bezahlt (www.boeckler.de/pdf/p_wsi_pb_40_2020.pdf).

Aber auch in anderen Berufsgruppen, in denen Frauen überrepräsentiert sind, gibt es derzeit zusätzliche Belastungen. Die enge Taktung im Lebensmitteleinzelhandel, verbunden mit dem höheren Infektionsrisiko, ist hier nur ein Beispiel. Bei Frauen mit Migrationsbiografie können all die vorher genannten Dinge noch durch Diskriminierung (Sexismus und Rassismus sowie weitere „-ismen“) ergänzt werden.

Es wird deutlich, dass insbesondere Frauen* mit geringerem Einkommen überpro-

portional belastet sind, da „bei Beschäftigten mit kleineren oder mittleren Einkommen Kurzarbeit häufiger [ist] als bei jenen, die relativ viel verdienen.“ (Böckler Impuls, 08/2020, S.4) Dahinter stehen ebenso langfristige Gefahren für die Erwerbsverläufe der Frauen*, denn „die ökonomischen Folgen der Krise [werden] noch länger spürbar sein“. (Böckler Impuls, 08/2020, S.4) Eine Rückkehr zu den vorherigen Arbeitszeiten könnte gegebenenfalls nicht mehr möglich sein (vgl. ebd.), sodass sich der bestehende Gender Pay Gap durch die Coronapandemie noch weiter vergrößern könnte. (vgl. ebd.)

Aus diesen Gründen spielt Arbeit eine zentrale Rolle bei der Frage nach psychischer und physischer Gesundheit von Frauen*. Die psychische Gesundheit von Frauen hängt davon ab, wie sie Familie, Beruf und Partnerschaft in ihrem Alltag regeln können. Das gilt besonders in außergewöhnlich belastenden Situationen wie der Covid-19 Pandemie mit all ihren Einschränkungen und Maßnahmen. Seit Anfang Oktober haben Bundesarbeitsminister Hubertus Heil, Bundesfamilienministerin Franziska Giffey und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die „Offensive psychische Gesundheit“ angestoßen. Mit dieser Kampagne soll ein offener Umgang mit dem Thema ermöglicht, Akteur*innen vernetzt und Arbeitgeber*innen dabei unterstützt werden, die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu stärken. Es bleibt daher abzuwarten, wie das Programm in Zeiten von Homeoffice, wo Arbeit deformalisiert und flexibilisiert wird und gleichzeitig Mehrfachbelastungen stärker auftreten, wirkt.

Doch was ist eigentlich mit den Frauen*, die nicht die Möglichkeit haben, mobil oder von zu Hause aus zu arbeiten? Gemäß einer aktuellen Studie von Prof. Hajo Holst (Universität Osnabrück 04/2020), ist auch dieser Faktor ungleich verteilt, aber nicht nur zwischen Männern* und Frauen*, sondern auch entlang der verschiedenen Branchen und Erwerbsklassen.

Auf die Gefahr hin, mich zu wiederholen: Die bestehenden strukturellen Ungleichheiten zwischen Frauen* und Männern* wurden in den vergangenen Monaten nicht nur deutlicher sichtbar, sie wurden auch verstärkt. Einkommenseinbußen durch Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Freistellung bedrohen die Unabhängigkeit und Sicherheit von Frauen. Und diese Faktoren können sich zwangsläufig auf die psychische Gesundheit von Frauen* auswirken. Hier muss gehandelt werden – und zwar schnell.

Literatur bei der Verfasserin



Johanna Teubner, Bildungsvereinigung ARBEIT UND LEBEN Niedersachsen,
August-Bebel-Platz 1, 49074 Osnabrück
E-Mail: johanna.teubner@aul-nds.de

Wie ist die gesundheitliche Lage von Frauen in Deutschland?

Erstmalig hat das Robert Koch-Institut im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes einen umfassenden Blick auf die gesundheitliche Lage von Frauen und Mädchen gerichtet. Längst ist klar, Frauen unterscheiden sich hinsichtlich ihres gesundheitlichen Verhaltens, ihrer Symptome und häufigsten Erkrankungen von Männern und bedürfen einer gendersensiblen gesundheitlichen Versorgung. Die dafür nötige wissenschaftliche Grundlage ist nun mit dem Frauengesundheitsbericht aktualisiert worden.

Im ersten Teil informiert der Bericht über den allgemeinen Gesundheitszustand, über das Gesundheitsverhalten und über die gesundheitliche Versorgung von Frauen in verschiedenen Altersphasen in Deutschland. Ein Kapitel umfasst die Gesundheit von Mädchen.

In der zweiten Hälfte wird die Gesundheit von Frauen in besonderen Lebenslagen betrachtet, wie etwa die von alleinerziehenden oder pflegenden Frauen oder die Gesundheit von Migrantinnen. Darüber hinaus werden gesundheitliche Auswirkungen von Gewalterfahrungen, die Gesundheit von Frauen mit Behinderungen sowie die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen in den Blick genommen. Gewonnene Erkenntnisse sind beispielsweise, dass jede vierte Frau im gebärfähigen Alter, die keine Kinder hat, ungewollt kinderlos ist, der Frauenanteil unter den pflegenden Angehörigen im Erwerbsalter höher ist als im Rentenalter und Frauen und Mädchen mit Behinderungen deutlich häufiger von Gewalt betroffen sind und zwei- bis dreimal so oft sexuelle Übergriffe als Frauen und Mädchen ohne Behinderungen erleben.


Darüber hinaus wird auch das Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt aufgegriffen, das durch die gegenwärtigen gesellschaftspolitischen Debatten an Bedeutung gewonnen hat. Verfasst wurde der Bericht von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) am Robert Koch-Institut (RKI) in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt und unter Mitarbeit zahlreicher externer Expertinnen und Experten.

Der Frauengesundheitsbericht will dazu beitragen, die Sensibilisierung in Politik, Wissenschaft und Praxis weiter voranzutreiben und damit die Gesundheit von Frauen zu erhalten und zu fördern. (jd)

 Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.* RKI, Berlin, 2020, 392 Seiten. Online abrufbar unter: www.rki.de/frauengesundheitsbericht

Vulva und Vagina – Neue Einblicke in die weibliche Lust

Im Gegensatz zum männlichen Geschlecht geht das weibliche mit einem großen Schamgefühl und Unwissenheit einher. Nur wenige können mit den Begrifflichkeiten Vulva und Vagina korrekt umgehen. In dieser Dokumentation holen Feministinnen, Männer und Frauen der Medizin die weiblichen Genitalien aus der Schamzone und beleuchten die Komplexität mit ihren verschiedenen Facetten. (jd)

 Vulva und Vagina – Neue Einblicke in die weibliche Lust, Wissenschaftsdokumentation vom 14.05.2020, online abrufbar unter: www.3sat.de/wissen/wissenschaftsdoku/vulva-und-vagina-neue-einblicke-in-die-weibliche-lust-100.html, 43 Min.

Vulva: Lust und Tabu

Während weltweit immer noch Frauen gegen ihren persönlichen Willen genitalverstümmelt werden, lassen sich hierzulande mehr und mehr Frauen im Intimbereich optimieren. Woher kommt dieser Trend? Diese Frage diskutiert Gert Scobel mit seinen Gästen: Sheila de Liz (Gynäkologin, Youtuberin und Autorin), Ann-Marlene Henning (Psychologin, Sexologin und Autorin) und Mithu Sanyal (promovierte Kulturwissenschaftlerin im Bereich Genderforschung, Journalistin und Buchautorin). Einerseits wird das Tabu gebrochen und über die Besonderheiten, Funktionen und Einzigartigkeiten des weiblichen Geschlechts gesprochen, andererseits werden der Optimierungswahn und damit einhergehende bedenkliche Maßstäbe thematisiert und das Ziel verfolgt Frauen mit ihrem Körper vertrauter zu machen. (jd)

 scobel – Vulva: Lust und Tabu, Wissenschafts-Talk vom 14.05.2020, online abrufbar unter: www.3sat.de/wissen/scobel/scobel---vulva-lust-und-tabu-102.html, 58 Min.

Clio zu Hormonen und Rhythmen

Die clio 91 greift typische Fragestellungen zu Hormonen und hormonellen Veränderungen im Frauenleben auf. Wie erleben junge Frauen heutzutage den Zyklus und die Menstruation? Wie kann eine Frau den Zyklus erspüren und nachvollziehen? Sind bio-identische Hormone die neue Mode? Hormone und Fruchtbarkeit in Zusammenhang mit Kinderwunsch ist Thema. Die Verhütungspille kam vor 60 Jahren in den USA auf den Markt. Der Pille sind gleich zwei Artikel gewidmet: die Pille als Fluch und Segen sowie das ambivalente Verhältnis junger Frauen zur Pille. Auch die Schilddrüse und wie sie die weiblichen Rhythmen beeinflusst, wird thematisiert. Ein Beitrag über Risiken und häufig unbekannte Nebenwirkungen von hormonellen Verhütungsmitteln und Spiralen rundet das Heft ab. (us)

 Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum (Hrsg.): Clio, die Zeitschrift für Frauengesundheit, Nr. 91, November 2020, 48. Jg., ISSN 0933-0747, 36 Seiten, 4,50 Euro, zu beziehen über info@ffgz.de

Zukunft der Beratung

Beratung ist ein wichtiger Bestandteil des Versorgungsangebotes. Gerade in Zeiten von Corona ist deutlich geworden, wie wichtig ein freier Zugang zu Beratungsstellen ist, um gesellschaftliche Teilhabe in allen Bereichen offen zu halten. Das pro familia magazin Nr. 4 | 2020 stellt die Situation bei pro familia dar, diskutiert aber auch ganz allgemeine Aspekte wie die politischen Dimensionen der Beratungsarbeit, das Austarieren von Machthierarchien in Beratung oder Videokommunikation als Zukunftsmodell für Beratung und Psychotherapie. (us)

 pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. (Hrsg.): Zukunft der Beratung, pro familia magazin Nr. 4, 2020, ISSN 0175-2960, 48. Jg., 32 Seiten, 5,10 Euro

Intime Verletzungen

Weltweit sind etwa 5 % der weiblichen und ca. 37 % der männlichen Gesamtbevölkerung von Genitalbeschneidungen betroffen. Die Autorin setzt sich mit den vielfältigen Aspekten und Hintergründen genitalverändernder Praktiken auseinander. Sie fragt besonders danach, inwieweit weibliche und männliche Genitalbeschneidungen miteinander vergleichbar sind und welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen. Dabei stellt sie medizinische, psychologische, soziokulturelle und politische Aspekte dar. (us)

Melanie Klinger: Intime Verletzungen. Weibliche und männliche Genitalbeschneidung. (K) ein unzulässiger Vergleich?! tredition Verlag, Hamburg, 2019, ISBN 978-3-7497-3198-5, 272 Seiten, 9,99 Euro

Erste Studie zu häuslicher Gewalt während der Corona-Pandemie in Deutschland

Janina Steinert, Professorin für Global Health an der Technischen Universität München (TUM), und Dr. Cara Ebert vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung haben rund 3.800 Frauen zwischen 18 und 65 Jahren online nach ihren Erfahrungen befragt. Die Studie ist hinsichtlich Alter, Bildungsstand, Einkommen, Haushaltgröße und Wohnort repräsentativ für Deutschland. Die Frauen wurden zwischen 22. April und 8. Mai 2020 nach dem vorangegangenen Monat gefragt, also der Zeit der strengsten Kontaktbeschränkungen.

Ergebnisse der Studie sind unter www.tum.de/nc/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/details/36053/ abrufbar.

What works

Die fünf besten amerikanischen Orchester hatten jahrzehntlang einen Frauenanteil von 5 Prozent. Beim Vorspielen vor den männlichen Jurys fielen die Kandidatinnen regelmäßig durch. Als mittels eines Vorhanges eine der Jurys nicht mehr sehen konnte, ob ein Mann oder eine Frau spielte, stieg die Quote plötzlich dramatisch an. Diese verzerrten Wahrnehmungen, die unsere Entscheidungen beeinflussen, werden in dem vorliegenden Buch zu Beginn vorgestellt. Die Antwort auf dieses Dilemma ist das Verhaltensdesign, also geänderte Spielregeln. Verhaltensdesign für Schule und Arbeitsplatz wird in einem eigenen Kapitel besprochen.

Gutes Verhaltensdesign beginnt mit Daten, um zu verstehen, ob und warum es Ungleichheiten gibt. Ausprobieren, die Lücken zu schließen, Signale und Wegweiser entwickeln und aufstellen, um Anstöße für mehr Gleichheit zu geben, sind die nächsten Schritte. Dabei wird immer auf der Grundlage verhaltenswissenschaftlicher Erkenntnisse gearbeitet. (us)

 Iris Bohnet: *What works. Wie Verhaltensdesign die Gleichstellung revolutionieren kann.*
Verlag C. H. Beck, München, 2017, 381 Seiten, ISBN 978-3-406-71228-9, 26,95 Euro

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie wurden beziehungsweise werden viele der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem digitalen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand Dezember 2020) erfolgen daher vorbehaltlich etwaiger Änderungen durch die Veranstalter. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

Datum / Ort	Titel	Information
05. Februar 2021 Online Veranstaltung	„Null Toleranz gegenüber weiblicher Genitalverstümmelung_ Beschneidung“, digitaler Austausch der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C anlässlich des Internationalen Tages	https://www.fpz-berlin.de/Online-Veranstaltung-der-Koordinierungsstelle-FGM_C-5-2-2021-977340.pdf
05. - 06. Februar 2021 Online Kongress	65. Deutscher STI-Kongress – „Liebe in Zeiten von COVID-19“	Deutsche STI-Gesellschaft e. V. Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit Anmeldung unter: www.sti-kongress2021.de/index.php?id=1147
9. - 10. Februar 2021 München	Grundlagenseminar zu Zyklus, Fruchtbarkeit, Empfängnisverhütung und Zyklus-App-Anwendung bei Jugendlichen	www.mfm-deutschland.de/index.php/wissens-blog/aktuelle-fortbildungsangebote/item/275-grundlagenseminar-zu-zyklus-fruchtbarkeit-und-empfaengnisverhuetung
18. Februar 2021 Online Tagung	„Weibliche Genitalverstümmelung-Ursachen, Folgen und Handlungsstrategien zur Prävention und Unterstützung“ des Diakonischen Werks evangelischer Kirchen in Niedersachsen e. V.	Weitere Informationen unter: www.diakonie-in-niedersachsen.de/pages/fortbildung/migration-familienhilfe/index.html
26. - 27. Februar 2021 Frankfurt a. M.	Frühlingstagung 2021 der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (BKID)	www.bkid.defuer-fachkraefte/bkid-tagungen
04. - 06. März 2021 Online Kongress	Brave New Psychotherapy, 31. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung der dgvt Darin: Symposium der Fachgruppe Frauen „Häusliche Gewalt und Folgerungen für die psychosoziale Beratung und die Psychotherapie“	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. www.dgvt.de
09. März 2021 Online Seminar	Web-Seminar der Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt: „Gefährdungseinschätzung und Fallmanagement bei Häuslicher Gewalt - am Beispiel des Osnabrücker Modells“ - mit Olga Barbje	Alle Informationen unter: www.lks-niedersachsen.de/veranstaltungen/

11. - 12. März 2021 Online Tagung	50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) – Traditionen und Umbrüche in der Psychosomatischen Frauenheilkunde	Weitere Informationen bald unter: www.dgpf.de/weiterbildung/jahrestagung-dgpf-2021/
16. - 18. März 2021 Online Kongress	26. Kongress Armut und Gesundheit unter dem Motto „Aus der Krise zu Health in All Policies“	Weitere Informationen unter: https://www.armut-und-gesundheit.de/kongress-2021/programm
20. April 2021 Online Seminar	Web-Seminar der Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt: „Wissen macht Mut gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen“ – mit Dolly Tembaak	Alle Informationen unter: www.lks-niedersachsen.de/veranstaltungen/
15. oder 16. Mai 2021 Hannover	Veranstaltung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zu 150 Jahre § 218 (Film und politische Diskussionsrunde)	Nähere Informationen zeitnah unter www.gesundheit-nds.de
Sommer 2021 Online Seminar	Viel Theater um Körper und Sex?!, Online Fortbildung der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen	Informationen: https://www.jugendschutz-niedersachsen.de/seminare/download-seminarplan/
12. Juni 2021 Deutsches Hygiene-Museum, Dresden	„#FemHealth2020: Digitalisierung und Frauengesundheit“ Fachtag im Rahmen der 27. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit (Hybridveranstaltung)	Anmeldung unter: www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2020/09/02/femhealth2020-digitalisierung-und-frauengesundheit/
03. September 2021 (ursprünglich am 11.09.2020) im EWDE, Berlin	GEWALT.MACHT.FRAUEN.SEELE.KRANK. Fachtagung	www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2020/02/23/save-the-date-gewalt-macht-frauen-seele-krank/
16. - 17. September 2021 Hamburg	Psychosoziale Medizin in Zeiten des Umbruchs, gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie	http://dgmp-dgms-2021.de
22. - 24. September 2021 Universität Leipzig	56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM): „Das Soziale in Medizin und Gesellschaft - Aktuelle Megatrends fordern uns heraus“	https://www.dgsm2021-leipzig.de/willkommen.html

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Stefanie Rennspiess
Nds. Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

stefanie.rennspiess@ms.niedersachsen.de

Birgit Vahldiek
SoVD-Landesverband
Niedersachsen e.V.
Herschelstr. 31
30159 Hannover

birgit.vahldiek@sovd-nds.de

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen
Dieterichsstraße 25A
30159 Hannover

hildegard.mueller@profamilia.de

Edith Ahmann
Frauen-und MädchenGesundheitsZentrum
Region Hannover e.V.
Escherstrasse 10
30159 Hannover

info@fmgz-hannover.de

Melissa Depping
„MOSAİK Gesundheit – ein Projekt für lesbische,
bisexuelle und queere Frauen* in Niedersachsen“
c/o QNN e.V., Volgersweg 58, 30175 Hannover

kontakt@mosaikgesundheit.de