

Vorarlberger AIDS- Gespräche, Fachsymposium

Anlässlich 20 Jahre AIDS-Hilfe Vorarlberg und zum Internationalen Tag der Krankenpflege, 12. Mai 2006, Festspielhaus Bregenz

Eine Veranstaltung der AIDS-Hilfe Vorarlberg in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheits- und Krankenpflege Vorarlberg

Geschlechterperspektiven

Wie sich gesellschaftliche Geschlechterverhältnisse auf den Umgang von Frauen bzw. Männern mit Hiv/Aids auswirken.

Veronika Zak, Frauenprävention Aidshilfe Wien

Hiv/Aids kann jedeN treffen – aber nicht alle sind davon in gleicher Art und Weise betroffen.

Diese Aussage bezieht sich nicht auf individuelle Unterschiede sondern thematisiert strukturelle Unterschiede, die in „unserer“ Gesellschaft und allen anderen Kulturen, in denen (noch immer) keine Gleichberechtigung zwischen Frauen und Männern besteht, wirksam sind.

Heterosexuelle Frauen sind daher anders betroffen als heterosexuelle Männer.

Es ist – wohlgemerkt – nicht Ziel dieses Referates Männer pauschal zu beschuldigen bzw. zu verurteilen oder Frauen in eine Opferrolle zu drängen. Vielmehr geht es mir darum die Komplexität der Zusammenhänge aufzuzeigen, die dazu führen, dass HIV/Aids für Frauen in einem heterosexuellen Kontext eine – und das ist ein Faktum – massivere Bedrohung darstellen als für Männer in demselben Kontext.

- Fakt ist: weltweit werden 70 – 80% der Neuinfektionen über heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen.
- Fakt ist: bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr mit einem Hiv-positiven Mann haben Frauen aufgrund der physiologischen Gegebenheiten (Schleimhautfläche, Virusbelastung, Mikroverletzungen im Genitalbereich, ein 2-5 mal so hohes Risiko wie Männer, die mit einer hiv-positiven Frau sexuell verkehren.
- Fakt ist, dass derzeit etwa die Hälfte der Hiv-Infektionen bei Frauen auftritt, dass der Prozentsatz von Frauen bei den Neuinfektionen aber weltweit im Steigen begriffen ist; in einigen Ländern rasant (südlich der Sahara: 2/3 aller Neuinfektionen sind Frauen zwischen 15 und 24 Jahren), in anderen langsamer, aber ebenfalls kontinuierlich steigend.

Die physiologischen Gegebenheiten bieten eine relativ simple Erklärung für diese Fakten an. Die simple Lösung für das „Problem“ läge demnach in einer selbstbestimmten Sexualität der Frauen.

Wenn Frauen

- 1.) nur dann mit einem Mann Sex haben, wenn sie das selber wollen und
 - 2.) diese Situation so gestalten können, dass sie sich (mittels Kondom bzw. Femidom) vor Hiv/Aids schützen,
- könnten wir beruhigt von einer gelungenen Frauenprävention sprechen.
Das können wir leider (noch) nicht.

Im Folgenden möchte ich die Faktoren erläutern, die dazu beitragen, dass Frauen häufig nicht selbstbestimmt über ihre Sexualität und ihre Gesundheit entscheiden (können):

Zuvor möchte ich noch darauf hinweisen, dass die folgenden Themen in verschiedenen geografisch/kulturellen Zusammenhängen jeweils mehr oder weniger zutreffend sind. Ich habe die Form der Aufzählung gewählt ohne die Bereiche einzelnen Kulturen zuzuordnen, da sich die meisten Themen – in unterschiedlicher Ausformung und in unterschiedlichem Ausmaß – überall dort anzutreffen ist, wo Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen (noch immer) nicht völlig verwirklicht ist.

Psychosoziale Faktoren:

- **Verhütung = Schutz vor Schwangerschaft = Antibabypille** (nicht Kondom)
Viele Frauen verbinden das Thema Verhütung ausschließlich mit dem Schutz vor Schwangerschaft. Hiv/Aids und auch andere STD´s sind für viele heterosexuelle Frauen schlichtweg Themen, die nichts mit ihrer Sexualität zu tun haben.
Die Pille ist noch immer DIE Errungenschaft, die ihnen die Selbstbestimmung über die Frage „Kind: ja oder nein?“ gegeben – und damit ein Stück Macht und Unabhängigkeit von Männern ermöglicht hat. Mit der Verwendung eines Kondoms geben sie diese Selbstbestimmung (scheinbar) wieder auf und sind auf die Kooperation ihres Partners angewiesen.
- **Mythos Treue**
Im Widerspruch zu den vorherrschenden Idealen einer monogamen treuen Zweierbeziehung (vor allem – und stark im Steigen bei Jugendlichen) steht das tatsächliche Verhalten gebundener Menschen: 2/3 der Männer und 1/2 der Frauen gehen zumindest einmal im Leben außerpartnerschaftliche Beziehungen ein. Der Druck „treu sein zu müssen“ führt hier fatalerweise nicht zu verantwortungsvollem Verhalten (safer sex) ausserhalb der Beziehung sondern zum genauen Gegenteil. – „Es ist passiert“- statt „ich habe Verantwortung dafür“ ist vor allem für Frauen eine häufige Rechtfertigung für ungeschützten Geschlechtsverkehr.
Exkurs: Dieses Paradoxon wurde auch in einer Studie von Kleiber/Velten 1994 bestätigt, in der festgestellt wurde, dass Männer in festen Partnerschaften signifikant seltener Kondome bei Sexualkontakten ausserhalb der Beziehung verwendeten als Singlemänner.
- **Rollenbilder**
Eine Frau/ein Mädchen, das ein Kondom dabei hat, hat „es darauf angelegt“ – ist ein Flittchen. Während ein Mann/Bursche mit vielen Sexualkontakten eher

als „toller Hengst“ bewundert wird und Anerkennung von seiner Umwelt (und zwar meistens von beiden Geschlechtern) bekommt, gibt es für sexuell aktive, selbstbestimmte Frauen/Mädchen ausschliesslich negative Beiwörter wie Schlampe, Flittchen usw. – und gerade Frauen/Mädchen folgen oft dem Abwehrmechanismus der Abwertung um ihre eigene Sexualität nicht in Frage stellen zu müssen.

- **Emotionale Abhängigkeit**

Ein weites Feld verwirrender Widersprüchlichkeiten:

Frauen definieren sich (noch immer) weitaus mehr über soziale Beziehungen als Männer. Dies gilt auch für die Partnerschaft. Die Angst verlassen zu werden, wenn Frauen (vor allem junge Mädchen) Nein sagen, bzw. Ansprüche äußern, ist daher nicht nur eine Angst vor Einsamkeit sondern auch eine Verunsicherung der Identität und bedeutet einen Verlust identitätsstiftender Persönlichkeitsanteile.

Exkurs: In meiner täglichen praktischen Arbeit mit Mädchen fällt mir immer wieder ein enger Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und selbstbestimmter Identität auf. Solange ich wenig (von mir) weiß, brauche ich dringend die Bestätigung der anderen, darüber wer ich bin. Um diesen Zustand aufrechtzuerhalten, sind viele Mädchen bereit Grenzüberschreitungen in Kauf zu nehmen.

Scheinbar widersprüchlich hierzu die Tatsache, dass inzwischen mehr Trennungen von den Frauen initiiert werden als von Männern.

Erklärungsmodelle hierzu liefern der Bildungsgrad der beteiligten Personen sowie der Grad des erlebten Leidensdruck (Männer als Gefühlsverdränger, Frauen als „Symptomträgerinnen“)

- **Soziale Abhängigkeit**

Bedeutet die Identifikation über den Status des Mannes

ist eng verknüpft mit der vorherigen Thematik, fokussiert allerdings einen anderen Aspekt im Selbstbild. Hier geht es vor allem um das Bild nach außen, das aufrecht gehalten werden soll. Viele Frauen erleben sich emotional durchaus unabhängig vom Partner, ihr Leben definiert sich jedoch (auch) über viele Außenfaktoren, die an den Mann gebunden sind, wie z.B. den Beruf des Mannes, den gesellschaftlichen Status als verheiratete Frau, bzw. als „heile Familie“, den Lebensstandard, etc. Um dies nicht zu gefährden „spielen“ Frauen in der Partnerschaft mit, selbst wenn sie ahnen oder sogar wissen, dass ihr Partner sie möglicherweise gefährdet.

- **Körperliche Gewalterfahrungen in der Partnerschaft**

sind Erfahrungen, die (in Österreich) jede fünfte erwachsene Frau mindestens in einer heterosexuellen erlebt – und somit (leider) kein Randthema.

Im Zusammenhang mit Hiv/Aids sind Gewalterfahrungen insofern als psychosozialer Faktor zu verstehen, als dass diese (in einem Teufelskreis von Angst, Ohnmachtserfahrung, unterdrückter Wut und Schuldgefühlen) selbstbestimmtes Verhalten von Frauen massiv erschweren und diese oft in einer passiven „Opferhaltung“ „ausharren“.

- **Traditionen/Zwänge aufgrund sozialer Konventionen**

Sind noch starrer und werden – bei „Missachtung“ bzw. Verweigerung im Unterschied zu Rollenbildern (siehe oben) auch stärker vom jeweiligen

sozialen Umfeld sanktioniert. Um ein Extrem zu nennen, seien hier etwa traditionelle Beischlafriten innerhalb der Familie in Afrika genannt; aber auch ohne weit über den Tellerrand zu blicken, finden sich Beispiele in unseren Breitengraden, wo vor allem Frauen mit Migrationshintergrund massive Gewalt (Stichwort: Ehrenmorde) fürchten müssen, wenn sie versuchen eigene Wege (auch in der Sexualität) zu gehen.

Exkurs: aus meiner Alltagspraxis: Das Jungfernhütchen ist unter Mädchen mit Migrationshintergrund DAS Thema. Ihre Fragen drehen sich nicht um Vorgänge in ihrem Körper, über Lust oder Verliebtseinsgefühle. Einzig wichtig ist, dass sie bis zu ihrer Hochzeit Jungfrau bleiben – sonst bringen sie Schande über die Familie. Sexualität – das ist etwas für IHN. So ist es kein Wunder, dass in fast jedem Aids-Hilfe-Workshop die Frage auftaucht, ob sie noch Jungfrau sei, wenn sie Analverkehr mit jemanden habe, „er will das nämlich...“

Ökonomische Faktoren:

- **Finanzielle/ökonomische Abhängigkeit**
Reproduktionsarbeit und Kindererziehung sind innerhalb einer Partnerschaft/Familie immer noch Frauenarbeit – und noch immer unbezahlt. Das schafft eine Abhängigkeit vom Einkommen – und der Versicherung des Mannes. Auch wenn die Zahl der erwerbstätigen Frauen steigt (wobei dies zu fast 90% auf Teilzeitjobs zurückzuführen ist, die keinen Lebensunterhalt sichern), werden die meisten Partnerschaften (vor allem mit Kindern) finanziell/ökonomisch überwiegend vom Mann getragen. Vor allem für Frauen mit niedrigem Bildungsniveau und schlechten Chancen am Arbeitsmarkt, sowie für Mütter mit minderjährigen Kindern bedeutet dies eine große Hemmschwelle auf dem Weg zur Selbstbestimmung.
- **Armut (ist weiblich)**
In Ländern mit großer Armut haben Frauen generell weniger bzw. erst nach den Männern Zugang zu materiellen Ressourcen (z.B. Kondome, Hygienemittel, Medikamente, Spitalsbehandlungen, etc.) ebenso wie zu ideellen Ressourcen wie etwa Bildung und Information.
- **Zwangsprostitution /Frauenhandel**
Ist ebenfalls kein Randphänomen sondern ein – durch die Globalisierung und Migrationsbewegungen – bedingtes Phänomen, das in den letzten Jahren stark expandiert (z.B. legale Sexarbeiterinnen in Wien: ca. 800, illegale Sexarbeiterinnen in Wien: Dunkelziffer bei 3000 -4000)

Der Vollständigkeit halber noch einmal erwähnt:

Physiologische Faktoren:

- Höhere Viruslast im Sperma als im Vaginalsekret
- Scheidenschleimhaut stellt eine etwa 10 x so große Angriffsfläche dar als die Penisschleimhaut
- Längere Verweildauer des Spermas in der Vagina
- Günstiges „Klima“ für die Viren in der Vagina (Luftabschluß)
- Pille (und alle anderen hormonellen Verhütungsmittel) sowie Spirale erhöhen Infektionsrisiko

Nachdem offensichtlich geschlechtsspezifisch unterschiedliche Faktoren dazu beitragen, dass Frauen bzw. Männer sich mit Hiv/Aids anstecken, stellt sich im folgenden die Frage ob es auch im Falle einer Ansteckung mit Hiv/Aids geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang und Verlauf mit der Erkrankung gibt und inwieweit es sinnvoll und notwendig ist, diese Unterschiede zu reflektieren und daraus Schlüsse zu ziehen:

Medizinische Aspekte:

- **Diagnose und Therapiezugang**
Bei Frauen wird Hiv durchschnittlich später diagnostiziert als bei Männern. Obwohl Frauen sich tendenziell sogar früher in ärztliche Behandlung begeben als Männer, vermuten und diagnostizieren ÄrztInnen (aufgrund eines „blinden Flecks“) bei Frauen oft sehr spät eine Hiv-Infektion. Somit erhalten Frauen auch später Therapiezugang (obwohl sie diese bereits zu einem früheren Zeitpunkt beginnen sollten als Männer) und erhöht ihre Aidssterblichkeit.
- **Kombinationstherapien**
sind auf Männer „zugerechteschnitten“ – Der Frauenanteil an Studien ist weiterhin marginal (ca. 5%). Neben der Dosierungsproblematik wird auch kaum berücksichtigt, dass bei Frauen mehr und spezifische Nebenwirkungen vorkommen.

Psychosoziale Aspekte:

- **Psychische Verarbeitungsmechanismen**
So wie Frauen und Männer auch in anderen Krisensituationen tendenziell unterschiedliche Strategien im Umgang mit Emotionen verfolgen, kann auch hier festgestellt werden, dass Frauen eher dazu neigen, depressive Züge zu entwickeln, verstärkt Schuld- und Schamgefühle zu haben (als nach innen gekehrte Aggression) und sich innerlich zu isolieren, während Männer eher nach aussen gerichtete Strategien „wählen“.

Exkurs: zum Thema Isolation: in der Frauenprävention besteht grundsätzlich die Schwierigkeit, dass „die Frauen“ eine riesige und sehr heterogene Gruppe darstellt, die gerade aufgrund dieser Vielfalt nicht als Gesamtgruppe ansprechbar –und damit auch „vernetzbar“ ist. Im Gegensatz etwa zur

„schwulen Community“, die für hiv-positive Männer eine zentrale Rolle einnimmt und vor sozialer Isolation schützt sowie eine positive Auseinandersetzung mit Hiv/Aids ermöglicht, besteht eine solche „Verbindung“ unter den Frauen nicht (wie ja auch gesamtgesellschaftlich Männer wesentlich mehr Erfahrung darin haben, sich (in Männerbünden aller Art) zu vernetzen und zu stärken. Es gibt derzeit einen Selbsthilfeverein für Hiv-positive Frauen (H.I.V.) der mit viel Engagement von Frau Stefanek geleitet und rundum betreut wird. In Relation dazu aber, wieviele Frauen in Österreich tatsächlich von Hiv betroffen sind (derzeit ca. 40 – 45%, Tendenz weiter steigend), zeigt sich was für ein Tabuthema Hiv für die betroffenen Frauen ist.

- **Veränderungen innerhalb der Partnerschaft**

Ob in Partnerschaft ohne Kinder oder in Partnerschaft mit Kinder; auf alle Fälle bringt eine Hiv-Infektion eine zumeist ungewollte und belastende, oft allerdings auch klärende Dynamik in die Situation.

Auch hier spiegeln sich gesamtgesellschaftliche Realitäten wieder. Ist der Mann von Hiv betroffen oder schon an Aids erkrankt, kommt es seltener zu einer Trennung als im umgekehrten Fall. Auch wenn dies durch die oben angeführten Faktoren verständlich wird, erstaunt es mich dennoch, wenn man bedenkt, dass ja nicht nur die Tatsache der Infektion bzw. der Erkrankung die Beziehung und damit die pflegenden Frauen belastet sondern, dass es zu der Hiv-Infektion durch ausserpartnerschaftlichen Sexualkontakt gekommen ist. Im umgekehrten Fall wird die Situation noch komplexer: häufig sind es die hiv-infizierten Frauen selber, die sich – vor dem Hintergrund der Scham- und Schuldgefühle oder aber auch im Sinne einer „Katalysatorwirkung“ vom Partner trennen, ebenso häufig aber werden sie von überforderten Partnern verlassen.

- **Kinder**

Wenn Kinder da sind, wird die Situation für die Frauen noch schwieriger: Auf **emotionaler Ebene** geraten viele hiv-positive Frauen in innere Konflikte und bauen Berührungsgänge zu den eigenen Kindern auf. Auch wenn sie rational um die Ansteckungswege wissen, wirken hier noch immer tief verwurzelte Glaubenssätze von der „schmutzigen, schlechten“ Frau, die eine Bedrohung für die anderen ist. Diesen Konflikt positiv zu bewältigen, stellt gerade für Frauen, die ja eine sehr körperliche, nahe Beziehung zu ihren Kindern haben, eine große Herausforderung dar.

Auf **sozialer Ebene** erleben viele Frauen die Umwelt als Bedrohung. Eine Frau, die hiv-infiziert ist, wird automatisch als Mutter in Frage gestellt. Dies kann als Phantasie der Frauen gesehen werden. Erfahrungswerte zeigen leider, dass dies durchaus reale Erfahrungen von hiv-positiven Müttern sind, bei denen plötzlich und erstmalig (leider nicht einmalig) das Jugendamt vor der Tür steht. Auch wenn das Jugendamt sich als unterstützende Institution versteht, die ihre Dienste anbieten will, ist für mich die Vorgangsweise äußerst fragwürdig.

Auf **ökonomischer Ebene** bedeuten Kinder in einer Beziehung noch einen Abhängigkeitsfaktor mehr (siehe oben) – Frau kann versuchen die Partnerschaft (mit allen Mitteln, u.a. Verleugnung der Hiv-Infektion, Zulassen von Grenzüberschreitungen des Partners) aufrechtzuerhalten oder sich und ihre Kinder der Gefahr der Verarmung als alleinerziehende Mutter aussetzen.

Stichwort: **Kinderwunsch/Schwangerschaft** in hiv-positiven Partnerschaften

Ökonomische Aspekte:

- **Arbeitsplatzgefährdung**
Rückzugstendenzen/Depressionen verschlechtern die Situation der Frauen am Arbeitsplatz bzw. ihre Möglichkeiten zum Wiedereinstieg.
Weiters steigen die Diskussionen um Berufsausübung bei Hiv-Infektionen in Berufen mit überproportionalen Frauenanteil (Pflegeberufe, Berufe im Zusammenhang mit Kindern)
- **Armutsfalle**
Frauen haben – aufgrund der oft schlechteren Ausgangsbasis (bezüglich Versicherungszeiten, Höhe der Beiträge etc.) nur Anspruch auf minimale Pensionen und sind überproportional häufig Sozialhilfeempfängerinnen. Das wiederum führt zu einer schlechteren medizinischen Versorgungsmöglichkeit (ausserhalb der gesetzlich gewährleisteten Kombinationstherapie) wie z.B. Vitaminpräparate, ergänzende alternativmedizinische Versorgung usw.

Zur Person:

Veronika Zak, geb.1972 in Wien

Dipl.Sozialarbeiterin

Studium der Soziologie und feministischer Geschlechterforschung an der Uni Wien

Derzeit in Ausbildung zur Psychotherapeutin

Seit 1999 bis dato als freie Referentin in der Frauenprävention Aidshilfe Wien tätig

Seit 2003 Beraterin in der Beratungsstelle Sprungbrett für Mädchen