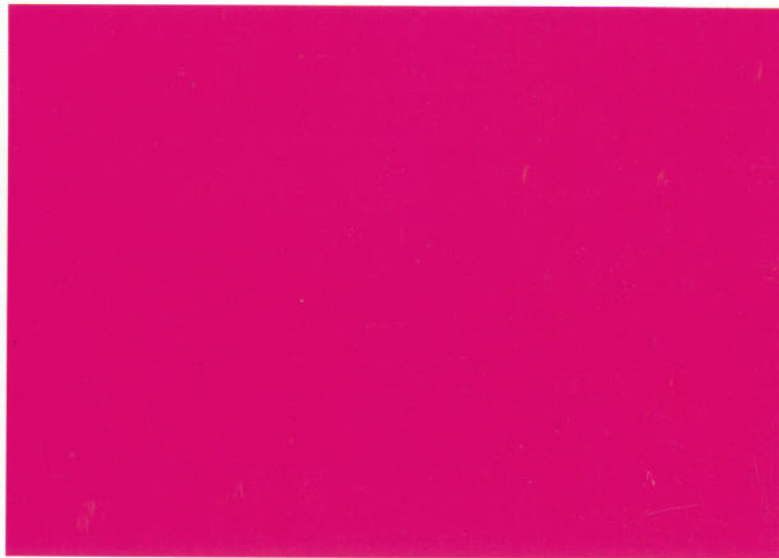




**Live
Leben und Interessen vertreten –
Frauen mit Behinderung**

Kohlhammer



Live
Leben und Interessen vertreten –
Frauen mit Behinderung

Lebenssituation, Bedarfslagen
und Interessenvertretung von
Frauen mit Körper- und Sinnes-
behinderungen

Live
Leben und Interessen Vertreten –
Frauen mit Behinderung

Lebenssituation, Bedarfslagen und
Interessenvertretung von Frauen
mit Körper- und Sinnesbehinderungen

Nicole Eiermann
Monika Häußler
Cornelia Helfferich

Band 183
Schriftenreihe des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verlag W. Kohlhammer

In der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden Forschungsergebnisse, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsgrundlage veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt der jeweiligen Autorin bzw. dem jeweiligen Autor.

Alle Rechte vorbehalten. Auch fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Eiermann, Nicole:

Live, Leben und Interessen Vertreten – Frauen mit Behinderung: Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen / Nicole Eiermann; Monika Häußler; Cornelia Helfferich.
– Stuttgart ; Berlin ; Köln : Kohlhammer, 2000

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 183)
ISBN 3-17-018525-9

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
10118 Berlin

Titelgestaltung: 4 D Design Agentur, 51427 Bergisch-Gladbach

Gesamtherstellung: DCM • Druckcenter Meckenheim, 53340 Meckenheim

Verlag: W. Kohlhammer GmbH
1999

Verlagsort: Stuttgart
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

INHALTSVERZEICHNIS

Vorbemerkung	11
1 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse und Konsequenzen	13
1.1 Methodische Anlage der Studie und Aussagekraft der Ergebnisse	14
1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	16
1.3 Konsequenzen	29
2 Fragestellung, Prämissen und Anlage der Untersuchung	33
3 Stand der Forschung	38
3.1 Statistische Daten zur Situation von Frauen mit Behinderung	38
3.2 Erwerbstätigkeit und finanzielle Lage	41
3.3 Berufliche Rehabilitation	43
3.4 Familiäre Situation	45
3.5 Soziale Netzwerke und Assistenz	47
3.6 Aspekte der Geschlechtsrolle	48
3.7 Soziale Diskriminierung und Gewalterfahrungen	51
3.8 Verhütung und Erfahrungen mit Frauenärzten und -ärztinnen	52
3.9 Zusammenfassung	53
4 Methodisches Vorgehen	55
4.1 Untersuchungsaufbau	55
4.2 Bundesweite schriftliche Befragung	55
4.2.1 Grundgesamtheit	55
4.2.2 Fragebogenaufbau	56
4.2.3 Stichprobenziehung	58
4.2.4 Rücklauf und Ausfälle	59
4.2.5 Dateneingabe und Auswertung	62
4.3 Biographische mündliche Interviews	63
4.3.1 Zielgruppe, Methodenwahl und Implikationen eines qualitativen Vorgehens	63
4.3.2 Der Interviewleitfaden	64

4.3.3	Frauen mit Behinderung als Interviewerinnen	64
4.3.4	Schulung der Interviewerinnen	65
4.3.5	Stichprobengewinnung	66
4.3.6	Organisation und Durchführung der Interviews	66
4.3.7	Transkription und Auswertung	66
4.4	Gespräche mit Expertinnen und Experten	69
4.4.1	Zielgruppe und Methodenwahl.....	69
4.4.2	Entwicklung des Gesprächsleitfadens	70
4.4.3	Stichprobe und Stichprobenausfälle	70
4.4.4	Organisation und Durchführung der Interviews	71
4.4.5	Transkription und Auswertung	71
5	Ergebnisse der schriftlichen Befragung	72
5.1	Beschreibung der Stichprobe.....	72
5.1.1	Regionale Verteilung und Altersstruktur	75
5.1.2	Behinderung im Lebenslauf und Grad der Behinderung.....	75
5.1.3	Familie und Lebensformen	81
5.1.4	Partnerschaft und Mutterschaft.....	86
5.1.5	Finanzielle Situation	89
5.2	Hilfebedarf und helfende Personen	93
5.2.1	Allgemeiner Gesundheitszustand	93
5.2.2	Hilfebedarf im Alltag.....	97
5.2.3	Helfende Personen und Einstellung zur Pflege	99
5.3	Bildung und Berufstätigkeit	101
5.3.1	Schulische und berufliche Ausbildung	101
5.3.2	Beruf und Berufstätigkeit.....	103
5.3.3	Berufliche Rehabilitation	107
5.4	Frauenspezifische Erfahrungsbereiche	108
5.4.1	Verhütung und Erfahrungen mit Frauenärzten und -ärztinnen	108
5.4.2	Sexuelle Gewalt und sexuelle Belästigungen	112
5.5	Behindert-Sein und Behindert-Werden	116
5.5.1	Gefühle der Abhängigkeit	116
5.5.2	Diskriminierungserfahrungen	119
5.5.3	Bewältigungsstrategien	122

5.5.4	Kritik und Empfehlungen.....	123
5.6	Zusammenfassung	128
6	Ergebnisse der biographischen mündlichen Befragung	135
6.1	Stichprobe und Methodeneffekte	135
6.1.1	Beschreibung der Interviewstichprobe.....	135
6.1.2	Teilnahmemotivation.....	143
6.1.3	Interviewinteraktion	146
6.1.4	Zusammenfassung und Aussagekraft des Interviewmaterials.....	153
6.2	Theoretische Vorüberlegungen zu psychischen und sozialen Aspekten.....	155
6.3	Frauen leben mit Behinderung - Themen der Bewältigung in der Längsauswertung.....	161
6.3.1	Gruppierungen und Typisierungen in den Auswertungskapiteln	161
6.3.2	Soziale Muster von Lebensbewältigung	164
6.3.3	Behinderungsspezifische Anforderungen und Bewältigungsstrategien bei chronischen Erkrankungen.....	173
6.3.4	Behinderungsspezifische Anforderungen und Bewältigungsstrategien bei körperlichen Beeinträchtigungen.....	177
6.3.5	Behinderungsspezifische Anforderungen und Bewältigungsstrategien bei Sinnesbeeinträchtigungen.....	182
6.3.6	Anforderungen und Bewältigungsstrategien bei multiplen körperlichen Beschwerden mit im Vordergrund stehender psychischer Problematik	187
6.3.7	Gruppenübergreifende Strategien, Zusammenspiel von Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung	192
6.4	Frauenspezifische Bewältigung	196
6.4.1	Sichtbarkeit der Behinderung.....	196
6.4.2	Kommunikation	199
6.4.3	Umgang mit Hilfe und Abhängigkeit.....	200
6.5	Grundlegende Dilemmata	204
6.5.1	Normalität und Akzeptanz, Gesundheit und Krankheit	204
6.5.2	Minderheitenstatus.....	209
6.5.3	Lebensziele und Erfolgsdefinitionen	212
6.5.4	“Zaubermittelfrage”	214
6.6	Weitere Themenfelder der Querauswertung.....	217
6.6.1	Sozialisation von Mädchen mit Behinderungen	217

6.6.2	Bildung, Berufstätigkeit, Finanzen	227
6.6.3	Partnerschaft, Familie und Mutterschaft	231
6.6.4	Soziales Umfeld	238
6.6.5	Sexualität	240
6.6.6	Assistenzsystem	243
6.6.7	Stigmatisierung	246
6.6.8	Wünsche an Staat und Gesellschaft	247
6.7	Gewalterfahrungen und Traumatisierungen	250
6.7.1	Formen von Gewalterfahrungen	250
6.7.2	Die Bedeutung der Behinderung im Rahmen von Gewalt- erfahrungen.....	254
6.7.3	Traumatisierungen	255
6.8	Zusammenfassung	259
7	Ergebnisse der Gespräche mit Expertinnen und Experten	272
7.1	Befragungsdesign	272
7.2	Aufgabengebiete und Erfahrungen der Experten und Expertinnen	273
7.3	Behinderung - Frausein - Gesellschaft	279
7.4	Erwerbstätigkeit und berufliche Rehabilitation	284
7.5	Möglichkeiten und Schwierigkeiten der politischen Interessen- vertretung.....	288
7.6	Vorschläge für künftige Forschungen und Meinungen zum Forschungsvorhaben	293
7.7	Zusammenfassung	294
	Abbildungsverzeichnis	296
	Tabellenverzeichnis	297
	Literaturverzeichnis	299
	Anhang	

Vorbemerkung

Die im folgenden dargestellte Studie über Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen wäre nicht möglich gewesen ohne die Kooperation vieler Menschen.

An erster Stelle sind hier die Frauen zu nennen, die an unserer schriftlichen und mündlichen Befragung teilgenommen haben, die bereitwillig und offen über ihre Lebenssituation Auskunft gaben und mit uns auch über Themen sprachen, die ihre persönlichen Gefühle und ihre Privatsphäre eng berühren. Bei all diesen eigentlichen Autorinnen der Studie möchten wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken.

Danken möchten wir auch unserem einzigartigen Interviewerinnen-Team, das mit professionellem Können, Einfühlungsvermögen, Engagement und Organisationsgeschick die zum Teil belastenden Gesprächssituationen meisterte. Als Expertenmeinung wurden die Anregungen und Ratschläge von verschiedenen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen berücksichtigt. Bei allen diesen Menschen, die uns unentgeltlich Zeit und Fachkompetenz zur Verfügung gestellt haben, bedanken wir uns. Danken möchten wir auch allen Landesversorgungsämtern, die mit uns kooperiert haben und somit die Durchführung dieser Studie ermöglichten.

Unser Dank gilt ebenso dem Auftraggeber, der es ermöglicht hat, erstmalig die Lebenssituation von Frauen mit Behinderung in so umfassender Weise wissenschaftlich zu thematisieren, und besonders allen politisch engagierten Frauen mit und ohne Behinderung, die dafür gekämpft haben, daß dieses Thema politisch wahrgenommen wird.

Freiburg im Januar 1999

1 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse und Konsequenzen

Die Ergebnisse dieser Studie werden von denen sehr aufmerksam gelesen, die wissen möchten, wie gut oder schlecht es Frauen mit Behinderung geht und wie wenig oder wie sehr sie diskriminiert werden. Aus den Zahlen werden Schlüsse gezogen, welche Verbesserungen wo ansetzen sollten. Aus diesem Grund ist eine besondere Sorgfalt bei der Interpretation der Daten und damit vorab ein Hinweis auf die Reichweite der Ergebnisse notwendig.

- Die Studie ist nicht repräsentativ in dem Sinn, daß sie Aussagen über alle Frauen mit Behinderung zuläßt. Sie hat als spezifische Zielgruppe Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen und schließt Frauen mit geistiger Behinderung aus.
- Die Stärke der vorliegenden Befragung besteht in dem breiten bevölkerungsbezogenen Zugang und in dem großen Umfang der Befragung. Wie jede empirische Erhebung mit freiwilliger Beteiligung der Befragten unterliegt sie Verzerrungen, die dadurch zustande kommen, daß bestimmte Frauen eher antworten als andere. In diesem Fall haben stark pflegebedürftige Frauen und Frauen in Einrichtungen sich kaum geäußert, obwohl sie zu der Stichprobe gehören. Dieses Problem der Verzerrung kann empirisch nicht gelöst werden; eine bezogen auf das Kriterium der Repräsentativität in der breiten Bevölkerung „bessere“ Stichprobe ist technisch nicht möglich. Die Sorgfalt gebietet, die Einschränkungen der Repräsentativität bei der Interpretation der Daten mit zu bedenken, um nicht falsch zu verallgemeinern. Dies ist auch politisch bedeutsam, da Ergebnisse als Konsequenz der Verzerrung ein positiveres Bild der Lage der Frauen mit Behinderung abgeben, als allgemein gelten dürfte, da die Schwerstbehinderten systematisch unterrepräsentiert sind. Aus den Grenzen der Repräsentativität ergibt sich die Aufforderung, gerade die schwer mit einem Fragebogen erreichbaren Gruppen von Frauen in gesonderten Befragungen zu Wort kommen zu lassen.
- Bei 28,3% der Befragten ist die Behinderung nach dem 45. Lebensjahr und bei 29,2% zwischen dem 30. und dem 45. Lebensjahr eingetreten. Damit lebten viele Frauen bis zu einem relativ späten Zeitpunkt ihres Lebens unter denselben biographischen Bedingungen wie Frauen ohne Behinderung. Die Daten beziehen sich jeweils auf die aktuelle Situation zum Befragungszeitpunkt. Für biographische Ereignisse (Schulabschluß, Schwangerschaften und Kinder, Eheschließung, Gewalterfahrungen etc.) kann nicht gesagt werden, ob die Frauen zu dem zurückliegenden Zeitpunkt schon behindert waren oder nicht. Es kann nicht zwischen der Problematik z.B. als Behinderte Mutter zu werden oder als Mutter behindert zu werden, unterschieden werden. Aussagen wie „Frauen mit Behinderung heiraten selten/häufig“ sind nicht möglich, wohl aber Aussagen wie „Frauen mit Behinderung sind selten/häufig verheiratet.“ Sollen die frühen und lebenslangen Auswirkungen von Behinderung im Vordergrund stehen, sollten Befragungen auf Frauen beschränkt werden, bei denen eine Behinderung früh im Leben eingetreten ist.
- Viele Gemeinsamkeiten zwischen Frauen mit und ohne Behinderung ergeben sich aus dem Anteil der Frauen, bei denen die Behinderung spät eintrat. Diese

Gemeinsamkeiten dürfen nicht dazu verführen, die Unterschiede zu vernachlässigen: Z.B. mögen Frauen mit und ohne Behinderung in gleichem Maß Mütter sein, aber Mütter mit Behinderung befinden sich in einer anderen Situation als Mütter, die keine Behinderung haben.

- Die zweite Stärke der Befragung besteht neben der breiten bevölkerungsbezogenen Erhebung in den in die Tiefe gehenden qualitativen Interviews. Hier sind wie bei hochselektiven qualitativen Erhebungen generell keine Verallgemeinerungen bzw. Repräsentativitätsaussagen angestrebt und möglich. Möglich ist aber ein Einblick in die Bewältigung des Lebens als Frau mit einer Behinderung. Ein Aspekt der Bewältigung kann es z.B. sein, das Positive zu sehen, nicht zu jammern, optimistisch zu sein und Mitleid abzulehnen. Auch dieses Ergebnis ist bei der Interpretation zu berücksichtigen: Wenn Frauen angeben, es gehe ihnen gut, so ist dies immer *auch* ein Antwortverhalten, das selbst interpretationsbedürftig ist. Die Antworten sind ernst zu nehmen und es kann ihnen nicht eine „objektive“ Wirklichkeit als Vermutung der Forscherinnen entgegengehalten werden („In Wirklichkeit geht es ihnen nicht gut“). Wohl aber kann gefragt werden, woher ein Druck kommt, sich selbst als unproblematisch und „normal“ darzustellen.

Wie prinzipiell jede empirische Untersuchung erfasst diese Studie einen Ausschnitt der Situation von Frauen mit Behinderung. Sie lädt ein zu einem differenzierten und unvoreingenommenen Blick auf die unterschiedlichen Facetten und Lebensbedingungen und zeigt, wo Forschung ergänzend und weiterführend notwendig ist.

1.1 Methodische Anlage der Studie und Aussagekraft der Ergebnisse

Das Forschungsprojekt „LIVE. Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung“ wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Zeitraum von Oktober 1996 bis September 1998 gefördert. Zu vielen Aspekten der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung lagen bisher keine Daten vor, etwa zu Mutterschaft, zu Gewalterfahrungen und Vorurteilen, zur Sozialisation von Mädchen mit Behinderung, aber auch zur finanziellen und beruflichen Lage und zu Erfahrungen mit dem professionellen Medizin- und Assistenzsystem. Die Untersuchung hatte zum Ziel, zu allen diesen Fragen Aussagen zu erarbeiten und Daten zu liefern, um so begründete Konsequenzen ziehen zu können im Sinne einer Verbesserung der Situation von Frauen mit Behinderung. Ein besonderes Augenmerk sollte den Möglichkeiten gelten, die Interessenvertretung von Frauen mit Behinderung zu stärken.

Dem Forschungsansatz wird eine Definition von Behinderung als Verbindung der Ebenen der „Schädigung“, der „(eingeschränkten) Aktivitäten“ und der „Benachteiligung und (eingeschränkten) Teilhabe“ im Sinne der WHO zugrundegelegt. Die Normalität, aber auch die Besonderheit des Lebens mit einer Behinderung, die einzigartigen und nicht leicht zu vermittelnden Erfahrungen, werden anerkannt. Neben den doppelten Belastungen und Diskriminierungen als Frau und als Mensch mit Behinderung werden doppelte Kompetenzen der Bewältigung im

Lebenslauf aufgegriffen. Die Interessen der Frauen zum Thema zu machen, beinhaltet eine Orientierung an Selbstbestimmung, Wertschätzung und positiver Parteilichkeit für Frauen mit Behinderung.

Die Untersuchung wurde eingegrenzt auf alle Formen körperlicher Behinderung (sichtbarer und nicht sichtbarer Art) und Sinnesbehinderungen bei 16- bis 60jährigen Frauen. Um Zugang zu einer entsprechend großen Gruppe von Frauen zu bekommen, mußte die Zielgruppe noch weiter eingeschränkt werden auf die Frauen, die bei den Versorgungsämtern als schwerbehindert gemeldet sind. Nur für diese Frauen können Aussagen gemacht werden.

Das Forschungsdesign umfaßt drei unterschiedliche Erhebungen, die im Zeitraum vom Frühjahr 1997 bis Sommer 1998 durchgeführt wurden:

- Im ersten Erhebungsschritt wurden körper- und sinnesbehinderte Frauen (N=987) schriftlich mit einem Fragebogen zu ihrer Lebenssituation befragt. Der Zugang zu ihnen erfolgte über eine Zufallsauswahl aus den Adressen der Landesversorgungsämter.
- Im zweiten Erhebungsschritt wurden Frauen gezielt ausgewählt, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen hatten. Mit ihnen wurden biographische mündliche Interviews geführt, die sich auf einen Leitfaden stützten (N=60).
- Im dritten Erhebungsschritt wurden teilstrukturierte Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von verschiedenen Institutionen und Verbänden geführt, die für Frauen und/oder Menschen mit Behinderung arbeiten (N=40).

Die folgende zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse basiert auf einer Zusammenführung und Gegenüberstellung der wichtigsten Ergebnisse aller drei Erhebungsteile und mündet in eine abschließende Bewertung mit praktischen Empfehlungen und Konsequenzen.

An der schriftlichen bundesweiten Befragung haben 987 Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen im Alter von 16 bis 60 Jahren aus dem gesamten Bundesgebiet teilgenommen. Dies ist die umfassendste und breiteste Erhebung zu dieser Thematik in Deutschland. Da auch aus dem europäischen und angloamerikanischen Raum keine vergleichbaren Studien vorliegen, ist davon auszugehen, daß erstmals eine so große Anzahl von Frauen mit Behinderung zu ihrer Lebenssituation befragt wurde. Dies gilt auch für den qualitativen Teil der vorliegenden Studie mit insgesamt 60 vertiefenden biographischen Interviews mit Frauen, die auch an der schriftlichen Befragung teilgenommen hatten. Erstmals wurden ausführliche biographische Interviews von ausgebildeten Interviewerinnen, die selbst körper- oder sinnesbehindert sind, durchgeführt. Die Methodewahl bedingt somit einen wesentlichen Aspekt der Qualität und Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse und erlaubt Einsicht in Alltag, Lebensmuster und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen.

Da die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig war, müssen Selektions- und individuelle Motivationseffekte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksich-

tigt werden. Ein Vergleich mit der Schwerbehindertenstatistik zeigt, daß die Frauen unserer Stichprobe häufiger von Geburt an behindert sind und tendenziell einen niedrigeren Grad der Behinderung haben. Es ist davon auszugehen, daß es für sehr schwer behinderte Frauen schwieriger ist, an einer schriftlichen Befragung teilzunehmen, und daß sich von Geburt an behinderte Frauen stärker bzw. eindeutiger angesprochen fühlen, an einer Befragung über „Frauen mit Behinderung“ teilzunehmen als Frauen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt im Leben behindert wurden. Das durchschnittliche Alter bei Eintritt der Behinderung liegt bei 30,4 Jahren. Dieses Durchschnittsalter steigt auf 36,6 Jahre, wenn man die Frauen nicht mit einbezieht, die von Geburt an behindert sind.

Fast alle Frauen der Stichprobe leben selbständig in einem Privathaushalt. Nur 1,4% leben in einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung. Die Ergebnisse sind daher nicht aussagekräftig für Frauen mit Behinderungen, die in Heimen leben. Überprüfungen der regionalen Streuung und Altersstruktur im Vergleich mit der Schwerbehindertenstatistik ergeben keine Verzerrungen, so daß für die Grundgesamtheit der schwerbehindert gemeldeten erwachsenen Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen in Deutschland von einer sehr hohen Aussagekraft der ermittelten Daten auszugehen ist.

Die Gruppen, die in der schriftlichen Befragung nicht erreicht werden konnten, fehlen auch bei den qualitativen Interviews. Unter den Frauen, die erreicht wurden und die auf dem Fragebogen die Bereitschaft zu einem mündlichen Interview bekundet hatten, konnte gezielt eine Stichprobe zusammengestellt werden, da die freiwillig angegebenen Daten der Frauen bekannt waren. Aufgrund dieser Auswahl kann in dem breiten Spektrum unterschiedlicher Lebens- und Behinderungssituationen auch über Frauen berichtet werden, die sich sonst selten von qualitativen Studien angesprochen fühlen: Frauen ohne Ausbildungsabschluß, Rentnerinnen und Frauen mit geringem Einkommen.

1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine Zusammenschau der Ergebnisse der schriftlichen und der vertiefenden mündlichen Befragung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung zeigt, daß trotz unterschiedlicher persönlicher Biographien und Lebenslagen bestimmte Faktoren den Alltag und die Lebenssituation von Frauen mit Behinderung nachhaltig prägen. Wesentlich für die individuelle Lebensgeschichte ist das Alter bei Eintritt der Behinderung, die Art der Behinderung, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation oder Alterskohorte und das soziale Umfeld auch und vor allem in der Art des Umgangs mit der Behinderung. Was dies im einzelnen bedeutet und in welchen Zusammenhängen diese zentralen Einflußgrößen wirksam werden, soll im folgenden differenziert nach den Themenbereichen und Fragestellungen der Ausschreibung dieses Forschungsprojekts (vgl. Kap. 2) dargestellt und erläutert werden.

Sozialisation als Mädchen mit Behinderung

Das Thema „Sozialisation“ konnte in der schriftlichen Fragebogenerhebung nicht aufgenommen werden. Der Zugang über die Erzählung der Lebensgeschichte im qualitativen Erhebungsteil ist geeigneter, um einen Eindruck zu bekommen, wie Mädchen mit einer Behinderung aufgewachsen sind, in welchem Maß sie geschlechtsspezifisch und behinderungsspezifisch erzogen wurden und welche Erfahrungen sie mit weiteren Sozialisationsinstanzen wie Gleichaltrige, Schule etc. gemacht haben. Die Aussagen über Sozialisationserfahrungen werden aus 17 Interviews mit Frauen gewonnen, die seit Geburt oder früher Kindheit behindert sind. Bei der Bewertung der Aussagen ist die kleine und spezielle Auswahl der Befragten zu berücksichtigen und zu beachten, daß gerade Erzählungen über die Kindheit und die Eltern als Rekonstruktionen von heute aus eine „subjektive“ und veränderbare Wahrheit darstellen.

Die befragten Frauen bilden zwei Gruppen, die sich nach den zentralen Motiven ihrer gesamten Lebensgeschichte und, damit zusammenhängend, in den Motiven der Rekonstruktion ihrer Kindheit unterscheiden. Eine Sondergruppe bilden die Befragten, bei denen Traumatisierungen in der Kindheit im Vordergrund standen.

In der ersten Gruppe befragter Frauen (zumeist jüngeren Alters) finden sich positive und offensive Lebensmotive wie Selbständigkeit, Autonomie, Wehrhaftigkeit und Abgrenzung. Die „Normalität“ der Behinderung in der familiären Sozialisation wurde hervorgehoben, der Status einer Sonderrolle abgelehnt. Die Erziehung war wenig geschlechtsbezogen und wichtige Ziele waren Selbständigkeit, Leistung und Selbstbehauptung. Eine hohe Leistungsorientierung schon in der Kindheit steht in Zusammenhang mit Individualisierung, Autonomiebestrebungen und *auch* mit der Kompensation der Behinderung. Die Frauen berichteten auch über positive Sozialisationserfahrungen und eine teilweise Integration unter Gleichaltrigen. Sie waren zwar Hänseleien ausgesetzt, beschrieben aber Strategien, wie sie damit umgehen konnten. Die ersten Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht waren bestimmt von Selbstzweifeln, Unsicherheiten und großen Anstrengungen, eine selbstbewußte Haltung aufrechtzuerhalten. Die Befragten fühlten sich selbst verantwortlich dafür, wie sie mit ihrer Behinderung umgingen und wie sie in diesem Zusammenhang die Beziehungen zu den Gleichaltrigen gestalteten.

Bei einer zweiten Gruppe tendenziell älterer Frauen sind negative und belastende Lebensmotive erkennbar wie fehlendes Selbstwertgefühl, verweigerte Anerkennung und Isolation. Diese Frauen erzählten, daß sie als Kinder mit Behinderung abgelehnt wurden; sie wurden entweder ungerecht überfordert und auf die Einschränkungen wurde keine Rücksicht genommen oder sie wurden eingeeengt. Die Erziehung führte nicht zu Selbständigkeit, sondern zu einer Außenseiterrolle, weil die erfahrene Ablehnung das Selbstvertrauen beeinträchtigte und Entwicklungschancen vorenthalten wurden. Das Leistungsmotiv ist hier als Kompensation von Unzulänglichkeit in der Biographie verankert. Die Befragten dieser Gruppe berichteten weniger über die Gleichaltrigen und wenn dann von negativen Erfahrungen von Ausschluß, (Selbst-)Isolation und Minderwertigkeitsgefühlen. Der Sonderstatus wurde auch unter Gleichaltrigen noch verstärkt. Bezogen auf

Jungen fühlten einige sich als Mauerblümchen. Leistungsorientierung als Weg, die Anerkennung durch die Eltern zu gewinnen, war wichtig, aber gerade sie beeinträchtigte die soziale Anerkennung unter Gleichaltrigen („Streberin“).

Bei einer dritten Gruppe von seit der Kindheit behinderten Frauen kommt der Behinderung neben den Themen Gewalt, Alkoholismus der Eltern, Armut etc. eine untergeordnete Bedeutung zu. Die Behinderung verstärkt die anderweitigen Probleme, die aufgrund der traumatisierenden Erfahrungen entstanden sind.

Die schulische Sozialisation in Regeleinrichtungen und Einrichtungen speziell für Kinder mit (bestimmten) Behinderungen wurde von allen ähnlich gesehen und mit einem Doppelcharakter beschrieben: Spezielle Einrichtungen bieten einen Schutz, sind aber „realitätsfern“; Regeleinrichtungen bieten einen „normalen Anschluß“, erfordern aber Anstrengungen, die Einschränkungen zu kompensieren oder einen partiellen Ausschluß zu „verkräften“. Insbesondere Internate wurden positiv als Eröffnung von neuen Handlungsfeldern und als Förderung einer Ablösung vom Elternhaus bewertet.

Die Sozialisation der jüngeren Frauen in der ersten Gruppe scheint ein neues und modernes Muster darzustellen, das bisher in der Literatur zu geschlechtsspezifischer Sozialisation behinderter Mädchen so nicht beschrieben worden war. Dies war der Anlaß, die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen und einen möglichen Generationenunterschied zu diskutieren. Die in der „jüngeren“ Gruppe mit positiven Leitmotiven historisch neue Betonung der „Normalität“ der Behinderung und die Bedeutung von Selbständigkeit und Leistung wurden als Auswirkung der allgemeinen Individualisierungsprozesse interpretiert. Als eine Variante der individualisierten Verantwortungszuschreibung für die Gestaltung des eigenen Lebens kann die Haltung gelten, daß diese Frauen die Leistung der „Normalisierung“ von sich selbst verlangen und meinen, Schwierigkeiten seien vor allem ein Produkt unzureichender eigener Kompensationsstrategien in den selbstverantworteten Beziehungsmustern und weniger auf gesellschaftliche Stigmatisierungen zurückzuführen. Anders als früher, so unsere These, wird eine in der Literatur beschriebene „Dominanz der Konformität“ nicht mehr über sozialen Ausschluß von außen, sondern über inneren Zwang zu individuellen Anpassungsleistungen an die Norm der Nichtbehinderten vermittelt.

Wie Mädchen ohne Behinderung werden auch Mädchen mit Behinderung nicht mehr in dem Maß wie früher auf die Hausfrauenrolle hin erzogen. Die Erziehung zu intellektuellen Leistungen ist heute üblich geworden. Anhand des Interviewmaterials wurde die These formuliert, daß der Gedanke an eine Kompensation „mangelnder Weiblichkeit“ durch intellektuelle Leistung und Selbständigkeit auch heute für behinderte Mädchen und zwar unabhängig von Grad und Art der Behinderung Gültigkeit hat. Im allgemeinen Trend, Frauen den Zugang zu Bildung zu eröffnen, sind Leistung und Ausbildung zwar „normale“ Erziehungsziele geworden, aber dahinter bleibt bei Mädchen mit Behinderung die „alte“ spezifische Bedeutung erhalten: Sie sollen ein Manko kompensieren und alternative Möglichkeiten eröffnen.

Selbstbewußtsein bedeutet im Zuge der Individualisierung auch die Bürde der Selbstverantwortlichkeit für das eigene Leben mit der Behinderung; Leistungs-

orientierung bedeutet auch einen Druck, sich den Normen der Nichtbehinderten anzupassen. Nach wie vor ist eine Behinderung ein Stigma und in keinem Interview wurde eine Sozialisation mit einer Vermittlung eines durchweg positiven Behinderungsbegriffs beschrieben. Dennoch ermöglicht die Erziehung der ersten Gruppe von Frauen eine produktive Entwicklung, indem sie einen Anspruch auf Selbstverwirklichung und Kompetenzen für Bewältigungs- und Integrationsleistungen vermittelt.

Familiäre und finanzielle Situation

Aussagen zur familiären und finanziellen Situation von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen allgemein können vor allem aus der schriftlichen Befragung gewonnen werden. Einen Einblick in die subjektive Bedeutung der finanziellen Lage und der familiären Beziehungen dagegen bieten die mündlichen Interviews. Diese qualitativen Aspekte der Situation werden im nächsten Abschnitt aufgenommen.

Knapp zwei Drittel (63,8%) der Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung sind verheiratet, 19,2% ledig und 11,3% geschieden. 75% der Frauen leben mit (nicht notwendigerweise eigenen) Kindern im Haushalt (79,1% der Frauen aus den neuen Bundesländern, 70,5% der Frauen aus den alten Ländern).

Was die Lebensformen angeht, leben 17,9% der befragten körper- und sinnesbehinderten Frauen allein. 6,3% leben mit den Eltern im Haushalt. Die meisten Frauen leben entweder mit Partner/in (40,5%) oder mit Partner/in und Kind/ern (28,2%) zusammen (insg. 68,7%). Damit leben die befragten körper- und sinnesbehinderten Frauen etwas häufiger allein, aber etwa gleichhäufig mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen wie Frauen allgemein in Deutschland, wie ein Vergleich mit den Daten des Mikrozensus von 1996 zeigt, demzufolge 71,2% mit einem Partner mit oder ohne Kinder zusammenleben.

Während für die Gesamtgruppe der 16-60jährigen kaum ein Unterschied zu den demographischen Daten der Bevölkerung bezogen auf Familienstand und Lebensform festzustellen ist, ergibt eine nach Altersgruppen aufgeschlüsselte Analyse, daß Frauen mit Behinderung seltener verheiratet sind und insbesondere im mittleren Lebensalter eine höhere Scheidungsrate haben als altersgleiche Frauen allgemein. Eine solche Altersaufschlüsselung ist notwendig, da sich die Altersstruktur der Mikrozensus-Stichprobe und die Altersstruktur von Stichproben behinderter Frauen allgemein unterscheiden: Behinderte Frauen sind im Schnitt älter.

Ein Vergleich der jüngeren und der älteren Frauen, die jeweils vor dem 15. Lebensjahr (einschließlich: seit der Geburt) behindert wurden, zeigt einen generationsabhängigen Einfluß des Alters bei Eintritt der Behinderung auf den Familienstand. Die in jungen Jahren Behinderten aus der ältesten Altersgruppe (45-60 Jahre) waren hochsignifikant seltener verheiratet, in den jüngeren Altersgruppen ließ sich kein entsprechender Einfluß nachweisen. Die vor dem 15. Lebensjahr Behinderten aus der ältesten Altersgruppe befinden sich auch in anderer Hinsicht in einer besonderen Lebenssituation. Sie haben häufiger einen niedrigen Schulabschluß und sind seltener berufstätig.

Das allgemeine monatliche Nettoeinkommen des Haushalts, in dem die Frauen leben, beträgt nach Abzug der Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung im Westen durchschnittlich DM 2.240.- und im Osten DM 1.852.-. Damit verfügen die Haushalte im Schnitt über weniger als halb so viel Geld wie der durchschnittliche Haushalt mit Kindern in Deutschland. (Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag 1993 das durchschnittliche monatliche Haushaltsnettoeinkommen in Haushalten mit Kindern unter 27 Jahren im Osten bei ca. DM 4000.- und im Westen bei DM 5.213.-: Engstler 1998, 148f). Das persönliche Nettoeinkommen der Frauen mit Behinderungen liegt in den alten Bundesländern bei durchschnittlich DM 1.785.-, während Frauen in den neuen Ländern nur über DM 1.570.- verfügen. Der Behindertenreport für die neuen Bundesländer konnte nachweisen, daß Frauen mit Behinderung – ebenso wie Frauen allgemein – in höherem Maße Niedrigeinkommen beziehen als Männer mit Behinderung (Winkler 1995, 65). Obwohl keine bundesweiten Vergleichsdaten vorliegen, kann davon ausgegangen werden, daß diese typische geschlechtsspezifische Benachteiligung von Frauen auch in den alten Ländern zu finden ist. Monatliche zusätzliche Kosten zwischen DM 100.- und DM 3.000.-, die durch die Behinderung bedingt sind, fallen bei der Hälfte der Frauen an. Diese Kosten werden zu 87% ausschließlich privat finanziert. Nur 3% der Frauen erhalten sie erstattet. Es läßt sich festhalten: Frauen mit Behinderungen verfügen über sehr viel weniger Geld als der Durchschnitt der Bevölkerung und geraten häufig in den Armutsbereich, zumal Behinderungen zusätzliche Kosten verursachen.

Auch in der qualitativen Erhebung sind die meisten Frauen nicht erwerbstätig, sondern EU- oder BU-Rentnerinnen oder von Sozialhilfe abhängig. Die finanzielle Situation der Frauen ist insgesamt als schlecht einzustufen, viele Frauen leben in Armut. Nur wenige Frauen verfügen über ausreichend Geld, um sich 'etwas zu leisten'. Auch bei den erwerbstätigen Frauen reicht der eigene Verdienst oft nicht aus, viele Frauen verweisen auf das Einkommen des Ehemanns. Die geäußerte Zufriedenheit der Frauen mit ihrer schlechten finanziellen Situation resultiert aus großer Bescheidenheit, Anspruchslosigkeit, Sparsamkeit und der Orientierung, mit Wenigem auszukommen.

Partnerschaft, Sexualität, Mutterschaft

Die privaten Lebensverhältnisse von Frauen mit Behinderung werden in bislang vorliegenden Studien nicht thematisiert. Ob behinderte Frauen einen Lebenspartner oder gar eine Partnerin haben, wurde in keiner Untersuchung gefragt (vgl. Schildmann 1983; Niehaus 1993; Kies u.a. 1994). Vielmehr galt die Verheiratsquote als Indikator für das Bestehen einer Paargemeinschaft, was angesichts der Verbreitung nichtehelichen Zusammenlebens oder getrennt wohnender Partnerschaften unzureichend ist. In der vorliegenden Untersuchung wurden erstmals auch Fragen zu Partnerschaft und Mutterschaft von Frauen mit Behinderung gestellt.

Drei Viertel (75,3%) der Frauen leben in einer festen Partnerschaft, nur ein Viertel (24,7%) hat keinen festen Partner oder keine feste Partnerin. Eine feste Partnerschaft mit einer Frau haben nur 1,9% im Vergleich zu 73,4%, die einen Mann als Lebenspartner haben. Bei einem Viertel (25,4%) der Frauen, die in

fester Partnerschaft leben, ist der Partner ebenfalls behindert. Insgesamt 68,7% der Frauen mit Behinderung leben mit dem Partner oder der Partnerin zusammen in einem Haushalt. Erwartungsgemäß sind nicht alle Frauen, die in einer festen Partnerschaft leben, verheiratet und es haben sogar nicht alle Frauen, die verheiratet sind einen festen Partner oder eine Partnerin. Zwar leben nahezu alle verheirateten Frauen in einer festen Partnerschaft, doch trifft dies auch für viele der unverheirateten Frauen zu.

In der mündlichen Befragung wird deutlich, daß junge Frauen mit Behinderung zweifeln, ob sie aufgrund der Behinderung einen Partner finden. Bei der Partnersuche selbst spielt es eine Rolle, ob der Partner die Behinderung oder Krankheit akzeptiert. Obwohl die meisten Frauen mit einem nichtbehinderten Partner zusammen sind, werden Vorurteile von Männern gegenüber einer möglichen Partnerschaft mit einer Frau mit Behinderung thematisiert.

Eigene Kinder haben 70% der Frauen mit Behinderung (ein höherer Prozentsatz lebt mit Kindern im Haushalt zusammen). Davon haben knapp zwei Drittel mehr als ein Kind. Die Frauen in den neuen Bundesländern sind etwas häufiger Mutter als die Frauen in den alten Ländern: Im Osten haben 78,5% der Frauen mit Behinderung ein oder mehrere Kinder im Vergleich zu 68,7% im Westen. Hinsichtlich der Anzahl der Kinder lassen sich keine Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern ausmachen. Insgesamt haben 43,3% der Mütter zwei Kinder, 36,5% haben ein Kind, 13,9% drei Kinder, 4,3% haben vier Kinder und 2,2% haben fünf und mehr Kinder.

Die amtliche Statistik weist für das Jahr 1996 aus, daß in Deutschland 68% der Frauen allgemein zwischen 35 und 44 Jahren mit einem Partner und Kind/ern zusammen leben und 9,3% dieser Gruppe Alleinerziehende sind (Engstler 1998, 24). Demzufolge leben 77,3% der Frauen dieser Gruppe mit eigenen oder sonstigen Kindern zusammen. Obgleich die Datenstruktur der amtlichen Statistik keinen unmittelbaren Vergleich erlaubt, läßt sich festhalten, daß zumindest im Vergleich mit dieser Altersgruppe sich die Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen nicht gravierend unterscheiden hinsichtlich des Zusammenlebens mit Kindern. Es ist daher davon auszugehen, daß Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, die selbständig in Privathaushalten leben, ebenso häufig Mütter sind wie andere Frauen auch. Dies scheint jedoch in der Öffentlichkeit so nicht wahrgenommen zu werden. Mehr als zwei Drittel (73,1%) der Frauen sind der Ansicht, daß in der Öffentlichkeit negative Vorurteile gegenüber der Mutterschaft behinderter Frauen existieren.

Die befragten Mütter äußern in den Interviews oftmals, daß sie z.T. unter gesundheitlichen Risiken - oftmals entgegen dem Rat der Ärzte - ihre Kinder zur Welt brachten. Kinder zu bekommen, ist dementsprechend für Frauen mit Behinderung sehr wichtig und trägt zu ihrem Selbstwertgefühl als Frau bei. Junge Frauen, die mit ihrer Behinderung aufwachsen, machen sich Gedanken über die Voraussetzungen und Unterstützungen, die sie zum Mutter-Sein bräuchten. Von einigen Müttern werden die mangelnde gesellschaftliche Unterstützung und Vorurteile gegenüber behinderten Müttern beklagt.

Fragen zur Sexualität wurden ausschließlich in der mündlichen Befragung gestellt. Gerade für Frauen der älteren Kohorte und für Frauen mit Erfahrungen

sexueller Gewalt war es schwierig, über dieses Thema zu sprechen. Für viele Frauen ist Sexualität ein Zeichen für Normalität, und für viele ältere Frauen gehört sie zur 'ehelichen Pflicht'. Andere erleben Sexualität durch die körperlichen Einschränkungen als schambesetzt und fühlen sich in ihrem Wert als Frau eingeschränkt. Bei der jüngeren Kohorte hingegen wird allgemein freier über das Thema gesprochen. Hier ist besonders bei Frauen, die mit ihrer Behinderung aufwachsen, deutlich, daß sie mit ihrer körperlichen Einschränkung oft sehr selbstverständlich umgehen und diese in ein Liebespiel integrieren. Zum Teil sind die Frauen sehr erfinderisch darin, Regeln und Umgangsformen zu entwickeln. Dies ist jedoch immer daran geknüpft, daß der Partner sich entsprechend beteiligt.

Der Sprung zum abstrakteren Thema „gesellschaftlicher Umgang mit Sexualität und Behinderung“ ist für viele Frauen schwierig zu vollziehen, wenn sie sich nicht eindeutig als behindert definieren und nicht mit anderen Frauen mit Behinderung zu diesem Thema austauschen.

Insgesamt läßt sich feststellen: Frauen mit Behinderung leben Sexualität „genauso“ wie Frauen ohne Behinderung. Andere Einflußfaktoren als die Behinderung oder Krankheit selbst spielen eine Rolle, ob Sexualität als lustvoll und als eigenständig besetzter Bereich erlebt wird.

Ausbildung und Beruf

Nur 6,6% der Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen haben einen Sonderschulabschluß. Die meisten Frauen haben einen Hauptschulabschluß (46,2%), knapp ein Drittel (32%) verfügt über einen Realschulabschluß, und ein Fünftel (20%) hat Abitur oder Fachhochschulreife. Nur 3,4% haben gar keinen Schulabschluß. Diese Verteilung der schulischen Qualifikation entspricht den Ergebnissen anderer Studien über Menschen mit Behinderungen (Häußler u.a. 1996; Infratest 1992). Frauen mit Behinderung verfügen häufiger über einen allgemeinen Schulabschluß als Männer mit Behinderung, die ihrerseits häufiger eine Sonderschule besucht haben (Infratest 1992, 16; Häußler u.a. 1996, 250/251). Allerdings ändert sich dieses Verhältnis beim beruflichen Abschluß: 75% der Männer mit Behinderung im Vergleich zu 53% der Frauen mit Behinderung haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. Dies ermittelte eine frühere bundesweite Erhebung (Infratest 1992, 17). Die Zahlen bedeuten, daß die Qualifikation, die Frauen mit Behinderung im schulischen Bereich erwerben, sich nicht umsetzt in einen entsprechenden Zugang zum Arbeitsmarkt.

Die befragten Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen in der vorliegenden Studie verfügen über eine bessere berufliche Qualifikation: Nur 18,4% haben keinen beruflichen Abschluß. Doch trotz guter beruflicher Qualifikation sind nur 44,4% erwerbstätig. Die nicht erwerbstätigen Frauen beziehen Erwerbsunfähigkeitsrente (40,4%), sind Hausfrauen (29,2%) oder arbeitslos (14,4%). Einige wenige Frauen befinden sich in Ausbildung, Umschulung, Erziehungsurlaub u.ä.. Bezogen auf die gesamte Stichprobe sind 7,7% der Frauen arbeitslos. Bezogen auf die Region sind doppelt so viele Frauen (12,7%) in den neuen Ländern arbeitslos gemeldet wie in den alten Bundesländern (6,6%). Früheren Studien zu-

folge ist nur knapp ein Drittel der erwachsenen Menschen mit Behinderungen erwerbstätig (Infratest 1992, 27; Häußler u.a. 1996, 253). Männer und Frauen unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht. Demzufolge sind die hier erfaßten Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen häufiger erwerbstätig als Männer und Frauen mit Behinderungen allgemein. In den zitierten Untersuchungen waren drei Viertel der Frauen und Männer mit Behinderungen wegen schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden (ebenda). Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß gravierende Problemlagen in der schriftlichen Befragung untererfaßt sind und die Befragten überdurchschnittlich „fit“ sind. Daher ist zu vermuten, daß die hier erfaßten Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen „noch“ erwerbstätig sind und möglicherweise später ebenfalls wegen gesundheitlicher Beschwerden vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Schließlich gaben fast alle Frauen (93,5%) an, im letzten halben Jahr häufig gesundheitliche Beschwerden gehabt zu haben, wobei mit zunehmendem Alter der Anteil der Frauen zunimmt, die sich „schlecht“ und „sehr schlecht“ fühlen. Insgesamt beurteilten nur 16% ihren Gesundheitszustand als „gut“, wogegen dieser Prozentsatz bei Frauen ohne Behinderungen 43% beträgt (Datenreport 1997, 540).

Ausbildung und Beruf haben für die mündlich befragten Frauen einen hohen Stellenwert zum einen als Einkommensquelle, zum anderen aber als wichtiger öffentlicher Raum der Anerkennung. Frauen, die in Kindheit und Jugend behindert (insbesondere sinnesbehindert) waren, berichten von gravierenden Benachteiligungen bei der schulischen Ausbildung, die nur mit einem hohen Aufwand an Kraft kompensiert werden konnten. Die beruflichen Fähigkeiten zu entwickeln, bedeutet für einige Frauen sehr viel, weil sie so ihren körperlichen Einschränkungen etwas entgegensetzen und ihre Existenz sichern können.

Die Erwerbstätigkeitsverläufe sind sehr unterschiedlich, von durchgängiger Kontinuität bis zu häufigen Erwerbspausen durch Arbeitslosigkeit, Krankschreibungen, Renten etc. Hier kommt die frauentypische Gebrochenheit der Erwerbsverläufe (Unterbrechungen z.B. aufgrund von Erziehungszeiten) zusammen mit Brüchen, die durch die Behinderung oder durch soziale Benachteiligungen infolge der Behinderung entstehen (z.B. Zeiten von Erwerbsunfähigkeit, Kündigungen, Umschulungen). Wenn Frauen aufgrund einer Behinderung oder Krankheit aus dem Erwerbsleben herausfallen, verlieren sie einen großen Teil ihres sozialen Netzes.

Neben mangelnden Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen und wenig attraktiven Umschulungsmöglichkeiten scheint insbesondere die Schwierigkeit, eine der körperlichen Belastbarkeit entsprechende (z.B. stundenweise) berufliche Beschäftigung zu finden, ausschlaggebend für die geringe Inanspruchnahme der staatlichen Förderprogramme. So ist es nach geltendem Recht z.B. nicht möglich, eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu beziehen und zugleich in einem Beschäftigungsverhältnis zu stehen. Flexible berufliche Möglichkeiten fehlen, um mit der Dreifachbelastung als berufstätige Frau, Mutter und als behinderte Frau umzugehen. Auch die schon erwähnte schlechte finanzielle Situation vieler befragter Frauen läßt eine berufliche Umschulung schwierig erscheinen.

Erfahrungen mit dem professionellen Medizinsystem

Über Erfahrungen von Frauen mit Behinderung mit dem professionellen Medizinsystem gibt es bislang keine empirischen Daten.

Demütigende Erfahrungen im Rahmen allgemeiner medizinischer, pflegerischer oder technischer Untersuchungen, Behandlungen und Maßnahmen haben 18,3% der Frauen gemacht. Dabei handelte es sich vor allem um plumpe Sprüche und Kommentare oder als „Simulantin“ bezeichnet und „nicht für voll“ genommen werden, aber auch um grobe, schmerzliche Untersuchungen und „nackt“ zur Schau gestellt werden. Daß Frauenärzte und -ärztinnen bei Frauen mit Behinderung Verhütungsmittel als überflüssig ansehen oder auffällig häufig zu Abtreibungen raten, daß sie ungefragt zur Sterilisation drängen oder gar die Entfernung der Gebärmutter anraten, geht aus Erfahrungsberichten behinderter Frauen hervor (vgl. Zeller 1988; Köbsell/Waldschmidt 1993; Köbsell 1994). Empirisch verifiziert wurden diese Erfahrungen bislang noch nicht. In der vorliegenden Befragung haben 12,1% der Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen schon einmal demütigende Erfahrungen bei Frauenärzten und -ärztinnen gemacht, die im Zusammenhang mit Verhütungsfragen oder Kinderwunsch standen.

Von den Frauen, die bei Eintritt der Behinderung jünger als 45 Jahre waren und die angaben, eine solche Situation hätte auf sie zugetroffen, nennen 12,3%, ihr Kinderwunsch sei ablehnend behandelt, 9,5%, ihnen sei sofort eine Abtreibung empfohlen, und 8,2%, ihnen sei ungefragt eine Sterilisation angeboten worden.

Welche Verhütungsmittel Frauen mit Behinderung anwenden, wurde bislang nur in der österreichischen Studie von Zemp/Pircher (1996) thematisiert. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden überwiegend Frauen mit geistiger Behinderung, die in Heimen leben, befragt. Die wichtigste Verhütungsmethode war demzufolge die Sterilisation (62,5%); nur 23,2% dieser Frauen nahmen regelmäßig die Pille (ebenda, 70). Diese Ergebnisse sind nicht auf die Situation von selbständig in Privathaushalten lebenden Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen übertragbar. Schließlich waren rund 27% der geistig behinderten Frauen bereits in der Jugend (häufig auf Betreiben der Eltern) zwangssterilisiert worden. Offenkundig raten Gynäkologen und Gynäkologinnen aber auch Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen zur Sterilisation.

Erstmals konnte empirisch bestätigt werden, daß Frauen mit Behinderung im Gegensatz zu Frauen ohne Behinderung in ungleich hohem Maße sterilisiert sind. Gut ein Drittel (35,9%) der Frauen, die verhüten, sind sterilisiert. Knapp ein Drittel (31,6%) benutzt die Pille, 15,2% benutzen Kondome und 11,5% verwenden eine Spirale. Damit unterscheiden sich Frauen mit Behinderung stark von anderen Frauen in Deutschland, die vor allem die Pille (65%) verwenden und nur zu 4% sterilisiert sind (vgl. Begehnau/Helfferich 1997). Die Frauen mit Behinderung sind demnach nahezu 10mal so oft sterilisiert wie andere Frauen in Deutschland.

87,9% der sterilisierten Frauen haben Kinder. Die mündlichen Interviews zeigen, daß Frauen die Entscheidung zu einer Sterilisation durchaus selbst treffen und nicht dazu gezwungen werden. Anders als bei Frauen mit geistiger Behinderung

scheinen Ärzte und Ärztinnen nicht von vornherein auf eine Sterilisation zu drängen. Dennoch bleibt Faktum, daß Ärzte und Ärztinnen offensichtlich schnell eine Sterilisation anbieten und eher bereit sind, sie auch durchzuführen. Sie behandeln somit Frauen mit und ohne Behinderung ungleich. Aus anderen Passagen im Interview, in denen es um Schwangerschaften allgemein ging, wird deutlich, daß die Mediziner und Medizinerinnen im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt und den Bedarfen von Frauen mit Behinderung nur unzureichend vorbereitet sind und den Frauen - selbst ohne Problematik der Vererbbarkeit der jeweiligen Behinderung - eher davon abraten, Kinder zu bekommen.

In den Interviews kommen neben demütigenden, aber auch unterstützenden Erfahrungen mit dem professionellen Hilfesystem besonders zwei Aspekte zum Ausdruck. Zum einen hat die Mitteilung von (z.T. auch unsicheren) Diagnosen und (vermuteten) Prognosen für die Frauen oft weittragende Konsequenzen, die die Krankheitsbewältigung sehr erschweren können. Zum anderen werden oftmals Grenzen und eigene Entscheidungsmöglichkeiten der Frauen nicht respektiert, sie werden mit den Konsequenzen ihrer chronischen Krankheiten oder Behinderungen allein gelassen und in ihren persönlichen Wegen nicht unterstützt. Ratschläge gehen oft an dem vorbei, was die Frauen an Unterstützung bräuchten. Ihre Kompetenz im Umgang mit ihrer Behinderung und ihrem Körper wird nicht anerkannt; gerade aufgrund dieser Kompetenz beurteilen die befragten Frauen ärztliches Handeln mit einem kritischen und selbstbewußten Blick.

Gewalterfahrungen

Erfahrungen sexualisierter Gewalt wurden mit einer summarischen Einzelfrage nach der Erfahrung, jemals zu Geschlechtsverkehr oder einer anderen sexuellen Handlung gezwungen worden zu sein, erhoben, zudem wurde eine Liste von Antwortvorgaben zu Situationen sexueller Belästigung und Nötigung vorgelegt. 10% aller befragten Frauen antworteten auf die Einzelfrage, daß sie schon einmal gegen ihren Willen zum Geschlechtsverkehr oder einer anderen sexuellen Handlung gezwungen wurden. In 80,7% der Fälle stammte der Täter aus dem nahen sozialen Umfeld. 10,6% der Befragten hatten diese Einzelfrage verneint, bei der Antwortliste aber angegeben, daß sie schon einmal gezwungen wurden, sich nackt auszuziehen oder sexuellen Handlungen zuzuschauen oder unangekündigt an der Brust oder den Geschlechtsteilen berührt wurden oder ihnen ungefragt Geschlechtsteile gezeigt wurden. Damit haben 20,6% der Befragten Erfahrungen mit mehr oder weniger schweren Formen sexualisierter Gewalt. Insgesamt haben 22,7% eine der Erfahrungen auf der Antwortliste, die zu den genannten Formen noch die Kategorien „anzügliche Witze und Bemerkungen“ und „andere Formen“ umfaßte, bestätigt.

Ein Vergleich mit dem Vorkommen von sexualisierter Gewalt bei Frauen ohne Behinderung ist schwierig, da verlässliche Vergleichsdaten fehlen und nicht bekannt ist, bei welchen Frauen die Behinderung vor und bei welchen sie nach den Gewalterfahrungen eintrat. Auf der Basis der Daten läßt sich damit nicht bestätigen, daß Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung, die selbständig in Privathaushalten leben, systematisch wesentlich häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen sind als Frauen ohne Behinderung. Dies widerspricht nicht dem Ergeb-

nis anderer Studien, denen zufolge Frauen mit vorwiegend geistiger Behinderung, die in Heimen leben, in ungleich höherem Maße sexueller Gewalt ausgesetzt sind: Jede zweite Frau dieser Gruppe hat einmal oder mehrmals in ihrem Leben sexuelle Gewalt erfahren (Zemp/Pircher 1996).

Gerade in der mündlichen Befragung wurde die Bedeutung der Interaktion und der Beziehung zur Interviewerin für das Sprechen über Gewalterfahrungen herausgearbeitet. Anhand möglicher verdeckter Traumatisierungen durch z.B. Abspaltung des erlebten Traumas als Bewältigungsform gibt es auch Hinweise auf eine höhere Rate an Gewalterfahrungen als die Frauen bereit sind, in einem Fragebogen anzugeben. Auch sexuelle Belästigung wurde oftmals von den befragten Frauen nicht als solche definiert.

Bezogen auf die angegebenen Gewalterfahrungen beschreiben die Frauen dieselben Auswirkungen und Bewältigungsstrategien wie Frauen ohne Behinderung. Die Behinderung oder Krankheit kommt in unseren Interviews weniger als gewalterleichternder Faktor vor als vielmehr als direkte oder indirekte Folgeerscheinung von Gewalt z.B. in Form einer Sinnesbehinderung oder als psychosomatische Manifestation der psychischen Auswirkungen. Andererseits können die Behinderungen und Krankheiten Traumatisierungsfolgen, wie Rückzug, Isolation, Einschränkung von Kommunikationsmöglichkeiten etc. zusätzlich verstärken. Die Kombination einer Traumatisierung durch Gewalterfahrung und z.B. einer Sinnesbehinderung kann zu einem „Verlust der Beziehung zur Welt“ führen (vgl. Herman 1993). Insgesamt müssen von den Frauen Traumatisierung und körperliche Beeinträchtigung gleichzeitig bewältigt werden, d.h. die Bewältigung der Behinderung und die Bewältigung der Gewalterfahrung gehen Hand in Hand.

Zur Rolle der Behinderung sind die Erfahrungen im Umgang mit der körperlichen Beeinträchtigung miteinzubeziehen, d.h. die berichteten Gewalterfahrungen müssen auf dem Hintergrund vorausgehender oder begleitender Körpererfahrungen interpretiert werden. Viele von Kindheit an behinderte Frauen erleben im Zusammenhang mit medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Maßnahmen, daß andere Menschen über ihren Körper bestimmen. Direkte Übergriffe, wie im Intimbereich angefaßt oder nackt medizinischem Personal vorgeführt zu werden, und auch die Entwicklung eines defizitorientierten negativen Körperbewußtseins lassen spätere Gewalterfahrungen als weiteren Schritt der Fremdbestimmung über den eigenen Körper, als „einen Übergriff mehr“ erleben, wie Zemp/Pircher zitieren: „An mir darf jede und jeder herumfummeln: der Arzt, der Pfleger, die Krankenschwester, der Therapeut.“ (Zemp/Pircher 1996, 16). Die in der schriftlichen Befragung berichteten demütigenden Erfahrungen bei medizinisch-technischen oder therapeutischen Maßnahmen, u.a. grobes, schmerzhaftes Anfassen, sexuelle Demütigungen und „nackt zur Schau gestellt werden“ fließen hier ein. Gewalterleichternde Faktoren wie körperliche Abhängigkeit der Frauen von anderen Menschen infolge von Pflegebedürftigkeit oder Wehrlosigkeit aufgrund der körperlichen Einschränkung spielen bei den von uns befragten Frauen weniger eine Rolle, da nur wenige körperlich schwer beeinträchtigte oder in Einrichtungen lebende Frauen an der Befragung teilgenommen haben. Von den befragten Frauen selbst, die über sexuelle und körperliche Gewalterlebnisse berichten, werden keine Verbindungen z.B. zu Erfahrungen mit dem Medizin-

und Assistenzsystem gezogen. Dies deuten wir im Hinblick auf die herausgearbeiteten Bewältigungsmuster der Frauen dahingehend, daß einige Frauen erlebte Gewalt nicht als solche definieren (besonders in Hinblick auf sexuelle Belästigung), sie das Erlebte nicht auf sich beziehen und aus diesem Grund weniger darüber erzählen. Erlebte körperliche Übergriffe im Medizin- und Assistenzsystem scheinen als „normal“ erlebt und nicht als „Gewalt“ definiert zu werden.

Bewältigungsstrategien und bewältigungsbezogene Bedarfe

Die erarbeiteten Bewältigungsstrategien der mündlich befragten Frauen zeigen, wie Behinderungen oder Krankheiten auf der Grundlage lebensgeschichtlicher Strategien integriert werden. Wenn lebensgeschichtliche Strategien nicht mehr tragen, werden von den Frauen neue Strategien entwickelt.

Bei schon in der Kindheit behinderten Frauen greifen Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung unmittelbar ineinander. Bestimmend ist weiterhin, ob eine Krankheit oder Behinderung sich progredient oder schubweise entwickelt oder abrupt und plötzlich eintritt. Eintrittsalter und Ursache der Behinderung bestimmen die Art der Verschränkung von Lebensbewältigung und Behinderung. Gerade mit dem Blick auf das Thema 'Bewältigung' werden viele Verhaltensweisen der Frauen im Umgang mit der Behinderung oder Krankheit verständlich und machen 'Sinn'. Dieser Blick auf die Ressourcen der Frauen müßte gerade in der professionellen Arbeit stärker einbezogen werden.

Vorurteile, Möglichkeiten und Schwierigkeiten der politischen Interessenvertretung

Diskriminierende Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen haben knapp zwei Drittel (64,8%) der Frauen gemacht. Sie wurden ungefragt angefaßt, geduzt, ignoriert oder einfach nicht für „voll“ genommen, unverhohlen angestarrt oder auch direkt beschimpft.

Für Frauen mit Behinderung ist ein gutes Selbstbewußtsein am allerwichtigsten. Fast alle (93,4%) halten es für sehr wichtig, Selbstbewußtsein aufzubauen und sich nicht aufzugeben. In diesem Punkt sind sich die Frauen mit Behinderung mit den von uns befragten Politikvertretern und -vertreterinnen und Selbsthilfeinitiativen einig. Der wichtigste Ratschlag der Experten und Expertinnen an Frauen mit Behinderung lautet: „Selbstbewußtsein entwickeln und sich einmischen!“

Es erscheint paradox, daß diese Schwierigkeiten der politischen Interessenvertretung gleichzeitig als größte Veränderung der letzten zehn Jahre bewertet wird. Übereinstimmend konstatieren die Gesprächspartner und -partnerinnen aus allen gesellschaftlichen Bereichen, daß Frauen mit Behinderung selbstbewußter geworden sind als deutlichste Entwicklung der jüngsten Vergangenheit. Das Paradox der Aussagen läßt sich auf die Formel bringen: „Frauen mit Behinderung sind selbstbewußter geworden – die Lage läßt sich nur verbessern, wenn Frauen mit Behinderung selbstbewußter werden.“

Die scheinbar widersprüchlichen Aussagen spiegeln zentrale gesellschaftliche Veränderungen wieder. Offenkundig sind Frauen mit Behinderung selbstbewußter geworden. Dies zeigen nicht nur die Meinungen der Expertinnen und Experten, sondern auch die übrigen Ergebnisse der vorliegenden Studie – und die Tatsache, daß es eine solche Untersuchung überhaupt gibt! Auch die qualitative Studie zeigt, daß sich für die jüngere Generation von Frauen mit Behinderung einiges geändert hat: Sie wachsen (zum Teil) mit einer größeren „Normalität“ und einem Anspruch auf Integration auf. Doch damit hat sich die Bewertung von Behinderung nicht verändert: Sie wurde vom äußeren Stigma, das sozialen Ausschluß beinhaltet, zum inneren Anpassungs- und Normalisierungsdruck; sie ist nicht nur Produkt gesellschaftlicher Diskriminierung, sondern erscheint als Versagen der individuellen Kompensations- und Durchsetzungsleistung. An der negativen Bewertung von Behinderung ändert dies wenig.

Ein Vergleich der Generationen in den mündlichen Interviews zeigt, daß die jüngeren ebenso wie die älteren Frauen selten offensiv ihre Interessen politisch vertreten. Die Barrieren, die einer politischen Einmischung entgegenstehen, sind nicht abgebaut, aber sie haben sich verändert. So wollten z.B. Frauen der höheren Altersgruppe „nichts Besonderes“ sein und „kein Drama“ aus ihren Einschränkungen machen, während die jüngeren mit ihren Ansprüchen auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auch eine zwiespältige Einstellung zu ihrer Einschränkung haben.

Junge Frauen mit Behinderung haben die Verantwortung für ihr Leben und eine Leistungsorientierung übernommen - und folgen damit den Normen einer individualisierten Gesellschaft, deren Erfüllung ihnen gerade aufgrund ihrer Einschränkungen schwerer fällt als andern Frauen. Während ältere Befragte aufgrund der Generationenzugehörigkeit „politikfern“ argumentieren, unterschätzen jüngere Befragte die Bedeutung gesellschaftlicher Bedingungen und die Wichtigkeit politischer Strategien, weil für die eine individuellen Lebensbewältigung stark im Vordergrund steht. Das Potential für eine politische Beteiligung ist aber ebenso wie Wut, Leid und Diskriminierungserfahrungen vorhanden.

Die Barrieren der Interessenvertretung werden insbesondere in der Befragung der Politikvertreter und -vertreterinnen und Selbsthilfeinitiativen deutlich. Eine Verbesserung der politischen Interessenvertretung behinderter Frauen in der aktuellen gesellschaftlichen Situation erfordert ein noch stärkeres selbstbewußtes und politisches Engagement der Frauen mit Behinderung. Zusätzlich sollten sich alle gesellschaftlichen Gruppen mehr für die Belange von Frauen mit Behinderung einsetzen. Als wichtigste Ziele werden dabei die bessere Integration in den Arbeitsmarkt und die Verbesserung der finanziellen Lage gesehen. Dies erscheint angesichts der erschreckenden ökonomischen Benachteiligung der Frauen unserer Stichprobe auch dringend nötig zu sein.

Desweiteren waren sich unsere Gesprächspartner und -partnerinnen aus Ministerien, Verwaltungen, Wirtschaftsverbänden und Frauenorganisationen mit den Behindertenverbänden darin einig, daß es zur Förderung von Frauen mit Behinderung auch weiterer gesetzlicher Regelungen und einer verbesserten Öffentlichkeitsarbeit bedarf. In welche Richtung solche Regelungen gehen sollten, zeigen die Ergebnisse der Befragung von Frauen mit Behinderung: Fast alle Frauen

(94%) sind der Ansicht, daß behinderte Frauen grundsätzlich die Freiheit haben sollten, zu wählen, ob sie von einem Mann oder einer Frau gepflegt werden.

1.3 Konsequenzen

Die dargestellten Ergebnisse rütteln auf und zwingen zum Umdenken und Überprüfen eingefahrener Muster und Vorstellungen über Frauen mit Behinderung und ihre Lebenslage und -weise. Zum einen machen sie deutlich, mit welcher Kompetenz und Selbständigkeit die Frauen ihren Alltag meistern und was sie dabei „leisten“. Der Einblick in die weiblichen Biographien zwingt dazu, vom einseitigen Denken an ausschließlich benachteiligte und diskriminierte Frauen Abstand zu nehmen, behinderte Frauen als „Frauen“ zu sehen und die Bewältigung ihrer schwierigen Situation als Leistung anzuerkennen. Auf der anderen Seite erschüttern die drastischen „Behinderungen“, mit denen die Frauen im Alltag zu kämpfen haben. Dies kann aufgegriffen werden, um im folgenden praktische Forderungen zur Verbesserung der Lage von Frauen mit Behinderung zu formulieren.

Die Forschungsergebnisse zeigen, daß eine Verbesserung der Lebenssituation von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen ebenso bei der Verhinderung einer sozialen Benachteiligung ansetzen muß, wie bei der Unterstützung der Bewältigung. Dabei sind die Maßnahmen spezifisch zuzuschneiden auf die nach Alter, Schicht- und Kohortenzugehörigkeit sowie Art der Behinderung unterschiedlichen Lebensbedingungen. Für Frauen mit Sinnesbehinderungen z.B. ist die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an der gemeinsam geteilten Welt der Kommunikation zentral, Frauen mit körperlichen Bewegungsbeeinträchtigungen ist mit einem Abbau der Barrieren der materiellen Umwelt geholfen. Bei Frauen mit chronischen, meist nicht sichtbaren Krankheiten ist eine Aufklärung des sozialen Umfeldes über die krankheitsspezifischen Bedürfnisse wichtig. Frauen mit sichtbarer Behinderung haben andere Fragen und Sorgen als Frauen mit nicht sichtbaren Behinderungen. Neben dieser Forderung der bedarfsbezogenen, betroffenenorientierten Unterstützung, die im einzelnen eine Differenzierung verlangt, lassen sich allgemeine Konsequenzen für Frauen mit Behinderung formulieren.

Generell müssen alle Maßnahmen, die für die Verbesserung der Situation von Frauen wichtig sind, auch für Frauen mit Behinderung erschlossen werden. Umgekehrt müssen alle Verbesserungen für Männer mit Behinderung auf Frauen mit Behinderung ausgedehnt werden.

Die grundsätzlichen Benachteiligungen von Frauen mit Behinderung müssen angegangen werden. Dies betrifft insbesondere die eklatant schwierige finanzielle Situation und die prekäre Integration in den Arbeitsmarkt. Vordringlich sind:

Verbesserung der finanziellen Lage

- An erster Stelle steht die Verbesserung der finanziellen Lage von Frauen mit Behinderung. Nicht nur Armut und Alter ist weiblich, sondern auch Armut und

Behinderung. Gerade bei älteren Frauen mit Behinderung, die altersbedingt aus dem Erwerbsleben herausfallen, zusätzliche altersbedingte körperliche Einschränkungen bekommen und häufig sozial isoliert leben, kumulieren die Belastungen in Kombination mit der erlebten Armut.

Bessere Integration in den Arbeitsmarkt

- Die Daten zur Erwerbstätigkeit der oft gut ausgebildeten Frauen erschrecken. Dringend notwendig ist eine bessere Integration in den Arbeitsmarkt, vor allem flexiblere Möglichkeiten der Berufswahl und -ausübung. Insbesondere sollte eine den körperlichen Anforderungen der Frauen angemessene Kombination von EU- oder BU-Rente und zeitlich flexibler Berufstätigkeit möglich sein. Dazu braucht es für die Frauen mit Behinderung ein Kontingent an Teilzeitarbeitsplätzen und die Gewähr, daß die Rente nicht verfällt, falls sich der körperliche Zustand wieder verschlechtert. Auch im Hinblick auf die mit dem Alter steigende Beeinträchtigung durch die Behinderung und auf die Bedarfe von Müttern mit Behinderung müssen entsprechende Arbeitsmarktkonzepte entwickelt werden.

Verbesserung der Ausbildung von Ärzten, Ärztinnen, Lehrern und Lehrerinnen

- Die sozialen Dimensionen von Behinderung sollten ein fester Bestandteil der Ausbildung von Ärzten und Ärztinnen und medizinischem Personal sein. Dazu braucht es auch spezielle Curricula für Gynäkologen und Gynäkologinnen zu Verhütung, Sterilisation, Abtreibung, humangenetische Beratung, Schwangerschaft und Mutterschaft von Frauen mit Behinderungen. Ebenso ist in der Lehrerbildung eine Aufklärung über die besonderen Bedürfnisse chronisch kranker oder behinderter Schülerinnen notwendig, um auch in Regelschulen eine verbesserte Integration zu ermöglichen und die Schülerinnen mit Behinderung, die mit hohem Kraftaufwand am Unterricht teilnehmen, nicht in eine Abseitsposition zu drängen.

Ausbau von Hilfen für Frauen mit Behinderung als Überlebende (sexueller) Gewalt

- Da die befragten Frauen mit Behinderung in ähnlichem Ausmaß sexuelle Gewalt erfahren wie Frauen ohne Behinderung, ähnliche Auswirkungen verspüren und ähnliche Bewältigungsstrategien haben, sich aber dennoch in einer besonderen Situation befinden, ist ein Ausbau der bereits bestehenden Hilfsangebote für Überlebende sexueller Gewalt für Frauen mit Behinderung angemessen und notwendig. Neben einem barrierefreien Zugang der entsprechenden Räumlichkeiten ist auch hier die Fortbildung der Mitarbeiterinnen über die besonderen Bedarfe und Bewältigungsanforderungen von Frauen mit Behinderung wichtig. Als Konsequenz aus dem Zusammenhang von behinderungsspezifischen Erlebens- und Verarbeitungsmustern und den berichteten Gewalterfahrungen müssen Beraterinnen in Beratungseinrichtungen gegen

sexuelle Gewalt darüber informiert werden, daß von Frauen mit Behinderung Gewalt anders erlebt und definiert werden kann. Es ist darum wichtig, die individuellen Bewältigungsmuster der von Gewalt betroffenen Frauen mit Behinderung in den Beratungsprozeß miteinzubeziehen. Hierzu müssen neue Konzepte der Beratungsarbeit und auch der Informationsarbeit erstellt werden.

'Zugehende' Hilfen und Beratung, Förderung von Austausch, Kommunikation und Kontakt

- Neben dem Ausbau und der Zugänglichkeit von Beratungsstellen für Frauen mit Behinderung ist für etliche, isoliert lebende - vor allem auch ältere - Frauen eine 'zugehende' Beratung wichtig, z.B. in Form einer Einzelfallbetreuung. Es braucht unterschiedliche Angebote für körper- oder sinnesbehinderte Frauen. Gerade Frauen mit Hörbeeinträchtigungen sind oft sehr isoliert, der Zugang zur gesellschaftlichen Öffentlichkeit ist für sie extrem erschwert. Auch Mütter mit Behinderungen benötigen vermehrt gesellschaftliche Unterstützung und Integration. Die Beratung von Frauen mit Behinderung sollte nach dem Prinzip des 'peer-counselling' durch ebenfalls Betroffene erfolgen. Daneben sind besonders offene Kontaktmöglichkeiten zu anderen Frauen mit Behinderung als Austauschforum wichtig, um ein positives Konzept vom Leben mit Behinderung zu entwickeln.

Öffentlichkeitsarbeit: Aufklärung über das Leben und die Bedürfnisse von Frauen mit Behinderung

- Eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit umfaßt vermehrte Aufklärung und Wissen über das Leben und die Bedürfnisse von Frauen mit Behinderungen. Ziel ist es, die Akzeptanz für Behinderung überhaupt zu erhöhen, die negative Besetzung von Behinderung abzubauen und ein positives und 'normales' Bild von Menschen mit Behinderung in den Medien sichtbar zu machen. Dazu gehört auch ein kritisches Hinterfragen der häufig als selbstverständlich genommenen „Normalitätsannahmen“. Neben einer erhöhten Präsenz in den Medien dient dazu auch eine Umsetzung der Thematik in Kunst und Kultur.

Förderung der politischen Selbstorganisation von Frauen mit Behinderung

- Nach wie vor existieren Barrieren in der politischen Interessenvertretung. Politisches Engagement kostet nicht nur viel Kraft, sondern verlangt auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung und einen permanenten Kampf gegen einen diskriminierenden Ausschluß und für Verständnis und Akzeptanz. Aus diesem Grund ist die politische Interessenvertretung in besonderem Maß zu fördern, auch weil hier Frauen in der Öffentlichkeit ihre Kompetenz sichtbar und anderen Frauen mit Behinderung Mut machen können. Die politische Selbstorganisation kann sowohl das Besondere an Erfahrungen, als auch das Normale des Lebens mit Behinderung in angemessene Forderungen nach einer Veränderung der Situation umsetzen.

Künftiger Forschungsbedarf

- Hinsichtlich einem künftigen Forschungsbedarf formulierten die Gesprächspartner und -partnerinnen aus Politik, Verwaltung und Verbänden zwei zentrale Fragen:
 - „Warum haben Nichtbehinderte Angst vor Menschen mit Behinderung?“
 - „Warum werden Angebote, die nur für Frauen mit Behinderung ausgeschrieben sind, so schlecht angenommen?“

Diese Fragen müßten in zukünftigen Studien beantwortet werden. Wird bei dem ersten Punkt die Gesellschaft und nicht die Frauen mit Behinderung als „Problem“ untersucht, so sind bei dem zweiten Punkt die „inneren Widerstände“ Thema. Beide Aspekte sind unverzichtbar. Wichtig gerade für die Verbesserung der politischen Interessenvertretung von Frauen mit Behinderung sind weitere praxisorientierte Studien zur Förderung dieser Aktivierung, die insbesondere dem Rückzug der älteren Generation unter dem Einfluß der Stigmatisierung und der Verbindung eines Zugewinns an Selbstbewußtsein mit einer Distanz zu kollektiven politischen Strategien in der jungen Generation nachgehen. Die „Reproduktion“ der Norm der Nichtbehinderten in der Sozialisation und im Alltag junger und älterer Frauen bedarf ebenfalls einer genaueren Entschlüsselung zusammen mit Entwürfen von entsprechenden Interventionen.

Im Hinblick auf die blinden Flecken auch der vorliegenden Studie muß zukünftige Forschung stattfinden zu den Lebenssituationen und Bedürfnissen von Frauen mit geistigen oder psychischen Behinderungen, von Heimbewohnerinnen und Frauen in Werkstätten für Behinderte.

Als Ergebnis der umfassenden Studie selbst ist weitere Forschung nötig zu speziellen Gruppen von Frauen, z.B. zu gehörlosen oder blinden Müttern, älteren Frauen mit Behinderung mit einer Kumulation von Problemlagen etc. Auch im Hinblick auf die Bewältigung von Behinderungs- oder Krankheitsanforderungen und den Umgang mit der Einschränkung selbst ist eine systemisch orientierte Untersuchung des familiären Umfeldes wichtig, um die Effektivität von Bewältigung zu untersuchen und Möglichkeiten der Familien- oder Paarberatung für Frauen mit Behinderung und ihre Partner und Partnerinnen zu verbessern. Die hohe Rate an Sterilisationen bei den befragten Frauen erfordert ebenfalls eine spezielle Studie zu diesem Bereich (Verhütung, humangenetische Beratung etc.) mit dem Ziel, Curricula für die Mediziner Ausbildung zu entwickeln.

2 Fragestellung, Prämissen und Anlage der Untersuchung

Das Forschungsprojekt „LIVE. Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung“ wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Zeitraum von Oktober 1996 bis September 1998 gefördert. In der Ausschreibung des Ministeriums vom 12. Januar 1996 war als Ziel angegeben, „...die spezifischen Probleme behinderter Frauen in ihren verschiedenen Facetten, d.h. auch nach Behinderungsarten getrennt zu erfassen.“ Im Mittelpunkt der Untersuchung sollten die Themenbereiche stehen, die für die Situation von Mädchen und Frauen mit Behinderung wesentlich sind und zu denen bislang keine oder kaum Forschungsergebnisse vorliegen:

- Sozialisation behinderter Mädchen
- familiäre und finanzielle Situation behinderter Frauen
- Partnerschaft und Sexualität
- Schwangerschaft und Mutterschaft
- berufliche Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit
- Gewalterfahrungen
- Erfahrungen im Umgang mit dem professionellen Medizin- und Assistenzsystem
- Vorurteile gegenüber behinderten Frauen
- Schwierigkeiten, denen behinderte Frauen bei dem Versuch begegnen, ihre Probleme im Rahmen der Frauen- und Behindertenpolitik zur Sprache zu bringen
- Möglichkeiten, die Interessenvertretung behinderter Frauen zu stärken und zu fördern

Das Forschungsprojekt sollte Verteilungsaussagen zu relevanten Bedarfslagen sowie vertiefende Detailanalysen zu speziellen Fragen ermöglichen. Zusätzlich zu den genannten Fragen wurden Forschungsperspektiven bestimmt:

- Perspektive der „doppelten Diskriminierung“
- Einbezug der subjektiven Perspektive der Frauen selbst
- Bedarfsbestimmung
- Orientierung an gesellschaftlichen Diskriminierungserfahrungen statt individualisierter Problembeschreibung
- Orientierung an Kompetenzen der Befragten, das Leben mit Behinderung zu bewältigen, statt an Defiziten
- Differenzierung nach unterschiedlichen Lebenslagen und Behinderungssituationen
- Lebenslaufperspektive

- Berücksichtigung von Ost-West-Unterschieden
- Orientierung an der Verbesserung der politischen Interessenvertretung.

Für die Umsetzung dieser Zielsetzung in ein konkretes empirisches Vorhaben war es notwendig, das Verständnis von „Behinderung“ zu klären und darzustellen, mit welchem Blick und von welchem Standpunkt aus die Forscherinnen ihre Erkenntnisse gewinnen. Daraus folgte die Bestimmung der Zielgruppe der Untersuchung und die Entwicklung des Forschungsdesigns.

Zum Verständnis von Behinderung

Wer gilt als behindert? Behinderung wird häufig als ein Persönlichkeitsmerkmal verstanden: *„Wessen Bildungsmöglichkeiten gering eingeschätzt wird, wessen Arbeitskraft nicht vermarktet werden kann, wer sich nicht behende bewegen kann, wer als häßlich gilt, wer sich nicht verbal verständigen und die Lebensführung nicht autonom bewältigen kann - gilt als behindert.“* (Waldschmidt 1990, 222). Damit verschwindet aber aus dem Blick, was ein Mensch sonst ist, außer daß sie oder er in einem bestimmten Teilbereich etwas „nicht kann“. Es wird ausgeblendet, daß Menschen vor allem dadurch behindert *werden*, daß ihnen die Möglichkeit der Teilhabe und der Kompensation von Einschränkungen vorenthalten wird.

Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet zwischen verschiedenen Dimensionen von Behinderung und bezieht die gesellschaftliche Dimension mit ein: „Impairment“ (medizinisch diagnostizierbare Schädigung des Organismus), „Disability“ (aus dem „Impairment“ resultierende Einschränkung, Funktionen und Aktivitäten so auszuüben, wie sie innerhalb einer Bandbreite als normal für Menschen betrachtet werden) und „Handicap“ (Benachteiligung, die die Erfüllung der je nach Alter, Geschlecht, sozialen und kulturellen Faktoren für das Individuum sonst entsprechenden „normalen“ Rolle begrenzt oder verhindert; U.N. 1983, 6-7; WHO 1980). Behinderung stellt demzufolge nicht nur eine physische und psychische Realität dar, sondern beinhaltet auch immer eine soziale Realität in Form des „Handicap“: Die soziale Ursache dafür, daß ein Mensch etwas „nicht kann“, liegt z.B. darin, daß sie oder er ausgeschlossen wird, Möglichkeiten und Orte unzugänglich sind etc. „Handicap“ wird in der WHO-Definition ausdrücklich als „Funktion der Beziehung zwischen behinderten Personen (disabled persons) und ihrer Umgebung“ benannt (U.N. 1983, 6-7; Übersetzung: die Autorinnen). Indem Behinderung von Menschen erkannt, bezeichnet und zugeschrieben wird, werden auch Möglichkeiten der Lebensführung bestimmt (vgl. Bintig 1980).

Aufgrund des Einwandes, dieser Behinderungsbegriff sei zu sehr an Defiziten orientiert, wurde in einer Weiterentwicklung anstelle von „Disabilities“ als Nicht-Fähigkeit von (eingeschränkten) Aktivitäten gesprochen und anstelle von „Handicap“ als Benachteiligung von (eingeschränkter) Teilhabe. Doch bleibt ein kritischer Punkt bestehen: Bezugspunkt der Feststellung, ob jemand „behindert“ ist, ist die Normalität, d.h. das Erfüllen oder Nichterfüllen der „normalen“ Rollen und Aktivitäten. Aber: Wer ist normal? Einerseits gibt es einen breiten Bereich von Überschneidung, denn auch „normale“ Menschen sind „behindert“ und „Behin-

derte“ sind „normal“. Andererseits haben Menschen mit Behinderung etwas gemeinsam, das sie von „normalen“ Menschen unterscheidet: Sie entwickeln besondere Fähigkeiten, sind aber auch auf eine besondere Weise mit Schwierigkeiten und Kämpfen konfrontiert, die einen eigenen und für Nichtbehinderte schwer nachvollziehbaren Erfahrungsraum bilden. Die Bezeichnung von Behinderten als „Anders Befähigte“ lenkt zwar das Augenmerk auf die positiven Fähigkeiten, unterschlägt aber diese besonderen Erfahrungen (vgl. Wendell 1992, 75).

Dem vorliegenden Forschungsprojekt liegt eine Definition von Behinderung als Verbindung der drei Ebenen von „Schädigung“, „Einschränkung“ und „Benachteiligung“ zugrunde. Erfragt werden die objektiven Lebensbedingungen und Einschränkungen ebenso wie das subjektive Gefühl, eingeschränkt zu sein, sich als behindert zu identifizieren und das Gefühl, von anderen (nicht) als behindert definiert zu werden. Wichtig sind dabei die Widersprüche und Spannungen, die sich aus den Konstellationen dieser Aspekte ergeben. Ein besonderes Augenmerk gilt den Aspekten, die verändert werden können, also den Benachteiligungen und der „sozialen Konstruktion“ von „Normalität“ und von „Behinderung“, bei der Behinderung als Ergebnis eines „nicht gelungenen Umgangs mit Verschiedenheit“ (Klaes/Walthes o.J., 4) erscheint. Eine Zuschreibung, bei der Frauen ausschließlich auf das Merkmal „behindert“ reduziert und festgelegt werden, als würde dies ihre ganze Identität ausmachen, wird abgelehnt. Die Befragten sollen mit einem Gesicht sichtbar werden, mit einer weiblichen Lebensgeschichte mit Problemen und Erfolgen und mit vielfältigen und individuellen Persönlichkeitseigenschaften. Die Einschränkungen im Sinne des „Impairment“ als körperliche Leistungsgrenzen und die Einschränkungen im Sinne eines Lebens unter den Bedingungen einer behindertenfeindlichen Gesellschaft sind ein Thema. Es soll aber zugleich gezeigt werden, wie Frauen - auf höchst unterschiedliche Weise - aktiv damit umgehen, und es soll hervorgehoben werden, welche Leistung dies bedeutet. Statt von Defiziten wird von Kompetenzen ausgegangen, an die im Sinne einer positiven Befähigung angeknüpft werden kann (und von denen Nichtbehinderte lernen können). Um das Wechselverhältnis von äußeren Bedingungen körperlicher und gesellschaftlicher Einschränkungen einerseits und subjektiven Auseinandersetzungen damit andererseits beschreiben zu können, wird der Blick auf die Lebensgeschichte von Frauen gerichtet.

Der Blick auf die Befragten als Behinderte und der Blick auf die Befragten als Frauen ist verschränkt. Die „doppelte Diskriminierung“ wird angesprochen: Als Frauen in einer männlich dominierten Welt, als Behinderte in einer Welt der Nichtbehinderten. Das Ideal der Normalität heißt in vielen Bereichen nicht nur „jung, stark, gesund und leistungsfähig“, sondern auch „männlichen Geschlechts“. Aber auch eine „doppelte Kompetenz“ wird angenommen in der Auseinandersetzung mit den erfahrenen Einschränkungen als Frau und als Behinderte bei der Bewältigung des Lebens. Das Forschungsverständnis insgesamt sehen wir in der sprachlichen Wendung „Frauen mit Behinderung“ und in dem programmatischen Kürzel „LIVE“ für „Leben und Interessen **VE**rtreten“ am besten wiedergegeben. (Live = engl.: leben).

Die positive Vision umfaßt Wertschätzung, Beseitigung von Diskriminierung, Selbstbestimmung, wechselseitiges Lernen voneinander als Frauen „mit“ und „ohne“ Behinderung und die Anerkennung der besonderen Situation von Frauen mit Behinderung ebenso wie die Anerkennung ihrer Normalität. Die Interessen der Frauen zum Forschungsgegenstand zu machen, beinhaltet eine Orientierung an Selbstbestimmung als Perspektive. Beeinträchtigungen und Beschränkungen werden unter dem Aspekt der Veränderung und Verbesserung diskutiert. Die Chancen und Möglichkeiten einer besseren Lebensführung und Interessenvertretung bestimmen Forschungsinhalte und Forschungsziel im Sinne einer positiven Parteilichkeit für Frauen mit Behinderung.

Zielgruppe des Forschungsprojektes

Die Untersuchung wurde eingegrenzt

- auf alle Formen körperlicher Behinderung (sichtbarer und nicht sichtbarer Art) sowie Sinnesbehinderungen
- auf die Altersgruppe der 16- bis 60jährigen.

Andere Gruppen einzubeziehen, verlangt andere und breitere Forschungsdesigns und Befragungswege sowie eigene, neue Fragestellungen.

Um verallgemeinerbare und so weit wie möglich repräsentative Verteilungsaussagen für diese spezielle Gruppe von Frauen mit Behinderung zu erhalten, ist die Stichprobe entsprechend groß anzulegen (zur Repräsentativität vgl. S. 2). Daher wurde der Zugang zu den Befragten über Landesversorgungsämter gewählt, was auch gewährleistet, daß sehr unterschiedliche Lebenslagen erfaßt werden. Kriterium war die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 v.H. bei einem der Landesversorgungsämter. Die Untersuchung kann also nur über diese Gruppe von Frauen Aussagen machen.

In der Auswertung (Kap. 5) wird die Repräsentativität der standardisierten Befragung genauer überprüft.

Forschungsdesign

In Rahmen des Forschungsprojekts sollten sowohl Verteilungsaussagen anhand einer größeren Stichprobe ermöglicht werden, als auch die subjektive Sichtweise und die Formen der Lebensbewältigung von Frauen mit Behinderung nachgezeichnet werden. Daraus ergab sich die Entscheidung für die Kombination einer standardisierten Erhebung und einer qualitativ-biographischen Nachbefragung. Eine standardisierte Befragung kann statistische Angaben liefern, aber keine subjektiven Sichtweisen erfassen; eine qualitative Befragung kann sich auf die Perspektiven der befragten Frauen einlassen, aber keine Aussagen zur statistischen Relevanz von Phänomenen liefern.

1. Erhebungsschritt:

Bundesweite schriftliche Befragung körper- und sinnesbehinderter Frauen mit einem Schwerbehindertenausweis von mind. 50 v.H GdB

Stichprobe: Nach Bundesländern quotierte Zufallsauswahl auf der Basis der Daten der Landesversorgungsämter, N = 987

Instrument: Standardisierter Fragebogen zum Selbstauffüllen

Auswertung: SPSS

2. Erhebungsschritt:

Biographische mündliche Interviews mit einer Teilgruppe der schriftlich Befragten

Stichprobe: Kontrastierende, streng quotierte Stichproben von Frauen, die am 1. Erhebungsschritt teilgenommen und sich zu einem weiteren mündlichen Interview bereiterklärt hatten, N = 60

Instrument: Tonbandinterview, leitfadengestützt

Auswertung: Hermeneutisch und inhaltsanalytisch

Um die Möglichkeit der Interessenvertretung behinderter Frauen auszuloten, wurden zusätzlich einzelne Vertreterinnen und Vertreter gesellschaftlicher und politischer Gruppen sowie von Betroffeneninitiativen befragt.

3. Erhebungsschritt:

Teilstrukturierte face-to-face-Gespräche mit Experten und Expertinnen

Stichprobe: Selektierte Stichprobe relevanter Institutionen und Verbände, die für Frauen bzw. für Menschen mit Behinderung arbeiten, N = 40

Instrument: Leitfadengesteuertes Interview mit offenen Fragen

Auswertung: Inhaltsanalytisch

Die Einzelheiten zum methodischen Vorgehen werden in den Kapiteln 4.2 bis 4.4 dargestellt.

3 Stand der Forschung

Bevor die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung dargestellt werden, zeigt ein Blick auf den Stand der Forschung den Forschungsbedarf auf.

3.1 Statistische Daten zur Situation von Frauen mit Behinderung

Bei den Versorgungsämtern waren zum Jahresende 1995 in Deutschland 6,5 Mio. Personen als schwerbehindert mit gültigem Ausweis registriert (Statistisches Bundesamt 1996, 6). Dabei wurden mehr schwerbehinderte Männer (53,2%, d.h. ca. 3,5 Millionen) als Frauen (46,8%, d.h. ca. 3 Millionen; vgl. Tab. 1) erfaßt. Der Anteil weiblicher Schwerbehinderter überwog in der Kategorie der über 65jährigen, was dem höheren Anteil von Frauen in älteren Altersgruppen entspricht und auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen ist (ebenda). Bis zum Alter von 65 Jahren ist dagegen der Anteil der Männer weit aus höher als der der Frauen. Insgesamt waren 1995 knapp 1,1 Mio. schwerbehinderte Frauen im ausbildungs- bzw. erwerbsfähigen Alter von 15 bis 60 Jahren registriert. Schwerbehinderte Frauen, insbesondere im erwerbsfähigen Alter, sind somit nach wie vor hinsichtlich ihres Anteils in der Bevölkerung unterrepräsentiert (vgl. auch Schildmann 1983, 43; Socialdata 1984, 72; v. Lüpke 1984, 73; Ritz 1985, 78; Niehaus 1989, 129). Dieser Umstand resultiert vor allem aus den Bestimmungen und der Struktur des Schwerbehindertengesetzes und daraus, daß Frauen trotz Vorliegen einer Schädigung oder einer subjektiv empfundenen Beeinträchtigung auf die amtliche Anerkennung verzichten (Niehaus 1989, 133; zur statistischen Untererfassung in der amtlichen Behindertenstatistik: s.u.).

Außerhalb der amtlichen Behindertenstatistik der Versorgungsämter gibt es keine aktuellen repräsentativen Daten zur Lebenslage behinderter Frauen in Deutschland. Für die (alte) Bundesrepublik Deutschland stellt die (unveröffentlichte) Studie von Socialdata (1984) zu „Anzahl und Situation der Behinderten nach Zielgruppen“ die erste repräsentative Erhebung über diesen Personenkreis dar. Dieser Studie verdanken wir auch die einzigen repräsentativen Daten zur Situation behinderter Frauen in Deutschland, die allerdings für die aktuelle Lage kaum Aussagekraft besitzen (vgl. ebenda, 70-73).

Die zweite für das gesamte Bundesgebiet mit alten und neuen Bundesländern repräsentative Studie über „Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten“ enthält keine speziellen Daten über die Lebenslage behinderter Frauen. Die Sonderauswertung dieser Studie über „Hilfebedürftige Behinderte in privaten Haushalten“ (Infratest 1992) differenziert nicht nach Geschlecht. Es wurde jedoch auf der Basis dieser Erhebung eine vertiefende Studie durchgeführt, in deren Rahmen insgesamt 245 erwachsene behinderte Frauen und Männer zu ihrer Lebenssituation befragt wurden (Häußler u.a. 1996). Allerdings kommt diesen Ergebnissen (Erhebungsjahr 1992) keine repräsentative Bedeutung zu. Hervorhebenswert erscheint, daß neben allgemeinen Daten zur Lebenssituation behinderter Menschen im Rahmen dieser Studie erstmals auch die unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung des sozialen Phänomens „Behinderung“ durch

betroffene Männer und Frauen erhoben und geschlechtsspezifisch ausgewertet wurde.

Insgesamt gibt es nur wenige konkrete Zahlen, die sich auf die Lebenssituation behinderter Frauen beziehen. Es wird fast ausschließlich über die geschlechtsneutrale „Problemgruppe“ der „Behinderten“ geforscht anstatt über Männer und Frauen, die behindert sind (Hermes 1994, 53). Die mangelnde Thematisierung behinderter Frauen in wissenschaftlichen Publikationen macht deutlich, daß diese für die Forschung keine bedeutsame Gruppe darstellen. Die wenigen vorliegenden Ergebnisse sind zum Teil veraltet und nur begrenzt verallgemeinerbar.

Nur drei empirische Studien befassen sich speziell mit der Lebenssituation behinderter Frauen in Deutschland. Sie beziehen sich jeweils auf regional begrenzte Erhebungsräume: Die Studie von Schildmann (1983) wurde 1978 in Bremen durchgeführt, die Untersuchung von Niehaus (1993) bezieht sich auf Frauen in Rheinland-Pfalz und die Erhebung von Kies u.a. (1994) beschränkt sich auf Berlin-Ost (Angaben zu den Studien im Anhang 1). Hinsichtlich der Erhebungszeiträume gilt für die alte Bundesrepublik ein Abstand von zehn Jahren zwischen den beiden Untersuchungen, in den neuen Ländern wurde ohnehin nur eine einzige Erhebung zu diesem Thema durchgeführt.

Obwohl in allen drei aufgeführten Studien die Methode des mündlichen Interviews gewählt wurde, kann nur die Untersuchung von Schildmann (1983) als Studie mit qualitativem Charakter bezeichnet werden, die auch Aussagen über biographische Zusammenhänge und Lebensmuster von Frauen mit Behinderungen enthält. Allerdings sind viele Ergebnisse für die Situation nicht mehr aussagekräftig, weil der Erhebungszeitpunkt (1978) zwanzig Jahre zurück liegt.

Alltagserfahrungen und Biographien von Frauen mit Behinderungen wurden zudem in verschiedenen, nicht empirisch orientierten Arbeiten thematisiert, die von engagierten betroffenen Frauen verfaßt wurden und die „doppelte Diskriminierung“ behinderter Frauen in die öffentliche Diskussion brachten (vgl. Ewinkel u.a. 1985; Barzen u.a. 1988; Born u.a. 1992; Barwig/Busch 1993).

Eine umfassende wissenschaftliche Untersuchung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen, die quantitative und qualitative Aussagekraft besitzt, liegt bislang nicht vor.

Es gibt keine repräsentative oder zumindest bundesweit angelegte Studie, die neben verallgemeinerbaren Ergebnissen auch differenziertere Aussagen zur Lebenssituation behinderter Frauen in den alten und neuen Bundesländern ermöglicht. Die wenigen vorliegenden Erhebungen besitzen eher den Charakter explorativer Studien und sind weder für den gesamten Personenkreis noch für die aktuellen Lebensbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland aussagekräftig.

Auch die Daten der amtlichen Schwerbehindertenstatistik können nicht zufriedenstellen. Die amtliche Statistik enthält nur Angaben über Personen, denen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 v.H. zuerkannt wurde und die einen

gültigen Schwerbehindertenausweis besitzen.¹ Aber es lassen sich nicht alle Menschen, die gesundheitlich schwer eingeschränkt oder beeinträchtigt sind, einen Schwerbehindertenausweis ausstellen. Dies trifft insbesondere auf Frauen zu, die nicht erwerbstätig sind: Sie profitieren nicht von den mit einem Ausweis verbundenen gesetzlich geregelten Nachteilsausgleichen und Leistungen im Erwerbsleben. Frauen, die nicht erwerbstätig sind, haben daher ein geringeres Interesse, sich einen Schwerbehindertenausweis ausstellen zu lassen. Dies betrifft insbesondere Frauen mit Kindern sowie Hausfrauen. Hier zeigt sich, daß sich die Regelungen des Schwerbehindertengesetzes an der Erwerbstätigkeit als Lebensmodell und damit an einer männlichen „Normalbiographie“ orientieren.

Offenkundig wird das Versorgungsamt von Frauen erst bei gravierenden Einschränkungen und Behinderungen informiert, denn Frauen sind in den unteren Kategorien des Grades der Behinderung (bis unter 80%) unterrepräsentiert (vgl. Statistisches Bundesamt 1996, 43). Insgesamt muß davon ausgegangen werden, daß mit dem aufgeführten „Grad der Behinderung“ weder die Schwere der Schädigung oder Funktionseinschränkung noch der damit verbundene Hilfebedarf bestimmt werden kann (Niehaus 1993).

Bestätigt wird der Zusammenhang von Nichterwerbstätigkeit und Untererfassung in der amtlichen Schwerbehindertenstatistik, wenn die Statistik nach alten und neuen Bundesländern differenziert wird. In den neuen Ländern sind die Anteile von Frauen und Männern an der Gesamtzahl von Menschen mit schweren Behinderungen nahezu gleich, während in den alten Bundesländern der Anteil männlicher Personen mit schweren Behinderungen überwiegt:

¹ Rechtsgrundlage der Schwerbehindertenstatistik ist § 53 Abs.1 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz - SchwbG). Aufgrund dieser Vorschrift wird seit 1985 alle zwei Jahre eine Bundesstatistik über schwerbehinderte Menschen durchgeführt (Statistisches Bundesamt 1996). Als Behinderung gilt im Sinne des Schwerbehindertengesetzes die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. In der Schwerbehindertenstatistik wird bei mehreren vorhandenen Behinderungen auf die schwerwiegendste abgestellt (ebenda). Der Grad der Behinderung (GdB) gibt das Ausmaß der Funktionseinschränkung gestuft nach Zehnergraden von 20 bis 100 wieder. Als Schwerbehinderte gelten Personen, denen von den Versorgungsämtern ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr zuerkannt worden ist. Auf Antrag stellen die Versorgungsämter für diese Personen einen Ausweis über die Eigenschaft als Schwerbehinderter aus.

Tab. 1: Menschen mit schweren Behinderungen

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Insgesamt
Menschen mit schweren Behinderungen insgesamt	5.611.482	885.051	6.496.533
Weibliche Personen mit schweren Behinderungen	2.600.169	442.458	3.042.627
Männliche Personen mit schweren Behinderungen	3.011.313	442.593	3.453.906

Quelle: Statistisches Bundesamt 1996

Hier werden unterschiedliche Lebensmuster in Ost und West deutlich. In der DDR war das vorherrschende Lebensmodell die umfassende Berufstätigkeit der Frau. Entsprechend zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der „berufsbezogenen“ Registrierung als schwerbehinderter Mensch.

Auch die Auswertung einschlägiger sozialepidemiologischer Studien, wonach Frauen keineswegs seltener von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind als Männer (vgl. Niehaus 1989) legt die Einschätzung nahe, daß Frauen insgesamt das Recht auf amtliche Anerkennung seltener in Anspruch nehmen als Männer, weil sie erst bei besonders schwerwiegenden Einschränkungen und Beeinträchtigungen einen Schwerbehindertenausweis beantragen (Niehaus 1995, 161). Der Verzicht auf Anerkennung trotz schwerwiegender Schädigung wird mit dem klassischen „Rollenstereotyp der Frau als die Sorgende, nicht aber für sich selbst Fürsorge Fordernde“ (ebenda) erklärt.

3.2 Erwerbstätigkeit und finanzielle Lage

Aktuelle Daten zur Erwerbsbeteiligung behinderter Frauen können auf der Basis des „Haushaltspanels“ der Europäischen Union gewonnen werden, das 1994 bei allen Mitgliedern nach einheitlichen Kriterien erhoben wurde (Vierter Bericht der Bundesregierung 1998, 10f.). Danach liegt die Bundesrepublik im europäischen Vergleich mit bei den höchsten Beschäftigungsquoten für Frauen und Männer. Bei schwer beeinträchtigten Frauen zwischen 25 und 49 Jahren hat Deutschland mit 51,8% sogar die höchste Quote im europäischen Vergleich. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland.

Tab. 2: Beschäftigungsquoten (Angaben in Prozent)

Alter	schwer Beeinträchtigte		etwas Beeinträchtigte		nicht Beeinträchtigte	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
25 – 49 Jahre	51,8	66,5	63,9	89,0	74,1	93,2
50 – 64 Jahre	23,4	25,6	28,6	48,8	41,7	71,4

Quelle: Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten 1998, 10. Internationales „Haushaltspanel“, Erhebungsjahr 1994

Nach wie vor sind behinderte Frauen häufiger erwerbslos als behinderte Männer und in sehr viel größerem Ausmaß als nicht beeinträchtigte Frauen. Allerdings reduzieren sich die Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit Behinderung mit der Stärke der Beeinträchtigung und dem Alter: Bei schwer beeinträchtigten Frauen und Männern zwischen 50 und 64 Jahren ist die Beschäftigungsquote mit ca. einem Viertel dieser Personen annähernd gleich gering. D.h. mit zunehmendem Alter und stärkerer Beeinträchtigung nivelliert sich die stärkere Diskriminierung der Frauen zu einer annähernd gleichen - immer stärker werdenden - Benachteiligung von Menschen mit Behinderung beiderlei Geschlechts. Es besteht dann sozusagen eine Gleichheit in der schweren Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt.

Hinweise auf unterschiedliche Entwicklungen in den alten und neuen Bundesländern können auf der Basis von Sonderauswertungen des Sozioökonomischen Panels gewonnen werden. Allerdings müssen aufgrund der zum Teil geringen Datenbasis die Entwicklungen eher im Sinne von allgemeinen „Trends“ bewertet werden und können nicht als „harte“ Zahlen verwendet werden.

Tab. 3: Wohnbevölkerung im Alter von 18-60 Jahren nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht (Angaben in Prozent)

	Gesamt		West		Ost	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Behinderte voll erwerbstätig	54,6	22,8	54,5	24,7	57,6	(15,4)
nicht erwerbstätig	42,7	59,6	43,8	54,9	(32,7)	77,0
Sonstiges *)	(2,7)	17,6	(1,7)	20,4	(9,7)	(7,6)
Gesamt Prozent	100	100	100	100	100	100

Nicht – Behinderte						
voll erwerbstätig	76,3	36,6	77,7	34,5	74,6	47,1
nicht erwerbstätig	15,0	31,7	13,5	32,0	18,0	26,3
Sonstiges *)	8,7	31,7	8,8	33,5	7,4	26,6
Gesamt Prozent	100	100	100	100	100	100

Datenbasis: Das Sozio-ökonomische Panel, Welle 12 (1995). Hochgerechnete Ergebnisse. In Klammern: Fallzahl < 30. Eigene Berechnungen

*) Kurzarbeit, Teilzeitbeschäftigung, Ausbildung, geringfügig beschäftigt, Mutterschafts-/Erziehungsurlaub, Wehr-/Zivildienst

Die Erwerbslosenquote von Frauen ohne Behinderung ist in Ost und West mit jeweils einem knappen Drittel annähernd gleich. Frauen mit Behinderung unterscheiden sich jedoch in dieser Hinsicht: 77% der Frauen in den neuen Bundesländern sind erwerbslos im Vergleich zu ca. 55% der Frauen mit Behinderung in den alten Ländern. Männer mit Behinderung sind dagegen mit 43,8% Erwerbslosen im Westen im Vergleich zu 32,7% im Osten eher in den alten Ländern stärker

ker benachteiligt. Daß Frauen mit Behinderung in den neuen Bundesländern die höchste Erwerbslosenquote aufweisen, hatten bereits Panelanalysen auf der Basis von Daten aus dem Jahre 1992 ergeben (Häußler-Sczepan 1995).

Die damals ermittelte Quote von 74% erwerbslosen Frauen mit Behinderung aus den neuen Ländern im Vergleich zu 49% in den alten Bundesländern hat sich nach den hier vorliegenden Ergebnissen durchgängig nur erhöht. Der anhaltende Trend läßt sich als eine zunehmende Verdrängung von Frauen mit Behinderung aus dem Arbeitsmarkt kennzeichnen, der sich besonders krass im Osten bemerkbar macht. Dies bestätigt auch die Studie von Kies u.a. (1994, 6): Die Mehrzahl der befragten Frauen mit Behinderung in Ost-Berlin war bis 1990 berufstätig, zum Zeitpunkt des Interviews im Jahre 1994 dagegen nur noch 34%.

Hinsichtlich der finanziellen Situation behinderter Frauen gilt nach wie vor, daß keine genauen Zahlen bekannt sind und Referenzdaten zum Haushaltseinkommen nicht ausgewertet werden können (so auch Niehaus 1993, 79). Es wird vermutet, daß die finanzielle Absicherung als Grundlage der Lebensführung für viele alleinlebende behinderte Frauen außerordentlich begrenzt ist (ebenda). Die Mikrozensusbefragung aus dem Jahre 1989 kommt für das frühere Bundesgebiet zu dem Ergebnis, daß erwerbstätige Frauen mit Behinderung im Durchschnitt weniger verdienen als Männer mit Behinderung (Niehaus 1995, 164): 45,2% der Frauen, die ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit bestritten, gaben ein Nettoeinkommen von unter DM 1.400,- an. Bei den behinderten Männern betrug dieser Anteil nur 8,7% (ebenda). Insgesamt ist die finanzielle Situation von Frauen mit Behinderung als sehr schlecht zu bewerten (vgl. Braun/Niehaus 1992).

Der Behindertenreport für die neuen Bundesländer kommt zu dem Ergebnis, daß behinderte Frauen, ebenso wie nichtbehinderte Frauen auch, in höherem Maße Niedrigeinkommen beziehen (Winkler 1995, 65). Der Anteil der Frauen, die ein Einkommen unter DM 1.000,- angaben, betrug 29% (Männer 19%) und bei über DM 2.200,- lag der Frauenanteil bei 9% (Männer 17%). Das individuelle Durchschnittseinkommen der Frauen mit Behinderung lag Ende 1993 in den neuen Bundesländern bei DM 1.300,-. Bei Männern lag das Vergleichseinkommen mit DM 1.564,- etwas höher (ebenda). Bundesweite Vergleichsdaten liegen jedoch nicht vor.

3.3 Berufliche Rehabilitation

In der beruflichen Rehabilitation sind behinderte Frauen durchgängig unterrepräsentiert. Seit mehr als einem Jahrzehnt liegt der Anteil der Frauen an Maßnahmen, die auf die (Wieder)Eingliederung in das Erwerbsleben zielen, bei ca. 30%. Zwar hat sich die Zahl der Teilnehmerinnen an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation in den Jahren von 1984 bis 1992 mehr als verdoppelt, doch ist der Frauenanteil bei insgesamt gestiegenen Fallzahlen nahezu gleichgeblieben (vgl. hierzu Dritter Bericht der Bundesregierung 1994, 51; Vierter Bericht 1998, 62). Die Situation von Frauen in der beruflichen Rehabilitation hat sich seit der empirischen Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und

Sozialordnung aus dem Jahre 1988 nicht grundlegend geändert. Bis heute stellt dieser Bericht (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1988) die umfassendste Analyse dieser Thematik dar (vgl. Vierter Bericht der Bundesregierung 1998).

Auch in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken sind Frauen und Mädchen nicht angemessen vertreten. In den Berufsbildungswerken, die der Erstausbildung dienen, beträgt der Frauenanteil ca. 34% und in den Berufsförderungswerken, die eine Zweitausbildung anbieten, sind Frauen nur noch mit einer Quote von 10-20% vertreten (vgl. Hermes 1993, 29).

Mit der mangelnden Schulbildung behinderter Frauen läßt sich die geringe Repräsentanz in Maßnahmen der beruflichen Bildung und Ausbildung allerdings nicht erklären. Ebenso wie bei nichtbehinderten Frauen wird die geschlechtsspezifische Rollenverteilung bei der Berufswahl manifest. Obwohl behinderte Frauen im Bereich der schulischen Ausbildung ebenso qualifiziert sind bzw. eher schneller und besser als behinderte Männer abschneiden (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1988, 113, 229, 259), werden sie im beruflichen Bereich eher ausgemustert.

Behinderte Frauen landen sehr viel häufiger als behinderte Männer nach dem Sonderschulabschluß direkt in der Werkstatt für Behinderte und arbeiten dort für ein Taschengeld oder sie begeben sich gleich in den Bereich der unbezahlten Hausarbeit (Degener 1995, 3).

Sehr viel weniger Frauen mit Behinderung verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung als die vergleichbare Gruppe von Männern. Ebenso nehmen an beruflichen Fortbildungsmaßnahmen fast ausschließlich Männer teil (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1988, 90, 104, 453).

In den Berufsförderungswerken ist der Frauenanteil noch geringer als in den Berufsbildungswerken. Die Quote liegt seit mehr als einem Jahrzehnt bei ca. 20% weiblichen Rehabilitandinnen (Schildmann 1981, 21; Dritter Bericht der Bundesregierung 1994, 49; Vierter Bericht 1998, 63).

Für die geringe Repräsentanz von Frauen in Berufsförderungswerken sind vor allem zwei Faktoren verantwortlich, die Frauen besonders benachteiligen:

- zum einen sind Umschulungen in der Regel an eine vorherige Berufstätigkeit gebunden, so daß Hausfrauen meist nicht zum Kreis der Rehabilitandinnen zählen (Hermes 1994, 58);
- zum anderen sind Berufsförderungswerke meist große zentralisierte Einrichtungen mit Internaten, in denen die zwei Jahre dauernde Umschulung wohnortfern durchgeführt wird.

Für Frauen mit Familie ist eine Rehabilitationsmaßnahme mit Heimunterbringung von zweijähriger Dauer kaum realisierbar. Zudem beinhaltet die wohnortferne „stationäre“ Umschulung für die meisten Betroffenen eine enorme Überforderung, wie die relativ hohe Abbrecherquote von 25% verdeutlicht (Tews 1986, 14).

Frauen, die an Rehammaßnahmen teilnehmen, sind meist nicht älter als 35 Jahre und eher alleinstehend als behinderte Männer in Umschulungseinrichtungen

(Hermes 1994, 57). Dies mag nicht verwundern angesichts eines Ausbildungsangebots, das sich ausschließlich an männlichen Lebensmustern orientiert und die regionale und familiäre Ungebundenheit des Einzelnen zur Bedingung macht. Frauen mit Familie, die über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, sind im bestehenden System der Rehabilitationsmaßnahmen ebensowenig vorgesehen wie nicht erwerbstätige Hausfrauen, denen bereits der Anspruch auf eine Umschulung abgesprochen wird. Selbst bei hoher Motivation wird Frauen mit Familie oft eine Rehabilitationsmaßnahme verwehrt, weil sie keine geregelte Kinderbetreuung nachweisen können (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1988, 317ff.).

Oftmals haben sogar Frauen, die noch keine eigene Familie haben, keine Chance auf Bewilligung, wenn sie im Beratungsgespräch entsprechende Absichten bekunden. Männer werden gleich gar nicht danach gefragt. So schließt sich spätestens im Rahmen der Rehabilitationsberatung der Kreis: Weil Frauen Familie haben oder haben könnten, wird ihnen keine adäquate Berufsausbildung bewilligt. Sollten sie jedoch die Familienphase bereits hinter sich haben, so ist die Maßnahme nicht aussichtsreich, weil die Frauen zu alt sind (ebenda).

Eine weitere Erklärung für die geringe Teilnahme von behinderten Frauen an beruflichen Reha-Maßnahmen ist die schlechtere finanzielle Absicherung aufgrund der meist kurzen oder zerrissenen, typisch „weiblichen“ Erwerbsbiografie mit Familienphase (Degener 1995, 12). Der weibliche Lebenszusammenhang erweist sich somit auf allen Ebenen des beruflichen Rehabilitationssystems als ein Faktor der Benachteiligung. Im Rahmen der historisch und systematisch an männlichen Erwerbsbiographien orientierten Reha-Maßnahmen sind Frauen nicht vorgesehen.

3.4 Familiäre Situation

Es ist vielfach darauf hingewiesen worden, daß behinderte Frauen vergleichsweise weniger häufig verheiratet sind als behinderte Männer und als nicht behinderte Frauen (vgl. Schildmann 1983, 66; Socialdata 1984, 74; Niehaus 1989, 126). Diese Verteilung konnte auch für andere europäische Länder nachgewiesen werden (Zeller 1988). Die geringen Verheiratsquoten und das erhöhte Scheidungsrisiko behinderter Frauen werden darauf zurückgeführt, daß die Frauen für das Nichterfüllen des weiblichen Schönheitsideals „bestraft“ werden (Schildmann 1983, 53).

Andererseits wird vermutet, daß - zumindest für die Bundesrepublik Deutschland - hier erneut das Bezugssystem der amtlichen Behindertenstatistik deutlich wird. Da alleinstehende Frauen im erwerbsfähigen Alter häufiger berufstätig sind als verheiratete, wird die Wahrscheinlichkeit bei den nicht verheirateten Frauen, sich amtlich anerkennen zu lassen, größer sein (Niehaus 1989, 126).

Tab. 4: Wohnbevölkerung im Alter von 18-60 Jahren nach Familienstand und Geschlecht 1995 (Angaben in Prozent)

	Gesamt		West		Ost	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Behinderte						
Verheiratet, mit Partner	75,0	66,5	75,4	65,9	70,0	66,9
Verheiratet, getrennt	(2,8)	(0,5)	(3,1)	(0,7)	(1,6)	-
Ledig	15,4	14,1	14,9	(14,3)	(20,2)	(12,6)
Geschieden	(4,5)	(10,8)	(4,4)	(11,1)	(5,6)	(10,8)
Verwitwet	(2,3)	(8,1)	(2,2)	(8,0)	(2,6)	(9,6)
Gesamt Prozent	100	100	100	100	100	100
Nicht- Behinderte						
Verheiratet, mit Partner	58,9	62,4	56,9	60,8	60,7	64,5
Verheiratet, getrennt	1,1	2,1	(1,0)	2,3	1,0	(1,2)
Ledig	33,6	24,8	36,0	26,0	30,0	22,8
Geschieden	5,9	7,8	5,8	7,7	7,8	9,0
Verwitwet	(0,5)	2,9	(0,3)	3,2	(0,5)	2,5
Gesamt Prozent	100	191,9	40,5	192	100	100

Datenbasis: Das Sozio-ökonomische Panel, Welle 12 (1995). Hochgerechnete Ergebnisse. In Klammern: Fallzahl < 30. Eigene Berechnungen

Ein Blick auf die aktuellen Zahlen des Sozio-ökonomischen Panels zeigt, daß in dieser Hinsicht eine „Trendwende“ zu verzeichnen ist. Bezogen auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland sind Frauen mit Behinderung häufiger verheiratet als Frauen ohne Behinderung.

Allerdings sind Männer mit Behinderung noch häufiger verheiratet als Frauen mit Behinderung: 75% der Männer im Vergleich zu zwei Drittel der Frauen mit Behinderung (66,5%) sind verheiratet. Bei den Menschen ohne Behinderung dagegen sind mit 62,4% die Frauen etwas häufiger verheiratet als die Männer, die zu 58,9% verheiratet sind. Alte und neue Länder unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht.

Daß Menschen mit Behinderung neuerdings eher häufiger verheiratet sind als Menschen ohne Behinderung, wurde bereits für Paneldaten aus dem Jahre 1992 festgestellt (vgl. Häußler-Sczepan 1995). Allerdings beschränkte sich damals dieser neue Trend auf die neuen Bundesländer, wogegen in den alten Bundesländern noch die „alten“ Verhältnisse einer niedrigeren Verheiratungsquote behinderter Frauen herrschten. Insgesamt spiegelt diese anhaltende Trendwende der Verheiratungsquote von Menschen mit Behinderung eher allgemeine Entwicklungen privater Lebensmuster in modernen Gesellschaften wieder als Besonderheiten dieser speziellen Personengruppe.

In Anbetracht des steigenden Anteils von „Singles“ an der Gesamtbevölkerung (Bertram 1994) sowie der allgemeinen Entwicklung der Familie in der postmodernen Gesellschaft ist die seit den 80er Jahren gängige Interpretation der Diskriminierung behinderter Menschen aufgrund ihrer geringeren Verheiratsquote für die 90er Jahre zu hinterfragen. So könnte z.B. die neuerdings höhere Verheiratsquote auch dahingehend interpretiert werden, daß Menschen mit Behinderungen am allgemeinen gesellschaftlichen Individualisierungsprozeß weniger teilhaben können, weil sie stärker auf die Unterstützung eines Partners angewiesen sind und als „Single“ schlechter dran sind. Diskriminierend wäre in diesem Falle die höhere Verheiratsquote und nicht die niedrigere.

Schließlich ist die Frage nach dem Bestehen einer Partnerschaft bzw. dem Vorliegen verlässlicher sozialer Netzwerke mittels so grober statistischer Angaben, wie sie der Familienstand darstellt, nur ungenügend zu beantworten. Es bedarf differenzierterer Angaben zur privaten Lebensform, um die familiäre Lage von Frauen mit Behinderung zu beschreiben. Dabei gilt es insbesondere, die Situation behinderter Mütter zu beachten, da zu diesem Themenkreis nach wie vor keine empirischen Materialien vorliegen (vgl. Papke 1993). Zunehmend wenden sich behinderte Mütter mit ihren Forderungen an die Öffentlichkeit und verlangen Beachtung, Akzeptanz und Unterstützung (vgl. Arnade 1993a, Marek 1993, Seipelt-Holtmann 1993, Porr-Griffaton 1993, Freyjer 1994). Über die Größe und demographische Verteilung dieser Personengruppe liegen keine Daten vor. Die Schwerbehindertenstatistik erfaßt Mutterschaft und Kinderzahl nicht.

3.5 Soziale Netzwerke und Assistenz

Das soziale Netzwerk und die Unterstützungsressourcen von selbständig lebenden behinderten Frauen wurden von Niehaus (1993) untersucht. Sie kam zu dem Ergebnis, daß durchschnittlich fünf Bekannte und ca. vier Verwandte den sozialen Bezugskreis behinderter Frauen ausmachen (ebenda, 121). Dabei sind die Bekannten eher für die „psychologische Alltagsunterstützung“ zuständig und die Verwandten eher für die „behinderungsspezifische Unterstützung“. Institutioneller und professioneller Unterstützung kam nur marginale Bedeutung zu. Dies bestätigen auch einschlägige Studien zum Hilfe- und Pflegebedarf und zur häuslichen Pflegesituation allgemein, wonach Pflege im Haushalt vorwiegend „Familienpflege“ ist (vgl. Hedtke-Becker 1990, 16; Häußler u.a. 1996, 305).

Es sind vor allem weibliche Familienangehörige, die behinderte Frauen bei der persönlichen Versorgung, der Haushaltsführung und der Mobilität unterstützen (Niehaus 1993, 122). Auch in dieser Hinsicht unterscheiden sich die Ergebnisse nicht von einschlägigen Studien. Eine repräsentative Studie zum Hilfe- und Pflegebedarf von in Haushalten lebenden Menschen mit Behinderung kommt zu dem Ergebnis, daß drei von vier Hauptpflegepersonen Frauen sind (Infratest 1992, 46; vgl. auch Häußler u.a. 1996, 307). Bei den pflegenden Männern handelt es sich meist um den Ehepartner (vgl. Hedtke-Becker 1990, 39).

Unterschiede zeigen sich dahingehend, daß behinderte Frauen im Vergleich zu anderen auf Hilfe angewiesenen Personengruppen durchschnittlich mit der Unterstützung relativ weniger Verwandter rechnen können (Niehaus 1993, 122).

Besonders benachteiligt sind alleinstehende und nicht erwerbstätige Frauen sowie Frauen mit einem schlechten Gesundheitszustand. Für diesen Personenkreis wurde ein noch dünneres Helferinnennetz ermittelt (ebenda). Es zeigte sich somit eine Kumulation von Problemlagen dahingehend, daß diejenigen, die am meisten Hilfe benötigen, über die geringsten Ressourcen verfügen.

Im Gegensatz zur Familienpflege wird die - immer noch relativ seltene - professionelle Assistenz in privaten Haushalten in der Regel von Männern geleistet. Oft gilt es auch in Institutionen als „normal“, daß Frauen im Intimbereich von Männern versorgt werden (Stötzer 1994, 77). Entgegen der gängigen Vorstellung, daß Frauen aufgrund ihrer „weiblichen“ Eigenschaften und Fähigkeiten besser zur Pflege geeignet seien, gilt im professionellen Bereich das kostengünstigere Modell der männlichen Zivildienstleistenden. Ausschlaggebend sind dabei die Kosten und nicht die Bedürfnisse der auf Assistenz angewiesenen Frauen.

Erfahrungsberichte von Frauen machen deutlich, daß die Angewiesenheit auf männliche Assistenz vor allem im Bereich der Intim- und Grundpflege konfliktuell ist und zum Teil als unzumutbar empfunden wird (vgl. Rütter/Winstroer 1993; Busch/Klingmann 1993; Arnade 1992, 126f.). Dieser Umstand wird von Betroffenen zunehmend angeprangert. Eine der Forderungen behinderter Frauen an Gleichstellungsgesetze zur Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens ist daher das Recht auf weibliche Assistenz (Hermes 1994, 100; FIMITIC 1994, 91).

Das Modell der persönlichen Assistenz wird als das geeignetste für eine selbstbestimmte Lebensführung propagiert. Behinderte Frauen wollen nicht mehr durch traditionelle Organisationen mit Pflege nach festgelegten und zeitlich eng befristeten Dienstplänen versorgt werden, sondern alle Entscheidungskompetenzen, Rechte und Pflichten, die mit der Organisation von persönlicher Assistenz zusammenhängen, möglichst selbst übernehmen (Radtke 1994, 50). Auf diese Weise kann eine selbstbestimmte Lebensführung mit individueller Gestaltungsfreiheit ermöglicht werden, die auch die Verwirklichung spontaner Entschlüsse und Aktivitäten einschließt.

3.6 Aspekte der Geschlechtsrolle

Im allgemeinen wird in Fachbüchern und theoretischen Abhandlungen von „den“ Behinderten gesprochen - eine weibliche Form zu diesem Begriff gibt es nicht, so daß angenommen werden könnte, der Personenkreis der behinderten Menschen sei ohne Geschlecht (Schmidt-Thimme 1990, 253). Demzufolge finden sich in der Literatur überwiegend Arbeiten, die sich entweder nur mit der Frauenfrage oder nur mit der (geschlechtsneutralen) „Behindertenfrage“ beschäftigen (von Daniels 1994, 123). Auch in der Behindertenpädagogik, die sich schwerpunktmäßig mit „dem“ behinderten oder von Behinderung bedrohten Kind beschäftigt, werden die Besonderheiten behinderter Mädchen meist übersehen bzw. geschlechtsspezifische Entwicklungen wenig beachtet (Wienhues 1988, 9). Behinderte Jungen und Mädchen erscheinen quasi als Neutren, für die der Unterschied der Geschlechter gesellschaftlich bedeutungslos ist (Daoud-Harms 1986, 64). Dies ändert sich jedoch in dem Maße, in dem sich die gesellschaftlichen Rollenerwartungen an Mann und Frau bemerkbar machen und die

Zukunftsaussichten nachhaltig prägen. So sind nicht nur die Ausbildungs- und Berufschancen der Männer weitaus besser als die der Frauen, sondern auch die Chancen der Verwirklichung sexueller und partnerschaftlicher Wünsche.

Behinderten Frauen werden sexuelle Wünsche eher abgesprochen als behinderten Männern (Zeller 1988, 26). Als „Objekte der Nicht-Begierde“ stößt der Wunsch nach Partner- oder gar Mutterschaft um so mehr auf gesellschaftliche Ablehnung, je mehr eine Frau körperlich und/oder geistig behindert ist (Schatz 1994, 179).

Dabei wirken sich vor allem zwei zentrale Elemente des weiblichen Geschlechterstereotyps negativ auf die Situation behinderter Frauen aus: das traditionelle Schönheitsideal und das Helfen und Pflegen als klassische weibliche Domäne. Das Nicht-Erfüllen der gängigen Schönheitsvorstellungen reduziert für Frauen die Chancen einer Liebesbeziehung (Seifert 1990, 1) und männliche Partner von Frauen mit Behinderungen werden eher bedauert als bewundert, weil es die Rolle der Frau ist, sich um andere zu kümmern (Köbsell 1994, 84).

Umgekehrt erfährt eine Frau, die sich um einen behinderten Mann kümmert, eher Zustimmung und gesellschaftliche Bestätigung, weil sie ihrer „weiblichen Bestimmung“ der Fürsorge und Pflege gerecht wird. Zudem spricht die Behinderung eines Mannes bei vielen Frauen den Pflege-/Mutter“instinkt“ an (Arnade 1989, 15).

Diese geschlechtstypische Sichtweise und Rollenorientierung wird zum Teil auch bei behinderten Frauen und Männern deutlich.

Im Rahmen einer bundesweiten Studie zum Hilfe- und Pflegebedarf von in Haushalten lebenden Menschen mit Behinderung (Häußler u.a. 1996) wurden behinderte Frauen und Männer zu ihrer Lebenssituation befragt. Dabei zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit der sozialen Situation des „Behindertseins“ (ebenda, S. 286ff.). So wird die Frage „*In welchen Situationen fühlen Sie sich besonders von anderen Personen abhängig bzw. empfinden Sie es als besonders belastend, von anderen Personen anhängig zu sein?*“ von Männern und Frauen unterschiedlich beantwortet. Es gibt mehr Männer (41,5%) als Frauen (32,8%), die keine besondere Abhängigkeit von anderen Personen empfinden und es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung belastender Situationen.

Behinderte Frauen erleben vor allem die Abhängigkeit von anderen Personen als seelisch belastend, während für behinderte Männer eher gesundheitliche Krisen zum Problem werden. Diese Bewertung korrespondiert mit den Ergebnissen der klassischen Studien von Fidell (1980, 1984), die belegen, daß Frauen gemeinhin sensibler sind für Körperempfinden und körperlich-seelische Beeinträchtigungen eher wahrnehmen als Männer. Für Männer werden hingegen somatische gesundheitliche Krisen eher zum Problem (vgl. Klintmann 1989).

Des weiteren spiegelt die Einschätzung der behinderten Frauen und Männer die traditionellen Geschlechterstereotypen wieder: Von Frauen wird erwartet, daß sie für andere sorgen und für sie da sind, während Männer vorwiegend als diejenigen gelten, denen diese Fürsorge zusteht. Entsprechend beziehen auch

viele Frauen ihre Identität darüber, von anderen Menschen „gebraucht“ zu werden (Häußler 1983, 138).

Der seelische Konflikt behinderter Frauen wird dadurch verstärkt, daß die Abhängigkeit von anderen Personen zusätzlich als „weibliches Versagen“ empfunden wird, weil frau nicht für andere „sorgen“ kann und sich stattdessen „versorgen lassen muß (Wacker 1993, 60). Demgegenüber ist es für Männer eher selbstverständlich, die Hilfe anderer (Frauen!) anzunehmen.

Auch die stärkere Beeinträchtigung behinderter Männer durch gesundheitliche Krisen verweist auf klassische Geschlechtsrollen: Von Männern wird erwartet, daß sie „funktionieren“, „aktiv“ sind und „Leistung“ bringen. Im Falle gesundheitlicher Krisen erfahren Männer mit Behinderungen noch deutlicher, daß sie dem herrschenden Männerbild unserer Gesellschaft nicht entsprechen. Es ist daher nicht verwunderlich, daß für sie vor allem gesundheitliche Beeinträchtigungen zum Problem werden.

Geschlechtsspezifische Sichtweisen und Strategien zeigen sich auch beim Umgang mit der eigenen Behinderung. Während Frauen anderen Menschen in einer vergleichbaren Lebenssituation vor allem psychologische und lebenspraktische Ratschläge und Tips geben würden, bevorzugen Männer die Problembewältigung durch die Vermittlung medizinischen oder juristischen Fachwissens. Fast doppelt so viele Frauen (75,5%) wie Männer (44%) sehen die individuelle psychische Bewältigung ihrer Situation als zentrales Moment der Lebensgestaltung behinderter Menschen, während umgekehrt fast die Hälfte der Männer (47,1%) und nur knapp ein Drittel der Frauen (28,6%) medizinische Ratschläge und angemessene Rehabilitationsmaßnahmen für besonders wesentlich halten. Hier wiederholen sich die bereits dargestellten geschlechtsspezifischen Muster: Weil Frauen sich stärker seelisch belastet fühlen, empfehlen sie Bewältigungsstrategien im psychischen Bereich, und weil Männer eher am Leistungsversagen leiden, bauen sie auf medizinische Hilfen zur Verbesserung ihrer Lebenssituation.

Die Wahrnehmung und Bewertung der Situation des „Behindertseins“ erfolgt bei Männern und Frauen unter verschiedenen Gesichtspunkten. Die gängige geschlechtsneutrale Behandlung des Themas in der einschlägigen Fachliteratur erscheint demnach nicht nur fragwürdig, sondern auch ungenügend. Viele Erfahrungsberichte körperbehinderter Frauen machen deutlich, daß die geschlechtsspezifische Erziehung behinderter Frauen viele Facetten aufweist, die nach wie vor einer empirischen Überprüfung harren (vgl. Ewinkel/Hermes 1985; Barwig/Busch 1993).

Geschlechtlichkeit und Körper werden von behinderten Frauen im Rahmen professioneller Systeme erfahren und - meist schmerzhaft - geprägt (Zemp 1980, 17). Der Körper wird als „Gegenstand therapeutischer Intervention“ erfahren (Lux 1993, 23). „Er ist öffentlich - jede/r kann mit ihm alles tun“ (Stötzer 1994, 78). Solche Erfahrungen können Passivität verstärken und bedingen zum Teil lebenslang ein „typisches Patientenverhalten“ (Wienhues 1988, 100). Körpererfahrung und Körpersozialisation behinderter Frauen sowie die Bedeutung professioneller Systeme für das geschlechtstypische Körpererleben sind bisher kaum Forschungsgegenstand gewesen. Die besonderen Sozialisationsbedingungen behinderter Frauen im Rahmen professioneller männlicher Expertensy-

steme und Institutionen stellen ein weithin unerforschtes Feld dar. Häufig sind es Männer (Ärzte), die bei medizinischen Untersuchungen und Behandlungen Schmerz zufügen und dadurch das Verhältnis zum anderen Geschlecht entscheidend prägen (vgl. Seifert 1990, 1).

3.7 Soziale Diskriminierung und Gewalterfahrungen

Mit den sozialen Folgen von Behinderung unter dem Aspekt der Einstellungen und Vorurteile gegenüber Behinderten beschäftigt sich eine breite Forschungstradition (Cloerkes 1979; Cloerkes 1986; von Bracken 1981; Hovorka 1983; Tröster 1990). Konsens besteht dahingehend, daß die Sichtbarkeit bzw. Auffälligkeit der Behinderung von besonderer Bedeutung für die Einstellungen und sozialen Reaktionen gegenüber behinderten Menschen ist. Die Behinderung wird zum Stigma für die Betroffenen (Goffman 1967) und diskreditiert diese in den Augen ihrer Umwelt. Dabei kommt der Schwere der Behinderung im Gegensatz zum Ausmaß ihrer Sichtbarkeit kein wesentlicher Einfluß zu (Cloerkes 1986, 133; Seywald 1977, 23). Ein systematischer Zusammenhang zwischen dem Geschlecht oder der Sichtbarkeit der Behinderung und Problemen im privaten Bereich konnte jedoch nicht nachgewiesen werden (Braun/Niehaus 1988, 39).

Allerdings erleben behinderte Frauen und Männer in unterschiedlichem Ausmaß Schwierigkeiten mit anderen Menschen (Häußler u.a. 1996, 284). Behinderte Frauen haben weniger Probleme im Umgang mit anderen als behinderte Männer. Im Rahmen einer bundesweiten Studie zum Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland vermuten nur 15% der befragten Frauen, daß Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen mit ihrer Behinderung zusammenhängen, während dies mehr als doppelt so viele Männer (38%) angeben (ebenda). Hier werden typische geschlechtsspezifische Stärken und Schwächen im Umgang mit anderen deutlich: Frauen sind gängigen Rollenmustern zufolge „beziehungs-fähiger“ und „kompromißbereiter“ als Männer.

Keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen jedoch der zitierten Studie zufolge bei der Art der Beziehungsprobleme. Wenn behinderte Menschen Schwierigkeiten im Umgang mit anderen haben, dann betrifft dies vor allem die Kontakte zu nicht behinderten Menschen. Beklagt wird vor allem die Unsicherheit, Intoleranz und mangelnde Sensibilität im Umgang mit behinderten Menschen. Neue und alte Bundesländer unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht (ebenda).

Gewalterfahrungen behinderter Frauen, insbesondere die sexuelle Ausbeutung und/oder Vergewaltigung behinderter Mädchen und Frauen wurden im deutschsprachigen Raum bis Mitte der 90er Jahre nicht thematisiert (Degener 1993, 26). Amerikanische und britische Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, daß behinderte Frauen besonders häufig Opfer sexueller Gewalt sind (Kennedy 1989; Stimpson/Best 1991). Bedingt durch die Abhängigkeit von Familienangehörigen oder Personal in Einrichtungen sind behinderte Frauen häufig sexueller Gewalt und Ausbeutung ausgesetzt (Reif 1993, 60; Schatz 1994, 180). Auf dieses Tabuthema verweisen auch Selbstverteidigungskurse für behinderte Frauen sowie

die Resonanz darauf (Gesierich 1992; Mayer 1993; Arnade 1993b; Schopmans 1993).

Die erste umfassende Studie zum Thema sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung wurde 1995 in österreichischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung durchgeführt (Zemp/Pircher 1996). Insgesamt 130 Frauen zwischen 17 und 69 Jahren wurden in einem Fragebogen-Interview befragt. Dabei handelte es sich überwiegend um Frauen mit geistiger Behinderung (57,5%). 23,5% der Frauen waren körperbehindert, 12,5% hatten mehrfache Behinderungen und 6,6% waren lernbehindert (ebenda, 58). Frauen mit Sinnesbehinderung und selbständig in Privathaushalten lebende Frauen wurden in dieser Untersuchung nicht erfaßt. Nach Zemp/Pircher (1996) hat mehr als jede zweite Frau in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung einmal oder mehrmals in ihrem Leben sexuelle Gewalt erfahren. Die sexuellen Übergriffe kommen vor allem aus dem direkten sozialen Umfeld. 75,4% der fast ausschließlich männlichen Täter sind den befragten Frauen bekannt: angefangen vom Vater über den Pflege-/Stiefvater, Heimbewohner bis hin zum „anderen - bekannt“ (ebenda, 78).

Als besondere Form sexueller Gewalt ist auch die Sterilisation geistig behinderter Frauen und Mädchen zu werten, deren aggressiver Charakter von den Betroffenen durchaus gespürt wird und unter dem sie leiden (Hoven 1985, 246). In der Untersuchung von Zemp/Pircher (1996) waren rund 27% aller befragten Frauen sterilisiert und zwar meist zwangssterilisiert, in der Regel noch vor der Großjährigkeit v.a. auf Betreiben der Eltern (ebenda, 69).

3.8 Verhütung und Erfahrungen mit Frauenärzten und -ärztinnen

Behinderte Frauen berichten von demütigenden Erfahrungen bei Frauenärzten und -ärztinnen, die zum Beispiel Verhütungsmittel als überflüssig ansehen oder auffällig häufig zu Abtreibungen raten, wenn es „doch“ zu einer Schwangerschaft gekommen ist (Zeller 1988, 26).

Ebenso verhält es sich mit Sterilisationen, die für nichtbehinderte Frauen sehr schwer zu realisieren sind, wenn sie jung sind und keine Kinder haben, während sie behinderten Frauen geradezu angedient werden oder ihnen gar die Entfernung der Gebärmutter angeboten wird (Köbsell/Waldschmidt 1993, 67). Human-genetische Beratung wird schwangeren behinderten Frauen grundsätzlich nahe gelegt, auch wenn offenkundig gar keine „genetische“ Abweichung vorliegt (Köbsell 1994, 65).

In welchem Ausmaß Frauen mit Behinderung verhüten und welche Verhütungsmittel sie anwenden, wurde erstmals in der Untersuchung von Zemp/Pircher (1996) in österreichischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung erhoben. Jeweils ca. 43% der befragten Frauen gaben an, zu verhüten bzw. nicht zu verhüten. Die Mehrzahl der Frauen, die verhüten, sind sterilisiert (62,5%). Abgesehen von der Sterilisation ist die Pille die verbreitetste Verhütungsmethode: 23,2% nehmen sie regelmäßig (ebenda, 70). Da in dieser Untersuchung überwiegend Frauen mit geistiger Behinderung befragt wurden, muß der hohe Anteil an Sterilisationen auch vor dem Hintergrund der bereits erwähnten „Zwangsste-

riisationen“ behinderter Frauen und Mädchen gewertet werden. Überdies sind die Ergebnisse nicht auf die Situation von selbständig in Privathaushalten lebenden Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen verallgemeinerbar.

Spezielle empirische Untersuchungen zu dieser Thematik liegen nicht vor. Die „Verhütungsbiographien“ (Helfferich 1983) von Frauen mit Behinderung sowie deren Erfahrungen mit Schwangerschaft und ärztlicher Beratung waren bislang kein wissenschaftliches Thema. Die empirische Fundierung eines zentralen Bereiches der Diskriminierung behinderter Frauen sowie die Erforschung und Beschreibung dieser ganz speziellen „Lebenswelterfahrung“ steht somit noch aus.

3.9 Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Lebenssituation behinderter Frauen nach wie vor ein von der Forschung weitgehend vernachlässigtes Thema darstellt. Dies betrifft sowohl den Bereich der statistischen Beschreibung und Erfassung dieser Bevölkerungsgruppe als auch die wissenschaftliche Thematisierung und Erforschung relevanter Fragestellungen. Untersuchungen zum Thema haben Seltenheitswert und sind hinsichtlich ihrer empirischen Basis regional eingeschränkt, so daß sie keine verallgemeinerbaren Aussagen zur Lebenssituation insgesamt erlauben. Die wenigen vorliegenden Erhebungen besitzen eher den Charakter explorativer Studien und sind weder für den gesamten Personenkreis, noch für die möglichen Lebensräume und aktuellen Lebensbedingungen im wiedervereinigten Deutschland aussagekräftig. So wurde z.B. die Gruppe der geistig behinderten Frauen und die Situation von in Heimen lebenden Frauen speziell nur in der österreichischen Studie von Zemp/Pircher (1996) im Hinblick auf den Umgang mit Sexualität und Gewalt analysiert. Als besonders vernachlässigte Fragestellungen müssen die Bereiche Mutterschaft, Gewalterfahrungen und Erfahrungen im Umgang mit dem professionellen Medizinsystem gewertet werden, insbesondere im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Verhütung.

Sonderauswertungen des Sozio-ökonomischen Panels geben Hinweise auf neue Entwicklungen hinsichtlich Berufstätigkeit und Familienstand, die es empirisch zu überprüfen und genauer zu bestimmen gilt. So zeigt sich z.B. auf der Ebene der Berufstätigkeit eine gegenteilige Entwicklung in Ost und West. Während behinderte Frauen in den neuen Bundesländern in geradezu erschreckendem Ausmaß vom Arbeitsmarkt verdrängt werden (drei Viertel der behinderten Ost-Frauen sind erwerbslos), unterscheiden sich behinderte West-Frauen mit einer Erwerbslosenquote von ca. 55% von nichtbehinderten Frauen, die zu einem Drittel erwerbslos sind. Behinderte Frauen aus den neuen Bundesländern werden demnach auf dem Arbeitsmarkt nicht doppelt, sondern dreifach diskriminiert.

Die Panelanalysen verweisen zudem auf eine „Trendwende“ hinsichtlich der bis zu Beginn der 90er Jahre in der einschlägigen Forschung für europäische und angloamerikanische Länder konstatierten geringeren Verheiratsquote von Frauen mit Behinderung. Bezogen auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland sind demzufolge im Jahr 1995 Frauen mit Behinderung häufiger verheiratet als Frauen ohne Behinderung. Diese Entwicklung könnte dahingehend interpretiert

werden, daß Menschen mit Behinderungen am allgemeinen Individualisierungsprozeß weniger teilhaben können, weil sie stärker auf die Unterstützung eines Partners angewiesen sind. Diese Entwicklungen gilt es genauer zu untersuchen. Schließlich gibt es keine Daten zur familiären Lage behinderter Frauen in Ost und West, die Aussagen über tatsächlich bestehende Partnerschaften und private Lebensformen mit und ohne Kinder ermöglichen. Ebenso liegen keine gesicherten Erkenntnisse über die finanzielle Situation dieser Gruppe vor. Eine Beschreibung oder gar Analyse der familialen Lebenswelt behinderter Frauen ist daher bei dem hier dargestellten Stand der Forschung nicht möglich.

Hinsichtlich der aufgeführten Themen und Fragestellungen besteht ein grundsätzlicher Forschungsbedarf, zu dessen Deckung die vorliegende Studie einen Beitrag leisten will.

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Untersuchungsaufbau

In den folgenden Abschnitten (4.2 bis 4.4) werden die Eckdaten des Forschungsvorgehens für die einzelnen Erhebungsschritte dargestellt: Grundgesamtheit, Erhebungsinstrument, Verfahren der Stichprobengewinnung, Aussagen zur Datenqualität (Teilnahmebereitschaft) und die Verfahren der Auswertung. Die Fragestellung der Erhebung und das Forschungsverständnis wurden in Kap. 2 erläutert.

Die Untersuchung „Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung“ ist in drei Untersuchungsschritte gegliedert, die quantitative und qualitative Verfahren einschließen und jeweils aufeinander aufbauen (vgl. Kap. 2):

- Bundesweite schriftliche Befragung körper- und sinnesbehinderter Frauen (N = 987)
- Biographische mündliche Interviews mit körper- und sinnesbehinderten Frauen (N = 60)
- Teilstrukturierte face-to-face-Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der politischen Administration und gesellschaftlicher Interessenverbände (N = 40).

Dabei sollen

- *die bundesweite schriftliche Befragung* statistische Angaben zur Lebenssituation von Frauen mit körperlichen Behinderungen oder Sinnesbehinderung liefern, zu denen bislang kaum Erkenntnisse vorliegen, wie z.B. Mutterschaft und familiäre Situation, berufliche Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit, Kontrazeption, Erfahrungen mit Diskriminierungen und sexueller Gewalt, Erfahrungen mit dem professionellen Medizin- und Assistenzsystem, finanzielle Situation,
- *die qualitativ-biographische Nachbefragung* die subjektive Sicht von Frauen zu diesen Fragen erheben, die Bedeutung der Behinderung nach Lebensphasen klären und die Kompetenzen der Bewältigung des Lebens mit Behinderung erfassen,
- *die Befragung der Experten und Expertinnen* exemplarische Aussagen zu Schwierigkeiten und Möglichkeiten der politischen Interessenvertretung und -durchsetzung zusammenstellen.

4.2 Bundesweite schriftliche Befragung

4.2.1 Grundgesamtheit

Die Zielgruppe bestimmt sich aus der Thematik und Aufgabenstellung der Untersuchung (vgl. Kap. 2) Die Befragungspopulation wurde auf 16- bis 60jährige kör-

per- und sinnesbehinderte Frauen beschränkt, d.h. auf jugendliche und erwachsene Frauen im erwerbsfähigen Alter, für die das Themenspektrum Beruf, Partnerschaft und Sexualität von aktueller Relevanz ist. Weitere Voraussetzung der Teilnahme war die Möglichkeit und Fähigkeit, den Fragebogen (evtl. mit Hilfe anderer) auszufüllen.

Um diese Zielgruppe zu erreichen, wurde der Zugang über die Landesämter für Versorgung und Soziales der einzelnen Bundesländer gewählt. Diese Ämter verfügen über die umfangreichsten und vollständigsten Informationen über Menschen mit Behinderungen und als einzige über die Adressendateien von Menschen, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen. Damit ist der Kreis der erfaßten Personen insofern eingeschränkt, als nicht alle behinderten Menschen einen solchen Ausweis beantragen.

Es wurde bereits darauf hingewiesen (vgl. Kap. 3.1), daß gerade Frauen unter den bei den Landesämtern für Versorgung und Soziales erfaßten Personen unterrepräsentiert sind. Insbesondere nicht erwerbstätige Frauen und Frauen mit einer leichteren Behinderung (unter 80 v.H. GdB) lassen sich über die Landesversorgungsämter weniger gut erreichen, da sie seltener einen Schwerbehindertenausweis beantragen (Niehaus 1995).

Trotz der aufgeführten Mängel des Verfahrens wurden die Adressendateien der Landesversorgungsämter als Ausgangspunkt der Stichprobenziehung gewählt, da sie die einzigen verfügbaren Datenquellen darstellen. Die damit verbundene Einschränkung des Personenkreises muß bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

4.2.2 Fragebogaufbau

Die Themen der schriftlichen Befragung ermöglichen eine Deskription der Lebenssituation behinderter Frauen im Beziehungsbereich, im familiären und sozialen Bereich, im Ausbildungs-/Erwerbsbereich sowie in der ökonomischen Entwicklung. Ein besonderes Gewicht wurde auf Erfahrungen mit sexueller Gewalt, sowie auf Erfahrungen mit dem Medizin- und Assistenzsystem gelegt und auf die ökonomisch/ökologischen Rahmenbedingungen (u.a. finanzielle Situation/ Sicherung, Wohnumwelt, Hilfen etc.). Bezogen auf den Beziehungsbereich werden Sexualität, Kontrazeption, Schwangerschaft und die Erfahrung darauf bezogener Hilfen ausdrücklich berücksichtigt.

Die folgende Übersicht zeigt die Themenbereiche des Fragebogens in chronologischer Reihenfolge:

Themenbereiche des Fragebogens

Angaben zur Behinderung
Angaben zur Partnerschafts- und Familiensituation
Persönliche Einschätzung der eventuell bestehenden Vorurteile gegenüber behinderten Frauen in der Öffentlichkeit
Derzeitige häusliche Lebensform
Angaben zum Hilfebedarf im Alltag / Nähere Angaben zur Hilfsperson / Beurteilung der Forderung nach dem Recht auf Frauenpflege
Angaben zu Schule, Ausbildung und Beruf / Derzeitige berufliche Situation
Persönliche Erfahrung mit Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
Persönliche Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands / Häufige gesundheitliche Beschwerden im letzten halben Jahr
Gegenwärtige Verhütungsmethode
Persönliches Verhältnis zur eigenen Behinderung in der Öffentlichkeit
Erfahrungen mit Grenzverletzungen in der Öffentlichkeit
Diskriminierungserfahrungen bei Frauenarzt/-ärztin
Erfahrungen mit Vergewaltigung und andere Formen sexueller Gewalt / Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen und Belästigung / Angaben zur Person des Täters/ der Täterin
Demütigende Erfahrungen im Rahmen medizinischer, pflegerischer oder technischer Untersuchungen, Behandlungen oder Maßnahmen
Angaben zur persönlichen Abhängigkeit in Alltagssituationen
Einschätzung der Beeinträchtigung durch die Behinderung in verschiedenen Lebensbereichen
Ratschläge für andere Frauen in einer ähnlichen Lebenssituation
Angaben zu regelmäßig anfallenden Kosten durch die Behinderung und deren Finanzierung / Höhe des monatlichen Nettoeinkommens
Abschlussfragen

Die Fragen wurden überwiegend standardisiert und möglichst mit Antwortvorgaben gestellt. Allerdings wurden Fragebereiche, die sehr persönliche Erfahrungen betreffen, durch offene Zusatzfragen ergänzt, wie z.B. *"Möchten Sie diese Erfahrungen beschreiben?"* Diese Fragen geben u.U. auch wertvolle Hinweise zur Interpretation der Daten im Rahmen von Alltagskonstellationen und subjektiven Belastungsmomenten.

Zusätzlich wurde die Bereitschaft erfragt, an einem persönlichen vertiefenden Interview mit einer selbst betroffenen Interviewerin teilzunehmen und im Fall ei-

ner Bereitschaft um Angabe der Adresse gebeten. Diese Information wurde unter Einhaltung des persönlichen Datenschutzes ausschließlich für eine eventuelle Kontaktaufnahme verwendet und getrennt vom Fragebogen aufbewahrt.

4.2.3 Stichprobenziehung

Die Stichprobe wurde über eine nach Bundesländern quotierte Zufallsauswahl unter den bei den Landesversorgungsämtern registrierten Frauen zwischen 16 und 60 Jahren gewonnen.

Zur Bestimmung der Grundgesamtheit als Basis für die Stichprobenziehung wurde zum Jahresbeginn 1997 bundesweit Kontakt zu den einzelnen Landesversorgungsämtern aufgenommen und nach der Anzahl der dort registrierten körper- und sinnesbehinderten Frauen zwischen 16 und 60 Jahren gefragt. Aufgrund der unterschiedlichen Struktur und Qualität der Datenbestände in den einzelnen Bundesländern mußte aus Gründen der Vergleichbarkeit jedoch die Differenzierung nach Behinderungsart aufgegeben und die Altersangabe modifiziert werden. Zugrunde gelegt sind für unsere Auswahl alle behinderten Frauen zwischen 15 und 60 Jahren², die am 31.12.1995 in der jeweiligen Landesstatistik als Inhaberinnen eines Schwerbehindertenausweises registriert waren, ungeachtet des angegebenen Grades der Behinderung. Insgesamt waren 1995 knapp 1,1 Mio. schwerbehinderte Frauen im Alter von 15 bis 60 Jahren registriert (Statistisches Bundesamt 1996, 6).

Zur angemessenen Repräsentierung der einzelnen Bundesländer bei der Stichprobenziehung wurde - ausgehend von diesen Angaben - bundesweit der prozentuale Anteil behinderter Frauen auf Länderebene bestimmt und eine Stichprobengröße pro Bundesland so festgelegt, daß insgesamt 5.269 Frauen angeschrieben werden konnten. Die angestrebte Grundgesamtheit pro Bundesland ist Tabelle 5 zu entnehmen.

In einem Anschreiben wurden die Landesversorgungsämter gebeten, auf der Basis dieser Stichprobengrößen gemäß einer vorgegebenen Rechenanweisung eine zufällige Adreßauswahl von körper- und sinnesbehinderten Frauen zwischen 16 und 60 Jahren zu treffen.

Auf telefonischem und schriftlichem Wege wurde im Anschluß an dieses erste Anschreiben mit jedem einzelnen Bundesland die Möglichkeit geklärt, unter Einhaltung der jeweiligen länderspezifischen Datenschutzbestimmungen und Berücksichtigung der je unterschiedlichen Struktur und Qualität des Datenbestandes, eine Adreßauswahl aus den ämtereigenen Datensätzen zu erhalten. Diese Verhandlungen zogen sich über einen längeren Zeitraum hin, da die Übermittlung personenbezogener Daten zum Zwecke der Forschung ohne vorherige Einwilligung der Betroffenen gemäß § 75 10. Sozialgesetzbuch (SGB.X), eine Genehmigung der Dienstbehörde erfordert. Viele Bundesländer lehnten aufgrund

² Die Statistik weist die Gruppe der 15- bis 60jährigen aus. Für die Adressziehung wurden jedoch die Altersgrenzen „16 bis 60 Jahre“ vorgegeben.

datenschutzrechtlicher Bedenken eine Weitergabe der Adressen grundsätzlich ab.

Wir sahen uns daher gezwungen, einen realisierbaren Verfahrensweg zu finden, um die Durchführung der Studie nicht insgesamt zu gefährden. Nur zwei Bundesländer (Bayern und Thüringen) teilten die datenschutzrechtliche Auffassung des Auftraggebers und hatten keine datenschutzrechtlichen Einwände gegen eine Weitergabe der Adressen, die unmittelbar nach Versendung der Fragebögen durch unser Institut vernichtet wurden. Alle anderen Länder erhielten gemäß Absprache die entsprechende Anzahl von Fragebögen in frankierten Briefumschlägen zugesandt, so daß sie diese nur noch mit Adreßaufklebern versehen und zur Post geben mußten. Auf diese Weise erhielt unser Forschungsinstitut keinerlei Kenntnis der Adressen, so daß sich auch keine datenschutzrechtlichen Probleme ergeben konnten. Alle Briefe enthielten einen Freiumschlag zur Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens, damit den Frauen keine zusätzlichen Kosten entstehen, bzw. um die Antwortbereitschaft zu erhöhen.

Eine weitere Problematik der Stichprobenziehung ergab sich aus finanziellen Forderungen einzelner Landesämter. Einige der angeschriebenen Behörden waren nicht bereit, eine Adreßauswahl zu treffen, ohne für diesen zusätzlichen Arbeitsaufwand bezahlt zu werden. Auch auf diese Bedingungen gingen wir - nach zum Teil zähen Verhandlungen - ein, um die Durchführung der gesamten Studie nicht zu gefährden und möglichst alle Bundesländer angemessen zu repräsentieren.

Mit Ausnahme der Bundesländer Hamburg und Bremen haben bundesweit alle Landesversorgungsämter einer Teilnahme an unserer Erhebung zugestimmt.

Die aufgeführten datenschutzrechtlichen Probleme führten zu zeitlichen Verzögerungen und unterschiedlichen Verfahrensweisen der Stichprobenziehung, so daß sich die folgenden methodischen Besonderheiten ergaben:

1. Es gab zwei Verfahren des Anschreibens: direkt vom Forschungsinstitut und vom jeweiligen Landesversorgungsamt. Wenn das Landesversorgungsamt die Fragebögen verschickte, bestand für uns keine Möglichkeit der Rücklaufkontrolle, d.h. wir wissen nicht, wie viele Adressen unzustellbar u.ä. waren.
2. Die aufwendigen Verhandlungen in bezug auf Datenschutz und Bezahlung führten zu einer zeitlichen Verzögerung und Uneinheitlichkeit der Erhebung: während die einen Länder bereits im Mai angeschrieben wurden, erhielten Frauen aus anderen Ländern erst im August einen Fragebogen. Entsprechend zog sich der Rücklauf bis zum Jahresende 1997 hin.

4.2.4 Rücklauf und Ausfälle

Bis zum Jahresende 1997 konnte ein Rücklauf von insgesamt 987 auswertbaren Fragebögen erzielt werden. Die Rücklaufquote ist mit knapp 19% als recht gering zu bewerten. Dies hängt nicht nur mit der Befragungsgruppe zusammen, sondern auch mit der Problematik des Zugangs im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Verfahrenswünschen und Datenschutzbestimmungen der einzel-

nen Bundesländer, die ein erneutes Anschreiben der Frauen unmöglich machten. Neben den bereits aufgeführten methodischen Problemen, wie z.B. die mangelnde Kontrolle der Adressen hinsichtlich statistischer „Ausfälle“ (bei den meisten Bundesländern war uns aus Datenschutzgründen keine Rücklaufkontrolle und auch kein Erinnerungsschreiben möglich), muß zusätzlich von einer besonderen Problematik unserer Stichprobe ausgegangen werden. Für viele behinderte Frauen ist das Ausfüllen eines Fragebogens aufgrund ihrer Behinderung erschwert oder vielleicht sogar unmöglich. Zusätzlich vermuten wir eine besondere Sensibilität dieser Personengruppe gegenüber statistischen Befragungen. Obzwar der Fragebogen nicht in Braille-Schrift verschickt wurde, nahmen blinde und sehbehinderte Frauen im Vergleich zur Bundesstatistik eher überproportional häufig an unserer Befragung teil (vgl. Kapitel 5.1.2). Es ist davon auszugehen, daß diese Frauen ihren Alltag so organisiert haben, daß sie mit Hilfe anderer Personen oder spezieller technischer Hilfsmittel selbständig zu recht kommen und auf schriftliche Mitteilungen reagieren können.

Die folgende Tabelle zeigt die Rücklaufquote bezogen auf die einzelnen Bundesländer:

Tab. 5: Anteil weiblicher Behinderter im Vergleich mit angestrebter und Auswahl-gesamtheit

Bundesland	Anteil am Bundesgebiet	Angestrebte Gesamtheit	Auswahlgesamtheit	
	Prozent	absolut	absolut	Prozent (Aus-schöpfung)
Baden-Württemberg	10,68	534	83	15,5
Bayern	12,80	640	99	15,5
Berlin	5,44	275	65	23,6
Brandenburg	3,13	157	37	23,6
Bremen	0,8	40	-	-
Hamburg	1,55	78	-	-
Hessen	6,75	340	65	19,1
Mecklenburg-Vorpommern	2,09	110	14	12,7
Niedersachsen	9,43	500	89	17,8
Nordrhein-Westfalen	27,61	1500	276	18,4
Rheinland-Pfalz	4,20	210	39	18,6
Saarland	1,44	80	14	17,5
Sachsen	4,88	244	34	13,9
Sachsen-Anhalt	3,18	160	36	22,5
Schleswig-Holstein	3,17	157	19	12,1
Thüringen	2,91	244	37	15,2
<i>Keine Antwort</i>	-	-	80	-
Gesamt	100,0	5269	987	18,73

Quelle/Datenbasis: Statistische Landesämter; LIVE98, eigene Berechnungen.

Die höchsten Rücklaufquoten wurden in den Bundesländern Berlin (23,6%), Brandenburg (23,5%) und Sachsen-Anhalt (22,5%) erzielt. Am „befragungsunwilligsten“ waren die Frauen in Schleswig-Holstein (12,1%) und Mecklenburg-Vorpommern (12,7%). Über die regional unterschiedliche Bereitschaft, an unserer Untersuchung teilzunehmen, kann nur spekuliert werden.

Eine Bereinigung der Stichprobe um stichprobenbedingte Ausfälle erhöht die Rücklauf-Angabe: Der Rücklauf wird dann berechnet auf die Summe der verschickten Fragebögen abzüglich der Personen, die das Kriterium nicht erfüllen und fälschlich in der Grundgesamtheit erfaßt wurden (wie z.B. zu junge oder zu alte Frauen, Verstorbene etc.). Eine solche Bereinigung war nicht möglich, da die Fragebögen in der Regel an die Landesversorgungsämter zurückgingen (als unzustellbar) und uns die Zahl der Ausfälle nicht bekannt wurde. Die zwölf Fragebögen, die mehr oder minder aus Versehen nicht an die jeweiligen Landesversorgungsämter sondern an unser Forschungsinstitut zurückgesandt wurden,

lassen ebenfalls nur Vermutungen über die Ursachen des geringen Rücklaufs zu: Vier Frauen gehörten nicht zur Altersgruppe, zwei waren verstorben und sechs hatten einen unausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt.

Nach Rücksprache mit den Landesversorgungsämtern muß insgesamt davon ausgegangen werden, daß die Adreßdateien der Behörden vielfach veraltet sind und daher auch einige Adressen falsch waren. Des weiteren riefen uns vereinzelt Frauen an und wollten wissen, woher wir die Adresse hätten oder meinten zum Teil, daß der Fragebogen nicht auf sie zuträfe. Eine Frau erklärte, sie fühle sich gar nicht als behinderte Frau. Vier Frauen schrieben erschütternde Briefe, in denen sie ihre Nicht-Teilnahme damit begründeten, daß sie ihr Leid nicht noch vergrößern wollten. Insgesamt scheint eine Fülle von Motiven und Gründen für die mangelnde Teilnahme an unserer Befragung verantwortlich zu sein, deren Wichtigkeit und Bedeutung jedoch nicht im einzelnen bestimmt werden kann, da der Zugang über die Landesversorgungsämter und die geltenden Datenschutzbestimmungen keine Rücklaufkontrolle erlauben.

4.2.5 Dateneingabe und Auswertung

Die Fragebögen wurden datenträgerecht aufbereitet und in die EDV eingegeben. Nach Beendigung der Dateneingabe wurde eine Datenkorrektur im Hinblick auf mögliche Eingabefehler durchgeführt. Die Datenverarbeitung und Datenauswertung erfolgte mittels des Statistikprogrammes SPSS.

Als univariate Auswertungstechniken wurden Häufigkeitsauszählungen durchgeführt und die Kennwerte der Items (Mittelwerte, Standardabweichung, Schiefe und Exzeß) ermittelt sowie die Normalverteilung der Merkmale überprüft (vgl. Bauer 1984). Darüber hinaus wurde jeder Merkmalsbereich mit Hilfe von Signifikanztests im Hinblick auf folgende Gruppenunterschiede überprüft:

- Unterschiede zwischen Frauen mit verschiedenen Behinderungen, v.a. Körper- und Sinnesbehinderung
- Unterschiede im Lebenslauf: jüngere versus ältere Frauen
- Unterschiede hinsichtlich Bildung und Berufstätigkeit
- Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern

Auf bivariater Ebene wurden jeweils zwei Merkmalsbereiche auf einen möglichen Zusammenhang überprüft. Die Korrelationskoeffizienten wurden entsprechend dem Skalenniveau der Variablen gewählt.

Bei der Auswertung der offenen Fragen beschränkten sich die angewandten Verfahren auf Häufigkeits- und Inhaltsanalysen, da sich die ermittelten Daten aufgrund der Problematik von Mehrfachnennungen nicht zur Verwendung weiterer statistischer Rechenoperationen eigneten (vgl. Atteslander 1984). Daneben dienten die so ermittelten Äußerungen der Frauen der Veranschaulichung und Ergänzung und fließen teilweise als wörtliche Zitate in den Text ein.

4.3 Biographische mündliche Interviews

4.3.1 Zielgruppe, Methodenwahl und Implikationen eines qualitativen Vorgehens

Die Zielgruppe in dem ersten und zweiten Erhebungsschritt ist die gleiche: Befragt wurden Frauen, die schon an der Fragebogenbefragung teilgenommen und dort ihre Bereitschaft zu einem mündlichen Interview erklärt hatten. Dieses Vorgehen ermöglichte es, aus der Teilgruppe der zu einem Gespräch bereiten Frauen eine Stichprobe zusammenzustellen, welche die unterschiedlichen Situationen von Frauen mit Behinderung nach vorgegebenen Kriterien erfaßt (vgl. Kap. 6.1.1).

In diesem Erhebungsteil wurde ein qualitatives Verfahren angewendet. Es wurde gewählt, um einen Zugang zum Verständnis zu gewinnen, wie Frauen mit Behinderung die Welt, ihre Behinderung, andere Menschen und sich selbst erfahren, um die Lebenswirklichkeit und subjektive Sichtweise der Betroffenen abzubilden und um sie als 'Expertinnen in eigener Sache' zu Wort kommen zu lassen. Mitunter wird auch die Bezeichnung "rekonstruktive" Verfahren für qualitative Forschung verwendet (vgl. Bohnsack 1993), womit gemeint ist, daß subjektive Alltagstheorien, Erfahrungen und deren Verarbeitung aus den Texten "rekonstruiert" und deutend erschlossen werden. Die Befragung ist "offen", d.h. den Befragten wird Raum gegeben, mit eigenen Worten ihre Geschichten zu erzählen. Die Forscherinnen halten im Interview und bei der Interpretation ihr eigenes Vorverständnis möglichst weit zurück. Es wird nicht vorausgesetzt, daß die Wissenschaftlerin und die Befragte unter bestimmten Begriffen dasselbe verstehen, die Welt aus derselben Perspektive sehen oder dieselben Dinge für wichtig ansehen. In der Auswertung wird - unter methodischer Kontrolle - die Vielfalt von Darstellungen und Antworten strukturiert und reduziert.

In biographischen Interviews wird (ausschnittsweise) die Lebensgeschichte mit der Verarbeitung von Erfahrungen und mit der Auseinandersetzung mit der Behinderung erzählt. Damit kann ein Einblick in die wechselseitige Beeinflussung von Sichtweisen und Verhaltensmustern einerseits und äußeren Bedingungen andererseits gewonnen werden. Auf der Basis der täglichen Erfahrungen mit den Bedingungen des Lebens wird ein persönliches Wissen erworben, das sich im Verlauf des Lebens zu einem persönlichen Auslegungsmuster über das Leben verdichtet. Während so das Handeln und die Erfahrungen die Sichtweise beeinflussen, bestimmen auch umgekehrt die Sichtweisen das Handeln und damit die Erfahrungen. Im Nachzeichnen dieses Wechselverhältnisses im Lebenslauf werden gesellschaftliche Bedingungen ebenso wie das aktive Handeln und Deuten auf Seiten der Frauen erfaßt, die damit nicht nur als Opfer zu sehen sind. Vielmehr kann deren Verarbeitung der Erfahrungen und ihre Interpretation als aktive Leistung und als Handeln mit Sinn gewürdigt werden (zur Stichprobengewinnung vgl. Kap. 4.3.5).

4.3.2 Der Interviewleitfaden

Es wurde die Entscheidung für ein leitfadengestütztes Interview getroffen. Leitfragen steuern den Erzählfluß, indem Fragebereiche vorgegeben werden. Innerhalb der Fragebereiche, die durch Erzählstimuli eingeleitet werden, wird aber den Befragten freier Raum gegeben, ihre Sichtweise mit eigenen Worten zu entfalten.

Die Entscheidung für ein Leitfaden-Interview - im Unterschied zu einem rein narrativen Interview - begründete sich darin, Meinungen zu bestimmten Feldern, die sonst eher tabuisiert sind (z.B. Sexualität), auf jeden Fall einzuholen. Den Bedenken, daß das Eingreifen durch Fragevorgaben die freie Entfaltung der subjektiven Sicht der Befragten einschränkt, wurde dadurch Rechnung getragen, daß dieses Eingreifen als Teil der Interaktion in die Interpretation mit hineingenommen wurde.

Im ersten Teil des Interviewleitfadens wurde die Erzählung mit zeitlichen Vorgaben zur Biographie (Kindheit, Pubertät, frühes Erwachsenenalter, weiterer Lebenslauf) angeregt; Nachfragen waren formuliert worden, falls bestimmte Aspekte ausgeblendet blieben. In diesem biographischen Teil gab es einen unterschiedlichen Verlauf, je nachdem, wann die Behinderung eintrat. Wenn die Behinderung angeboren oder in den ersten zwei Lebensjahren eingetreten war, war der Ablauf im Leitfaden kontinuierlich. Wenn die Behinderung aber später eingetreten war, wurde mit einer sog. 'Veränderungskarte', die im Interviewablauf variabel einsetzbar war, genauer erfaßt, welche Bereiche sich im Leben der Befragten mit der Behinderung veränderten, d.h. die Befragte berichtete bis zu diesem Punkt von ihrer Sozialisation als Mädchen bzw. als Frau ohne Behinderung und schilderte dann, was sich nach Eintritt der Behinderung in ihrem Leben verändert hatte.

Im zweiten Teil des Leitfadens wurden konkrete Erfahrungen, Sichtweisen und Bewertungen angesprochen, wie z.B. Diskriminierungserfahrungen, Wünsche an Staat und Gesellschaft etc. Hier wurden relativ strukturierte Vorgaben gemacht.

Im Gesamtverlauf des Interviews dienten unterstützende, den Erzählfluß aufrechterhaltende Fragen der Interviewerin als Gedächtnisstützen, um sich ohne inhaltliche Vorgaben mit den Fragen am Bezugssystem der Befragten zu orientieren.

Der Interviewleitfaden wurde in zwei Probeinterviews auf seine Brauchbarkeit bezüglich der inhaltlichen Ziele und auf seine Handhabung durch die Interviewerin hin überprüft und entsprechende Änderungen vorgenommen.

4.3.3 Frauen mit Behinderung als Interviewerinnen

Es wurde die Entscheidung getroffen, Frauen mit Behinderung als Interviewerinnen zu gewinnen (zur Bedeutung der Interaktion zwischen Interviewerin und Befragter vgl. Kap. 6.1.3).

Die Interviewerinnen sollten mehrere Auswahlkriterien erfüllen. Sie sollten selbst behindert sein und über Erfahrungen in Gesprächsführung bzw. Interviewtechni-

ken verfügen. Die Art der Behinderung sollte eine größtmögliche Mobilität zulassen, da die Interviewerin die zu befragenden Frauen selbständig zuhause aufsuchen und ohne allzu große Kommunikationsbarrieren befragen mußte. Dazu sollte sie entweder über einen eigenen Pkw verfügen oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen können. Vom psychischen Belastungsvermögen her sollten sich die Frauen mit ihrer eigenen Behinderung auseinandergesetzt haben, um sowohl belastende Interviewsituationen gut zu verkraften, als auch um die eigenen Erfahrungen hintenanzustellen und offen zu sein für die Belange der zu Interviewenden.

Die Suche nach geeigneten Frauen umfaßte aktiv engagierte behinderte Frauen, Selbsthilfegruppen und Beratungseinrichtungen für behinderte Frauen. Auch ca. 20 Fachhochschulen für Sozialarbeit und/oder Sozialpädagogik wurden angeschrieben mit der Bitte um Aushang.

Über alle angeführten Zugangswege meldeten sich telefonisch oder schriftlich ca. 30 interessierte Frauen. Mit den Frauen wurden die o.g. Kriterien am Telefon besprochen. Wir wollten keine Behinderungsarten per se ausschließen (z.B. Rollstuhlfahrerinnen, Blinde oder Gehörlose) und die Einschätzung der Mobilität und Flexibilität den Frauen persönlich überlassen.

Aus finanziellen und organisatorischen Erwägungen entschieden wir, die geplanten 60 Interviews von acht Interviewerinnen durchführen zu lassen. Neben den genannten Kriterien sollten diese Interviewerinnen regional so verteilt sein, daß möglichst der Gesamtbereich an potentiell zu interviewenden Frauen erreichbar war. Die ausgesuchten Interviewerinnen wohnen in den Orten Berlin, Hamburg, Bielefeld, Düsseldorf, Kassel, Erfurt, Reutlingen und Freiburg.

4.3.4 Schulung der Interviewerinnen

Eine Schulung der Interviewerinnen ist generell zur Sicherung der Datenqualität unerlässlich. Die zweitägige Schulung hatte das Ziel, mit der Interview- und Gesprächstechnik und dem Projekt vertraut zu machen und das Vorgehen zwischen den acht Interviewerinnen zu standardisieren. Sie sollte darüberhinaus das Verstehen in der Interviewsituation selbst fördern und eine bestimmte Grundhaltung von Offenheit und Anteilnahme vermitteln. Die grundsätzliche Fremdheit zwischen Interviewter und Interviewerin muß erkannt und akzeptiert werden. Zur erforderlichen Grundhaltung gehört auch die Einsicht, daß Verstehen nicht emphatisch einfach da ist, sondern eines Bemühens bedarf. Zur Erreichung dieser Offenheit mußte eine Bereitschaft entstehen, die eigene Sichtweise und unreflektierte Vorannahmen so weit wie möglich zurückzustellen und die eigenen Vorannahmen durch die Orientierung am Gesprochenen zu korrigieren. Dazu war wichtig, gerade wegen des potentiell ähnlichen Erfahrungshintergrunds von Interviewerin und Interviewter, das Trennende und Fremde herauszuarbeiten, um die eigenen Erfahrungen und persönlichen Alltagstheorien zu identifizieren. Daher wurden Selbsterfahrungsaspekte miteinbezogen. Konkrete Fragetechniken und Kommunikationsschwierigkeiten wurden analysiert und in Rollenspielen geübt, mögliche problematische Situationen besprochen und Regeln für schwierige Interviewsituationen aufgestellt.

4.3.5 Stichprobengewinnung

Da Angaben zu den teilnahmebereiten Frauen aus der schriftlichen Befragung vorlagen, konnte eine Stichprobe von $n = 60$ Frauen nach vorgegebenen Kriterien zusammengestellt werden. Bei der Auswahl wurde quotiert vorgegangen, d.h. es wurde vorab überlegt, welche Merkmale oder Merkmalskombinationen vertreten sein sollen, und die entsprechenden Interviewpartnerinnen herausgesucht. Merkmale waren die regionale Herkunft (Anzahl der Interviews pro Bundesland proportional zur Größe des Landes), Behinderungsart (sichtbar/nicht sichtbar), Alter bei Eintritt der Behinderung (angeboren/erworben), Lebensalter und soziale Situation. Ziel bei dem Vorgehen war, ein möglichst breites Spektrum unterschiedlicher Situationen abzubilden. Jüngere Frauen wurden besonders berücksichtigt.

Es hatten sich insgesamt 337 Frauen dazu bereit erklärt (in einer entsprechenden Frage am Ende des schriftlichen Fragebogens), an einem vertiefenden Interview teilzunehmen. Dies sind ca. 30% des Rücklaufs. Eine Überprüfung der Gruppe gesprächsbereiter Frauen auf Verzerrungseffekte hin ist in Kap. 6.1.1 dargestellt.

4.3.6 Organisation und Durchführung der Interviews

Die Interviews fanden teils bei den Befragten zuhause, teils an einem "neutralen" Platz in dem Heimatort der Befragten statt. Die durchschnittliche Länge betrug 45 Minuten. Das Interview wurde auf Tonband aufgenommen; im Anschluß wurde von der Interviewerin ein Protokoll angefertigt. Nach Beendigung des Interviews konnte die Interviewerin der befragten Frau bei Bedarf Kontaktadressen für Selbsthilfegruppen von Frauen mit Behinderung und Adressen für weitere Informationen geben.

4.3.7 Transkription und Auswertung

Die Interviews wurden jeweils unmittelbar nach Erhalt transkribiert. Aufgrund zum Teil sehr belastender Lebensschilderungen wurden die Transkripte in einigen Fällen bis zu 50 Seiten lang. Bei der Transkription wurden alle Namens- und Ortsnennungen unkenntlich gemacht. Die Kassette wurde entweder gelöscht oder der befragten Frau auf deren Wunsch hin zugeschickt.

Nach der Textaufbereitung in verschiedenen Schritten wurde in einem ersten Auswertungsschritt ein hermeneutisches Verfahren der "Längsauswertung" für jedes einzelne Interview angewendet und diese Einzelfallanalysen wurden aufgeteilt in verschiedene Gruppen nach Alter, Behinderungsart, Alter bei Eintritt der Behinderung, die dann als Gruppen untereinander verglichen wurden. Im zweiten Schritt wurde in einer "Querauswertung" das Material zu bestimmten Themen als Ausschnitte "quer" durch alle 60 Interviews gesammelt und dieser Fundus inhaltsanalytisch ausgewertet. Da den Auswertungsverfahren in der qualitativen Forschung eine große Bedeutung zukommt, wird hier in aller Kürze etwas näher darauf eingegangen.

In der Längsauswertung geht es darum, in den einzelnen Interviews beschreibend zu rekonstruieren, was "Behinderung" in der jeweiligen Biographie der Befragten bedeutet, wie die Befragten sich und ihre Behinderung in der Welt sehen und wie sie sich zu anderen Menschen verhalten. Damit wird nicht ein Begriff von Behinderung als klar umschreibbares "Problem" oder gar "Defizit" oder als eindeutig definierte oder operationalisierte Kategorie vorgegeben, sondern abhängig von der jeweiligen Situation bedeutet selbst die gleiche Behinderung Unterschiedliches. Die gefundenen Muster werden als spezifische Aspekte der Bewältigung der einzelnen speziellen Biographie aufgefaßt, d.h. sie haben sich herausgebildet im Zuge der lebensgeschichtlichen Entwicklung von Strategien, als Frau unter den Bedingungen einer Behinderung - unter den Bedingungen von einer Schädigung im körperlichen oder Sinnesbereich, der Einschränkung von Funktionen, der sozialen Einschränkungen, Stigmatisierungen und Ausschlüsse - zu leben. An den herausgearbeiteten Mustern sollen Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung in ihrer Verschränkung diskutiert werden (auf den zentralen Begriff der Bewältigung wird ausführlich in Kap. 6.2 eingegangen).

Weil es um die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen geht und darum, den "Sinn" von Verhaltens- und Deutungsmustern als Aspekte von Bewältigungsstrategien herauszuarbeiten, ist es von zentraler Bedeutung, daß die Interpretinnen den Texten der Frauen nicht "ihren" Sinn "überstülpen" und nicht vorab schon wissen, was die Befragten eigentlich meinen und wollen. Die methodische Kontrolle des Fremdverstehens soll der Gefahr begegnen, daß die Interpretin sich an die Stelle der Befragten setzt und dem, was erzählt wurde, ihr Verständnis zugrundelegt. Der Sinn, so besagt die entscheidende Interpretationsregel, soll nicht in den Text hineingelegt, sondern aus ihm herausgewonnen werden; Selbst-Verständliches darf nicht mit Fremd-Verstehen verwechselt werden. Wie schon in der Interviewsituation die Interviewerin, so muß bei der Interpretation die Interpretin ihre Deutungen zurückhalten, um sich auf den Text einzulassen.

Da dies außerordentlich schwierig ist und nie vollständig gelingen kann, sind systematische Kontrollen in den methodischen Verfahren wichtig. Die Kontrollen beinhalten zum einen in einem gemeinsamen Diskussionsprozeß das Bewußtmachen und Offenlegen der eigenen Sichtweisen, mit der die Interpretinnen an die Texte der Interviews herangehen und die die Folie für ihr Verstehen bilden. Anhand von Interview-Inhalten werden im Austausch die jeweiligen Sichtweisen mit einer wechselseitigen Überprüfung soziologischer und psychologischer Herangehensweisen ausdiskutiert. Dieses Verfahren heißt "kommunikative Validierung in der Konsensbildung", denn Interpretationen gelten nur dann, wenn alle Interpretinnen zustimmen. Diese Validierung beinhaltet, daß immer in der Gruppe und nicht von einer Einzelperson interpretiert wird.

Zum zweiten heißt methodische Kontrolle als wissenschaftliches Vorgehen die Aufstellung von nachprüfbar und ausgewiesenen Regeln des Interpretationsverfahrens und des Fremdverstehens. Für das vorliegende Forschungsprojekt wurde auf Regeln zurückgegriffen, die in zwei anderen Forschungsprojekten entwickelt worden waren. Die Regeln wurde neu auf das spezifische Projekt zu-

geschnitten und in der Schulung mit den Interviewerinnen diskutiert. Sie sind hier in Anhang 3 wiedergegeben.

Um das Spezifische an der Auswertung verständlich zu machen, muß auf die Besonderheit qualitativer Forschung hingewiesen werden: Nicht nur der Inhalt der Erzählung ist für die Auswertung wichtig. Prozesse wie die Herausbildung von Sichtweisen, Rekonstruktion von Sicht- und Erfahrungsweisen von der Welt und von Behinderung sind nicht nur dem zu entnehmen, was gesagt wird, sondern zentral ist auch, wie es gesagt wird. Sprache enthält Indizes, die mehr als nur einen Wortsinn erfassen. Welche Bilder verwendet werden und welche nicht (Semantik), welche grammatikalischen und syntaktischen Konstruktionen gewählt werden (z.B. Passiv- oder Aktivkonstruktionen, Begründungszusammenhänge, Satzabbrüche, Verwendung von "wir", "man" oder "ich" etc.), gibt Aufschlüsse über die Sicht von Welt. Die Regeln der Interpretation beziehen sich auf die semantischen, grammatikalisch-syntaktischen und inhaltlichen Eigenheiten des Textes. Von zentraler Bedeutung ist auch die Einbindung der Art der Interviewinteraktion als eigene "Informationsebene" bei der auswertenden Rekonstruktion dessen, wie die Befragte sich und andere Menschen sieht. Der Eingangspassage kommt eine besondere Aufmerksamkeit zu, ansonsten wird Zeile für Zeile, Satz für Satz (sequentiell) vorgegangen. In Anhang 3 wird die Auswertung an Ausschnitten illustriert.

Der letzte Auswertungsschritt der Längsauswertung ist die Typisierung. Zu Typisierungen gelangt die Auswertung, indem Gruppen gebildet werden, von denen vermutet wird, sie zeichnen sich durch gemeinsame (gruppen-)typische Merkmale aus. Da die Stichprobe relativ groß war und zudem sehr heterogen, bot es sich an, in mehreren Einzelschritten für unterschiedliche Fragen Gruppierungen nach "äußeren" Merkmalen der Person und nicht nach inhaltlichen Bewältigungsaspekten zu bilden. So wurden Gruppen nach Alter und Bildung der Befragten gebildet, um der Frage nachzugehen, ob diese beiden Aspekte Einfluß auf die Deutung von und den Umgang mit Behinderung haben. Zum zweiten wurden Gruppen nach Behinderungsarten gebildet, weil es sich in den Interpretationen abzeichnete, daß die Schädigungen jeweils unterschiedliche soziale Konsequenzen haben und somit ganz Unterschiedliches zu bewältigen ist. Als drittes wurde danach gruppiert, wann im Lebenslauf die Behinderung eingetreten ist, denn auch dieser Aspekt schien für die Bewältigung wesentlich zu sein. Diese Einteilungen werden in Kap. 6.3.1 genauer vorgestellt.

Für die Auswertung wurden spezifische Gütekriterien aufgestellt. Neben der "kommunikativen Validierung" und der Aufstellung von nachprüfbaren Regeln als Methoden, das Fremdverstehen zu kontrollieren, wurde als weiteres Gütekriterium eine Konsistenz- und eine Kongruenzforderung formuliert: Die Motive mußten durch das gesamte Interview tragen und nicht nur in einer einzigen Passage gelten (Konsistenz); die vier Auswertungsebenen des Grammatikalisch-Syntaktischen, des Semantischen, des Inhaltlichen und der Interaktion mußten einander ergänzen im Sinne einer Kongruenz, bei der die auf den unterschiedlichen Ebenen gewonnenen Beschreibungen von zentralen Deutungselementen auch auf anderen Ebenen nachweisbar sind bzw. dort zumindest keine in eine andere Richtung weisenden Elemente beschrieben werden können.

Widersprüchliche Aussagen der Befragten selbst sind kein interpretatorisches Problem und geben kein Gütekriterium ab: Widersprüchlichkeit im Text kann ein spezifisches Merkmal von Deutungsmustern sein, bei denen die Regeln der Kommunikation nicht eingehalten werden.

Neben dem Text selbst wurden Eindrücke vom Interview und der Interviewten, eine Charakterisierung der Interviewten, Informationen der Interviewerin zu den Umständen der Interviewsituation und ihren Eindrücken (Interviewprotokoll) herangezogen. In der Interpretation wurde Bezug genommen auf den historischen Hintergrund gesellschaftlicher und schichtspezifischer Lebensbedingungen ("Kontextvalidierung").

Für die Querauswertung wurde ein anderes Verfahren gewählt, das sich mehr auf die erzählten Inhalte bezieht. Aus den Interviews wurden alle Passagen zu bestimmten, vorab festgelegten inhaltlichen Kategorien herausgeschnitten. Kategorien waren z.B. Sozialisation, Bildung/Berufstätigkeit, Partnerschaft und Mutterschaft, soziales Umfeld, Sexualität, Erfahrungen mit dem Assistenzsystem, Erfahrungen mit Stigmatisierungen, Gewalterfahrungen. Die einzelnen thematischen Komplexe wurden getrennt voneinander bearbeitet. Bei jedem thematischen Komplex wurden die Äußerungen aufgrund von inhaltlicher Nähe oder inhaltlichem Kontrast (Minimum-Maximum-Vergleich) geordnet und eine inhaltliche Struktur der gesamten Menge an inhaltlichen Aussagen erarbeitet. Dieses Verfahren ist nicht hermeneutisch, sondern an inhaltsanalytischen Zusammenfassungen orientiert.

Um den Dialog und die Rückkoppelung an die Betroffenen zu gewährleisten, wurden die Interviewerinnen im Rahmen einer zweitägigen Arbeitstagung in die Auswertung der von ihnen durchgeführten Interviews miteinbezogen. Sie brachten ihre Wahrnehmung des Interviewgeschehens und ihre Sichtweise zur Thematik der betroffenen Frau in die Interpretation mit ein. Während dieses Treffens konnten die Interviewerinnen durch die Rückmeldung und Selbstüberprüfung des durchgeführten Interviews ihr eigenes Verhalten reflektieren. Der Einbezug ihrer Sichtweise erweiterte die Ebene des Fremdverstehens. So wurde die Interpretation im gemeinsamen Diskussionsprozeß erweitert und die kommunikative Validierung des Interpretationsprozesses verfestigt.

4.4 Gespräche mit Expertinnen und Experten

4.4.1 Zielgruppe und Methodenwahl

Dem Antrag zufolge sollte ein gesonderter Erhebungsteil zur Beantwortung der Fragen nach den Schwierigkeiten und Möglichkeiten politischer Interessenvertretung durchgeführt werden. "Ausgegangen wird dabei von einer Sicht der Politik als System, insbesondere von zugrundeliegenden Macht- und Entscheidungsstrukturen und Regeln, die als - mehr oder weniger offene, mehr oder weniger subtile, mehr oder weniger bewußt eingesetzte - machtstrategische Ausschlußmechanismen funktionieren." (Antrag. S.9) Es sollte geprüft werden, ob und auf welchen Wegen eine doppelte Diskriminierung, als Frauen und als Menschen mit Behinderung, sich in der geringen politischen Partizipation von

Frauen mit Behinderung auswirkt, und ob in gemeinsamen Netzwerken ein Gegengewicht geschaffen werden kann.

Zielgruppe sind Akteure auf verschiedenen politischen Artikulations- und Durchsetzungsebenen: Entscheidungsträger und -trägerinnen in der Administration, Vertreter und Vertreterinnen von Behindertenverbänden und Frauenorganisationen sowie Vertreterinnen von Basisinitiativen und Netzwerken behinderter Frauen und andere Vertreterinnen von behinderten- und frauenpolitisch relevanten Institutionen und Organisationen.

Als methodisches Instrument wurde das leitfadengestützte Interview gewählt. Als offenes, qualitatives Verfahren bietet es die Möglichkeit einer themenzentrierten, im einzelnen aber freien Darstellung und einen Zugang zu bislang unberücksichtigten Aspekten der Problemstellung.

4.4.2 Entwicklung des Gesprächsleitfadens

Der Frageleitfaden sollte Antworten zu folgenden Schwerpunkten liefern:

- Institutionenprofil bezogen auf das Thema „Frauen mit Behinderung“, Erfahrungen bei der Interessenvertretung von Frauen mit Behinderung
- Ansichten und Überzeugungen zu und Erfahrungen mit den Themen „Behinderung“, „Frausein“, „Gesellschaft“
- Ansichten und Überzeugungen zu und Erfahrungen mit den Themen „Erwerbstätigkeit“ und „Berufliche Rehabilitation“ bei Frauen mit Behinderung
- Einschätzung der Möglichkeiten und Schwierigkeiten der politischen Interessenvertretung.

Der Leitfaden wurde so gestaltet, daß er sich für die Gespräche sowohl mit Vertreterinnen und Vertretern der Administration und politischer Interessenverbände als auch der Basisinitiativen eignet. Dies bedeutet, daß die einzelnen Gruppen aus ihrer Sicht auch „unübliche“ Fragen gestellt bekamen. Der Leitfaden wurde in zwei Probeinterviews getestet.

4.4.3 Stichprobe und Stichprobenausfälle

Die Auswahl der Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen erfolgte systematisch selektiert und quotiert nach den Merkmalen Ost/West und nach den Bereichen Administration, Verbände und allgemeine Interessenvertretungen/ Basisinitiativen. Innerhalb der politischen Administration wurde weiter differenziert. Insgesamt wurden 40 Gespräche geführt.

Neben positiven Reaktionen der Angesprochenen gab es Zurückhaltung und teilweise Ablehnung. Bis auf einen Fall ist es jedoch immer gelungen, die potentiellen Gesprächspartner von der Bedeutung des Gesprächs zu überzeugen und das Gespräch in der jeweiligen Einrichtung durchzuführen. Da nur ein Gespräch nicht stattfand, entspricht die Stichprobenplanung fast der endgültigen

Stichprobe; einen vollständigen Überblick über die befragten Einrichtungen gibt das Untersuchungsdesign (Kap. 7.1).

4.4.4 Organisation und Durchführung der Interviews

Die vorgesehenen Einrichtungen wurden zunächst schriftlich und dann mündlich kontaktiert. Dem ersten Schreiben lag ein Informationsblatt bei, welches das Anliegen des Forschungsprojektes kurz vorstellte. Die Terminvereinbarung gestaltete sich aufwendiger als erwartet, da in vielen Fällen die Einrichtung zwar feststand, der/die konkrete Gesprächspartner oder -partnerin jedoch erst ermittelt werden mußte. Den Befragten wurde zugesichert, daß sie nicht namentlich genannt werden. Der Bitte, das Gespräch auf Tonband mitzuschneiden, wurde in allen Fällen entsprochen. Die Gesprächsdauer lag zwischen 30 und 90 Minuten (Schwerpunkt: 60 Minuten).

4.4.5 Transkription und Auswertung

Die Interviews wurden wörtlich transkribiert, das Transkript wurde kontrolliert und anonymisiert und die Kassette gelöscht.

Die Auswertung lehnt sich an die Methode der Inhaltsanalyse an, verkürzt diese jedoch auf Grund der Spezifik von Expertengesprächen auf einen Querschnittsvergleich mit einer Auswahl von Zitaten zur inhaltlichen Präsentation (vgl. Mayring 1993; Meuser/Nagel 1991; Würz 1995). Um Aussagen von Vertretern und Vertreterinnen des administrativen bzw. institutionellen Bereichs und Aussagen von Vertreterinnen des Bereichs der Basisinitiativen und Betroffenenvertretungen einander gegenüberstellen zu können, wurden für die Auswertung zwei Gruppen gebildet: Die Interviews **A1 bis A20** stammen aus dem Bereich der politischen Administration, die Interviews **B1 bis B20** aus dem Selbsthilfe- und Behindertenbereich. Diejenigen Verbände, die unmittelbar im Behindertenbereich tätig sind, wurden der B-Gruppe zugeordnet.

Um die Meinung der Expertinnen und Experten möglichst getreu wiederzugeben, wurden Gesprächspartner und -partnerinnen häufig zitiert. Dabei wurden die gesprochenen Sätze z.T. so bearbeitet, daß sie sich für eine schriftliche Wiedergabe eignen.

5 Ergebnisse der schriftlichen Befragung³

5.1 Beschreibung der Stichprobe

5.1.1 Regionale Verteilung und Altersstruktur

Die realisierte Stichprobe von bundesweit 987 erwachsenen Frauen mit Behinderung repräsentiert in angemessener Weise die erfaßten Bundesländer. Ein Vergleich mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes hinsichtlich der Bevölkerungsdichte der einzelnen Länder zeigt, daß die regionale Verteilung unserer Stichprobe dieser Verteilung entspricht.

Tab. 6: Angestrebte und realisierte Stichprobe nach Bundesländern

Bundesland	Anteil am Bundesgebiet	angestrebte Gesamtheit	Auswahl-gesamtheit	Regionale Ausschöpfung (Anteil Bundesgebiet)
	Prozent	absolut	absolut	Prozent
Baden-Württemberg	10,68	534	83	8,55
Bayern	12,80	640	99	10,91
Berlin	5,44	275	65	7,16
Brandenburg	3,13	157	37	4,07
Bremen	0,8	40	-	-
Hamburg	1,55	78	-	-
Hessen	6,75	340	65	7,16
Mecklenburg-Vorpomm.	2,09	110	14	1,54
Niedersachsen	9,43	500	89	9,81

³ Aus unterschiedlichen Gründen sind mitunter Zellen in den Tabellen nicht besetzt. Die verwendeten Symbole haben folgende Bedeutung: (- keine Antwort, * Wert nicht ausgewiesen, da nicht sinnvoll, . trifft nicht zu / Wert nicht erfasst).

Ist in einer Tabelle eine Zeile „darunter...“ eingefügt, so bezieht sich der Prozentwert in diesen Zellen auf die gesamte Stichprobe. Aus der Zeile „Gesamt...“ ist er natürlich wieder herauszurechnen. Ist hingegen eine Zeile „davon...“ eingefügt, so bezieht sich der Prozentwert dieser Zellen nicht auf die Gesamtheit, sondern auf die absoluten Werte der vorangegangenen Zeile (Fein-aufgliederung). Prozentuale Gesamt-Angaben können aufgrund von Rundungsfehlern geringfügig um den Wert 100 schwanken. In allen Tabellen und Abbildungen sind – sofern nicht explizit angegeben – missing values nicht mit ausgewiesen. Prozentangaben beziehen sich somit nur auf die gültigen Werte. Die missing values führen, wenn man sie als eigenständige gültige Werte behandeln würde, zu verzerrten Ergebnissen, insofern diese Werte keine Merkmalsausprägungen darstellen, sondern lediglich eine Nichtnennung vorgegebener Merkmale.

Dieses Verfahren hat zur Folge, daß in den Tabellen und Abbildungen unterschiedliche Fallzahlen auftreten. Die jeweilige Anzahl der gültigen Fälle wird dabei mit „n“ oder „Gesamt“ innerhalb der Tabelle oder Abbildung angegeben, die Anzahl der Gesamtheit (bzw. Teilgesamtheit bei Partialtabellen) mit „N“ unterhalb der Tabelle oder Abbildung. Aus der Differenz dieser beiden Größen ergeben sich die Anzahl der missing values.

Nordrhein-Westfalen	27,61	1500	276	30,42
Rheinland-Pfalz	4,20	210	39	4,29
Saarland	1,44	80	14	1,54
Sachsen	4,88	244	34	3,74
Sachsen-Anhalt	3,18	160	36	3,96
Schleswig-Holstein	3,17	157	19	2,09
Thüringen	2,91	244	37	4,07
<i>Keine Antwort</i>	-	-	80	-
Gesamt	100,0	5269	987	-

Quelle/Datenbasis: Statistische Landesämter; LIVE⁹⁸, eigene Berechnungen.

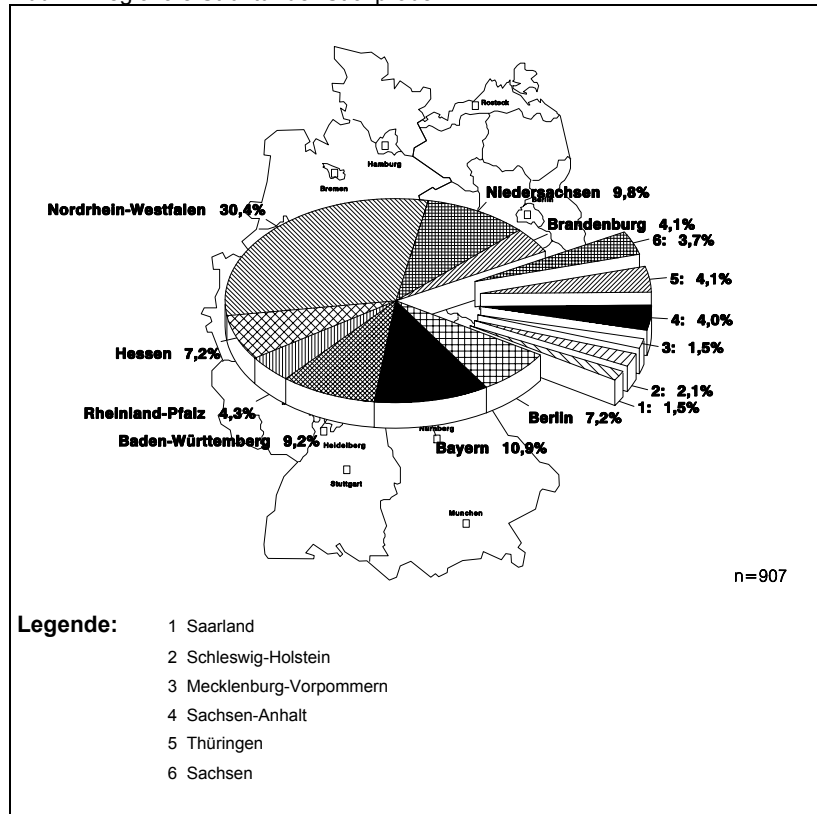
Die Abweichungen in der Repräsentanz der einzelnen Bundesländer in unserer Stichprobe im Vergleich zu den Daten des Statistischen Bundesamtes sind durchgängig relativ gering.

Mit Ausnahme der Bundesländer Hamburg und Bremen, die nicht in die Untersuchung einbezogen werden konnten, sind alle Länder im Verhältnis ihres realen Anteils an der bundesdeutschen Bevölkerung erfaßt.

Unmittelbare Vergleichsdaten hinsichtlich der regionalen Verteilung erwachsener körper- und sinnesbehinderter Frauen in Deutschland gibt es nicht. Doch ist davon auszugehen, daß sich Frauen mit Behinderung in dieser Hinsicht nicht von der Gesamtbevölkerung unterscheiden.

Die folgende Abbildung verdeutlicht die regionale Struktur der Stichprobe:

Abb. 1: Regionale Struktur der Stichprobe



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Hinsichtlich der Altersstruktur zeigt sich, daß Frauen zwischen 55 und 60 Jahren unter den Antwortenden am häufigsten vertreten sind. Sie bilden mehr als ein Drittel der Stichprobe. Der Altersdurchschnitt liegt bei 47,1 Jahren. Ein Vergleich der Altersklassen des Rücklaufs mit den Angaben der Schwerbehindertenstatistik verdeutlicht, daß diese Altersgruppe auch den größten Anteil an allen registrierten Frauen mit Behinderung ausmacht - jedoch nicht in diesem Ausmaß. Umgekehrt ist die Altersgruppe der 45- bis 55jährigen Frauen in unserer Stichprobe im Vergleich zur Bundesstatistik etwas unterrepräsentiert.

Tab. 7: Altersverteilung im Vergleich LIVE-Erhebung und Schwerbehindertenstatistik

Altersverteilung	LIVE		Statistisches Bundesamt Stand 31.12.1995	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
16 – unter 25	41	4,2	53553	5,6
25 – unter 35	117	12,0	121027	12,6
35 – unter 45	203	20,8	173599	18,1
45 – unter 55	261	26,7	301476	31,4
55 – 60	356	36,4	309314	32,3
Keine Antwort	9	-		
Gesamt	987	100,1	958969	100,0

Quelle/Datenbasis: LIVE⁹⁸, eigene Berechnungen. N=987. Statistisches Bundesamt (1996). Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 5.1: Schwerbehinderte. S. 10/11.

Die konstatierten Abweichungen der Altersstruktur sind durchgängig relativ gering, so daß nicht von einer eindeutigen Verzerrung der Stichprobe zugunsten einer besonderen Altersgruppe ausgegangen werden kann.

Es gilt jedoch zu bedenken, daß sich die Angaben des Statistischen Bundesamtes auf Frauen mit allen Arten von Behinderung beziehen, wogegen in der vorliegenden Stichprobe nur körper- und sinnesbehinderte Frauen erfaßt wurden. *Direkt* vergleichbare Zahlen liegen nicht vor.

Die Überprüfung der Stichprobe hinsichtlich regionaler Verteilung und Altersstruktur lassen keine eindeutigen Verzerrungen erkennen, so daß von einer hohen Aussagekraft der ermittelten Daten ausgegangen werden kann, auch wenn aus statistischer Sicht keine Repräsentativität vorliegt.

In einigen Abschnitten werden später (z.B. bezogen auf die Anteile der Verheirateten) Frauen der LIVE-Stichprobe verglichen mit Frauen der Gesamtbevölkerung. Bei der Interpretation der Unterschiede ist zu berücksichtigen, daß die Altersstruktur der (weiblichen) Bevölkerung sich von der Altersstruktur der Stichprobe bzw. der Schwerbehindertenstatistik insofern unterscheidet, als unter den Behinderten Ältere über- und Jüngere unterrepräsentiert sind.

5.1.2 Behinderung im Lebenslauf und Grad der Behinderung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden nur Frauen erfaßt, die bei Versorgungsämtern als schwerbehindert gemeldet sind. Als Behinderung gilt im Sinne des Schwerbehindertengesetzes die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem „regelwidrigen“ körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Auf der Basis der Informationen der Versorgungsämter über Personen, die als schwerbehindert gemeldet sind (vgl. Kap.3.1), erstellt das Statistische Bundesamt die Schwerbehindertenstatistik.

stik. Diese Daten können als Vergleichszahlen zu unserer Untersuchung herangezogen werden. Entsprechend orientieren sich die verwendeten Kategorien zur Einstufung der Behinderungsart am Vorgehen der Schwerbehindertenstatistik:

„Die Art der Behinderung wird anhand von insgesamt 55 Kategorien erfasst, wobei sich die Einteilung nicht primär an der ursächlichen Krankheitsdiagnose (z.B. Multiple Sklerose), sondern an der Erscheinungsform der Behinderung und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkung (z.B. funktionelle Veränderung an den Gliedmaßen) orientiert.“ (Statistisches Bundesamt 1996, 5)

Bei mehreren vorhandenen Behinderungen wird in der Schwerbehindertenstatistik auf die schwerwiegendste abgestellt. Dem entspricht im Rahmen unserer Befragung die als erste genannte Behinderungsart. Die folgende Tabelle zeigt die Angaben der befragten körper- und sinnesbehinderten Frauen zur Art der Behinderung im Vergleich mit der Schwerbehindertenstatistik:

Tab. 8: Art der schwersten Behinderung im Vergleich LIVE-Erhebung und Schwerbehindertenstatistik

Art der Behinderung	LIVE				Statistisches Bundesamt Stand 31.12.1995	
	1. Behinderung		1.-3. Behinderung		Behinderung	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen	28	3,0	29	2,9	7153	0,4
Funktionseinschränkung der Gliedmaßen	266	28,2	367	37,2	122979	6,9
Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule oder des Rumpfes	134	14,2	268	27,2	119518	6,7
Blindheit oder Sehbehinderung	61	6,5	101	10,2	37720	2,1
Sprach-/Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	54	5,7	82	8,3	38018	2,1
Verlust einer Brust/beider Brüste, Entstellungen	80	8,5	105	10,6	72224	4,0
Beeinträchtigung der Funktion innerer Organe/Organsysteme	147	15,6	315	31,9	218973	12,2
Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderung, Suchtkrankheiten	44	4,7	121	12,3	215777	12,0
Multiple Sklerose	25	2,7	26	2,6	/	/
Krebs	54	5,7	73	7,4	/	/
Diabetes	23	2,4	55	5,6	/	/
Sonstiges	27	2,9	175	17,7	958969	53,5
Gesamt	943	100,1			1791331	99,9

Quelle/Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987. Statistisches Bundesamt (1996). Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 5.1: Schwerbehinderte. S. 16/17: Frauen im Alter von 15 bis unter 60 Jahren.

Der Vergleich mit der allgemeinen Schwerbehindertenstatistik zeigt, daß in der erfaßten Stichprobe von Frauen mit Behinderung vor allem Frauen mit Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen oder der Wirbelsäule und des Rumpfes sehr viel häufiger vertreten sind, als dies den Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge bei erwachsenen Frauen mit Schwerbehindertenausweis der Fall ist. Allerdings erscheint der Vergleich mit der Schwerbehindertenstatistik in diesem Zusammenhang als äußerst problematisch, da hier die Kategorie „Sonstiges“ mehr als die Hälfte der erfaßten Frauen betrifft und nicht weiter aufgeschlüsselt wird. Die Angaben zur Art der Behinderung in der vorliegenden Stichprobe sind weitaus differenzierter und möglicherweise aussagekräftiger als das grobe Raster der Bundesstatistik.

Wenn die Behinderung nicht von Geburt an besteht, so tritt sie meist erst im mittleren Lebensalter auf. Das durchschnittliche Alter bei Eintritt der Behinderung, wenn diese nicht seit Geburt vorhanden ist, beträgt in unserer Stichprobe 36,6 Jahre. Überwiegend ist dann eine Krankheit als Ursache der Behinderung genannt worden.

Tab. 9: Behinderung und Krankheit im Lebenslauf

Alter bei Eintritt der Behinderung	absolut	Prozent
Bis unter 15	238	25,3
<i>Darunter: seit Geburt behindert</i>	<i>116</i>	<i>12,4</i>
15 – unter 25	95	10,1
25 – unter 35	140	14,9
35 – unter 45	181	19,3
45 – unter 55	228	24,3
55 – 60	57	6,1
Gesamt	987	100,0
Altersdurchschnitt bei Eintritt der Behinderung	Mittelwert	
Gesamt	30,4	
Ohne von Geburt an Behinderte	36,6	

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Auch in der Schwerbehindertenstatistik wird für Frauen (aller Altersgruppen und aller Behinderungsarten) als wichtigste Ursache der schwersten Behinderung eine Erkrankung oder Krankheit angegeben: bei 89,3% aller gemeldeten Frauen mit Behinderung ist dies der Fall. Entsprechend spielen in der amtlichen Statistik andere Ursachen kaum eine Rolle. In dieser Hinsicht unterscheidet sich unsere Stichprobe von der Schwerbehindertenstatistik: Gut ein Fünftel (21,8%) der befragten Frauen ist von Geburt an behindert und 7,3% haben aufgrund eines Unfalls eine Behinderung.

Tab. 10: Ursache der Behinderung im Vergleich LIVE-Erhebung mit der Schwerbehindertenstatistik

Altersverteilung	LIVE		Statistisches Bundesamt Stand 31.12.1995	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Angeboren	184	19,1	138412	4,5
Komplikationen bei Geburt	26	2,7	-	-
Erkrankung	644	66,8	2716404	89,3
Unfall	70	7,3	39125	1,3
Kriegsdienst	/	/	9460	0,3
Sonstiges	40	4,1	139226	4,6
Gesamt	40	4,1,0	3042627	100,0

Quelle/Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987. Statistisches Bundesamt (1996). Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 5.1: Schwerbehinderte. S. 40/41: Alle Frauen mit Behinderung.

Die größere Bedeutung eines Unfalls als Behinderungsursache erklärt sich aus der Altersstruktur der Stichprobe, die im Gegensatz zur Behindertenstatistik nur erwachsene Frauen berücksichtigt. Dagegen ist die ungewöhnlich große Gruppe der von Geburt an behinderten Frauen als Besonderheit unserer Stichprobe zu werten und muß wohl eher aus der Motivation, an einer solchen Befragung teilzunehmen, erklärt werden. Möglicherweise fühlen sich Frauen, die von Geburt an behindert sind, eindeutiger angesprochen, wenn es um eine Befragung von „Frauen mit Behinderung“ geht als die vielen Frauen, die aufgrund einer Krankheit im späteren Lebensalter behindert wurden. Allerdings ist die Übererfassung der von Geburt an behinderten Frauen als äußerst vorteilhaft für das Forschungsinteresse unserer Studie zu bewerten: Nur mit einer angemessenen Gruppengröße können Unterschiede in der Lebenssituation und im Empfinden von Frauen, die von Geburt an behindert sind, und Frauen, deren Behinderung erst im Verlauf des Lebens aufgetreten ist, statistisch untersucht werden.

Knapp zwei Drittel (60,2%) der befragten Frauen haben laut Schwerbehindertenausweis einen amtlichen Behinderungsgrad zwischen 50 v.H. bis unter 70 v.H. und ein starkes Drittel (39,3%) ist zwischen 70 v.H. und 100 v.H. eingestuft. Vier Frauen (0,4%) sind zwischen 30 v.H. und 50 v.H. GdB eingeordnet und gehören damit eigentlich weder zur Stichprobe noch zur statistischen Kategorie der Schwerbehinderten in der Behindertenstatistik. Im Vergleich zur Schwerbehindertenstatistik haben die Frauen der Stichprobe damit tendenziell einen etwas niedrigeren Grad der Behinderung. Dies könnte damit zusammenhängen, daß es für sehr schwer behinderte Frauen noch schwieriger ist, an einer schriftlichen Befragung teilzunehmen, als für weniger schwer behinderte Frauen.

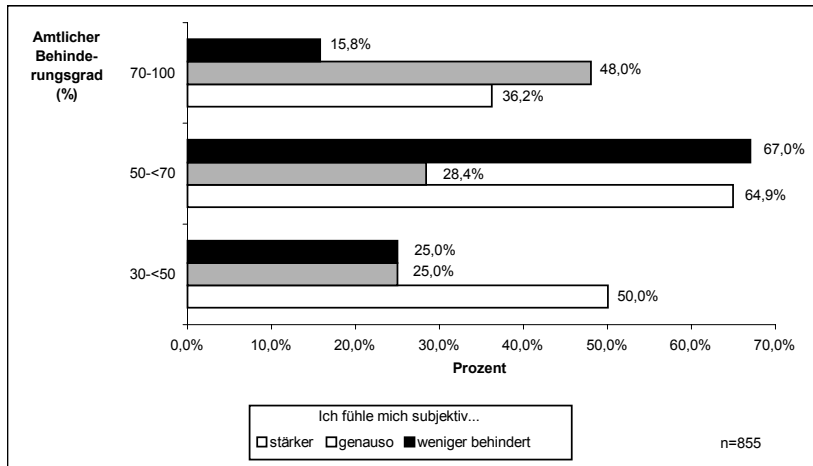
Tab. 11: Behinderungsgrad im Vergleich LIVE-Erhebung mit der Schwerbehindertenstatistik

Altersklassen	LIVE		Stat. Bundesamt Stand 31.12.1995	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Bis unter 30	-	-	-	-
30 bis unter 50	4	0,4	-	-
50 bis unter 70	588	60,2	500690	52,2
70 bis 100	384	39,3	458279	47,8
Gesamt	976	99,9	958969	100,0

Quelle/Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987. Statistisches Bundesamt (1996). Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 5.1: Schwerbehinderte. S. 36/37: Frauen im Alter von 15 bis unter 60 Jahren.

In dem Fragebogen wurde sowohl nach dem im Schwerbehindertenausweis eingetragenen Grad der Behinderung, als auch nach der Selbsteinschätzung gefragt. Offenkundig stimmt der amtlich festgestellte Grad der Behinderung häufig nicht mit der Selbsteinschätzung von Frauen mit Behinderung überein. Die Abweichungen zeigen einen Trend dahingehend, daß sich die meisten Frauen eher als stärker behindert einstufen, als dies nach amtlich festgestelltem Grad der Fall ist. Allerdings finden sich unter den Frauen mit einem sehr hohen Grad der Behinderung auch 15,8%, die sich selbst niedriger einstufen würden.

Abb. 2: Subjektiver Grad der Behinderung nach amtlich festgestelltem Grad

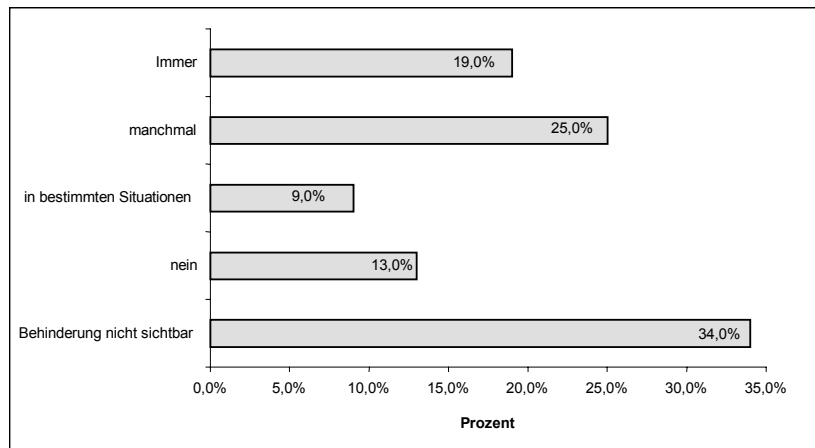


Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Eine zentrale Rolle beim Umgang mit anderen Menschen spielt die Frage der Sichtbarkeit einer Behinderung. Nur ein Fünftel der Frauen, deren Behinderung für die Umwelt sichtbar ist (66%), hat damit keine Probleme. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Bedeutung der Sichtbarkeit der Behinderung im subjektiven Empfinden der befragten Frauen:

Abb. 3: Behinderung und Umwelt

Frage: *Ist es Ihnen unangenehm, wenn Ihre Behinderung für Ihre Umwelt sichtbar ist?*



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

5.1.3 Familie und Lebensformen

Nahezu alle befragten Frauen mit Behinderung leben in einem Privathaushalt. Nur 1,4%, d.h. insgesamt 14 Personen unserer Stichprobe leben in einer Wohneinrichtung für behinderte Menschen. Es ist davon auszugehen, daß selbständig lebende Frauen nicht nur eher motiviert waren, an unserer Befragung teilzunehmen, sondern vor allem auch eher in der körperlichen Verfassung und Lage, unseren Fragebogen auszufüllen. Über das tatsächliche Verhältnis der Wohnformen „Privathaushalt“ versus „Wohneinrichtung für behinderte Menschen“ bezogen auf unsere Stichprobe erwachsener körper- und sinnesbehinderter Frauen liegen uns keine Vergleichsdaten vor. Doch gehen wir aus den genannten Gründen von einer Überrepräsentanz der selbständig in Privathaushalten lebenden Frauen aus.

Tab. 12: Häusliche Lebensform

Häusliche Lebensform	absolut	Prozent	Altersdurchschnitt
Privathaushalt	968	98,6	
davon: <i>alleinlebend</i>	170	17,9	48,8
<i>Mit Partner/in</i>	385	40,5	51,1
<i>Mit Partner und Kind/ern</i>	268	28,2	44,7
<i>Ohne Partner, mit Kind/ern</i>	53	5,6	44,6
<i>Mit Eltern</i>	60	6,3	31,5
<i>Sonstiges</i>	15	1,5	43,6
Gesamt	968	100,0	47,2
davon: <i>Einpersonenhaushalt</i>	162	17,2	48,9
<i>Zweipersonenhaushalt</i>	436	46,3	50,4
<i>Dreipersonenhaushalt</i>	186	19,8	43,4
<i>Mehr als drei Personen</i>	157	16,6	41,0
Gesamt	940	100,0	47,2
<i>Durchschnittliche Anzahl Personen im Haushalt</i>	2,4		
Wohneinrichtung für Behinderte	14	1,4	
davon: <i>Einzelzimmer</i>	4	*	
<i>Mehrbettzimmer</i>	4	*	
<i>Außenwohngruppe</i>	3	*	
<i>Wohngemeinschaft</i>	2	*	
<i>betreutes Einzel-/ Paarwohnen</i>	1	*	
Gesamt	14	*	
Gesamt	982	100,0	

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Nur 17,9% der Frauen mit Behinderung leben alleine in einer Wohnung. Die meisten (74,3%) leben entweder mit Partner/in und/oder Kind/ern zusammen. 6,3% leben mit den Eltern in einem Haushalt.

Vergleichsdaten über die privaten Lebensformen der Bevölkerung in Deutschland können aus den Ergebnissen des Mikrozensus gewonnen werden. Der Mikrozensus ist eine jährlich stattfindende amtliche Haushaltsbefragung, deren Ergebnisse in verschiedenen offiziellen Publikationen der Bundesregierung und des Statistischen Bundesamtes aufbereitet werden. Die folgende Übersicht der Lebensformen in Privathaushalten basiert auf Ergebnissen des Mikrozensus aus dem Jahr 1996, umgerechnet für Frauen im Alter von 18-65 Jahren.

Tab. 13: Lebensformen in Privathaushalten im Vergleich LIVE-Erhebung mit Mikrozensus-Statistik

Lebensform	LIVE	Mikrozensus 1996
	Frauen mit Behinderungen (16-60 Jahre)	Frauen (18 –65 Jahre)
Alleinlebend	17,9%	12,7%
Mit Partner/in* lebend	40,5%	28,4%
Mit Partner/in* und Kind/ern lebend	28,2%	42,8%
Ohne Partner/in* mit Kind/ern lebend	5,6%	6,0%
Mit Eltern lebend	6,3%	9,4%
Mit sonstigen Personen le- bend	1,5%	1,2%
Gesamt	100,0%	100,5%

Quelle/Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. Engstler 1998, 24.
*Im Mikrozensus wurde nur „Partner“ erfaßt.

Der Vergleich mit dem Mikrozensus kann nur einen ungefähren Eindruck liefern, da die Altersstruktur der Mikrozensusstichprobe eine andere ist, als die der LIVE-Stichprobe und zugleich die Lebensformen vom Alter abhängen (zudem weichen die Altersgrenzen von LIVE leicht von denen des Mikrozensus ab). Jüngere Frauen leben häufiger bei ihren Eltern, in den jungen Erwachsenenjahren sind nicht-eheliche Lebensgemeinschaften häufiger vertreten als in höheren Altersgruppen. Im mittleren Alter dominiert die Ehe als Lebensform. Ältere Frauen leben überwiegend (wieder) ohne Kinder mit einem Partner oder einer Partnerin oder (z.B. als Witwen) allein.

Der Vergleich zeigt, daß mehr Frauen mit Behinderung allein und weniger bei ihren Eltern leben. Faßt man die beiden Kategorien „mit einem Partner/in lebend“ und „mit Partner/in und Kind/ern lebend“ zusammen, so ergeben sich bei LIVE und in den Mikrozensus-Daten ähnliche Größenordnungen: 68,7% der befragten Frauen mit Behinderung verglichen mit 71,2% der im Mikrozensus erfaßten Frauen leben in einer Partnerschaft. Der Unterschied liegt darin, daß Frauen mit Behinderung häufiger ohne Kinder in einer Partnerschaft leben. Dies – und auch der höhere Anteil der Alleinlebenden – kann daran liegen, daß ein Drittel der LIVE-Stichprobe 55 bis 60 Jahre und ein weiteres Viertel zwischen 45 und 55 Jahre alt ist (vgl. Kap. 5.1.1) und somit die Kinder schon das Haus verlassen haben dürften.

Insgesamt sind zwei Drittel der Frauen (63,8%) verheiratet, ein Fünftel (19,2%) ist ledig. 11,3% sind geschieden und 5,7% verwitwet. Erwartungsgemäß finden sich die unverheirateten Frauen vorwiegend in der Altersgruppe der unter 25jährigen und der Anteil der Verheirateten steigt mit dem Lebensalter. In den alten Bundesländern sind die befragten Frauen etwas häufiger verheiratet und

etwas häufiger geschieden als in den neuen Bundesländern, in denen der Anteil der verwitweten Frauen etwas höher liegt.

Der Anteil der Verheirateten in der Gesamtgruppe unterscheidet sich mit 63,8% kaum von den Angaben des Mikrozensus, der für 1996 ausweist, daß 65,5% der 18-65jährigen Frauen in Deutschland verheiratet mit einem Partner und mit oder ohne Kinder zusammen leben (Niemeyer/Voit 1995, 402). Aber auch hier ist wieder die unterschiedliche Altersstruktur zu beachten: der Mikrozensus ist anders als die LIVE-Stichprobe (bis 60jährige) hier auf die bis 65jährigen berechnet und in der Altersverteilung sind bei LIVE die über 45jährigen stärker vertreten als im Mikrozensus. Um die Frage zu beantworten, ob und welche Frauen mit Behinderung häufiger oder seltener verheiratet sind als der Bevölkerungsdurchschnitt, müssen daher altersstandardisierte Daten herangezogen werden.

Tab. 14: Familienstand nach Altersgruppen im Vergleich LIVE-Erhebung mit Bevölkerungsfortschreibung

Alter der Frauen	Statistisches Bundesamt				
	Stand 31.12.1996				
	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden	Gesamt
20-29	69,3	28,7	0,1	1,8	99,9
30-39	23,9	67,8	0,9	7,5	100,1
40-49	8,2	78,0	2,9	10,9	100,0
50-59	5,0	76,6	8,6	9,8	100,0
LIVE					
20-29	79,4	20,6	-	-	100,0
30-39	30,6	53,8	1,9	13,8	100,1
40-49	14,4	69,5	3,4	12,7	100,0
50-59	8,2	71,5	8,8	11,6	100,1

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987. Statistisches Bundesamt 1998, S. 174

Der Vergleich zeigt, daß in allen Altersgruppen Frauen mit Behinderung seltener verheiratet und häufiger ledig sind als im Bevölkerungsdurchschnitt. Das heißt: betrachtet für die Gesamtgruppe leben ähnlich viele Frauen mit Behinderung in einer Partnerschaft wie Frauen ohne Behinderung und nur etwas weniger sind verheiratet. Wird nach Alter differenziert, wird deutlich, daß insbesondere die jüngeren Frauen mit Behinderung häufiger ledig sind. Der Unterschied in den Ledigen-Anteilen der beiden Erhebungen nimmt mit dem Alter ab: In der jüngsten Gruppe sind von den behinderten Frauen 10,1% mehr ledig als in der Bevölkerung, in der ältesten Gruppe sind es 3,2%. Die geringeren Differenzen in der Gesamtstichprobe können darauf zurückgeführt werden, daß die höheren Altersgruppen, bei denen die Unterschiede im Familienstand verglichen mit der Bevölkerung nicht so krass sind, in der Stichprobe dominieren. Im Vergleich ist

der auffallend hohe Anteil der Geschiedenen in der Altersgruppe der 30-39jährigen zu erkennen. Die Unterschiede, die erst bei einer Altersdifferenzierung sichtbar werden, belegen, daß von der richtigen Aussage „16-60jährige Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung sind insgesamt in etwa gleichem Maß verheiratet wie 16-60jährige Frauen der Bevölkerung allgemein“ nicht geschlossen werden kann „Frauen mit Behinderung heiraten gleich häufig wie Frauen ohne Behinderung“.

Für Frauen, die zum Befragungszeitpunkt (noch) verheiratet waren, liegen Angaben vor, ob die Ehe vor oder nach dem Eintritt der Behinderung geschlossen wurde. Für die Geschiedenen und Verwitweten liegen diese Angabe nicht vor. Zwei Drittel (67,7%) der verheirateten Frauen haben vor Eintritt der Behinderung geheiratet, ein Drittel (32,3%) danach. Dies erklärt sich vor allem aus der bereits erwähnten Tatsache, daß die von uns befragten Frauen im Schnitt ca. 36,6 Jahre alt waren zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung. Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern gibt es in dieser Hinsicht kaum.

Tab. 15: Verheiratete nach Altersgruppen, Eintritt der Behinderung und Zeitpunkt der Eheschließung (nur Verheiratete)

Zeitpunkt der Eheschließung lag ...	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Vor Eintritt der Behinderung	312	67,7	62	62,6
Im Jahr der Behinderung	8	1,7	-	-
Nach Eintritt der Behinderung	141	30,6	37	37,4
Gesamt	461	100,0	99	100,0

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=628.

Um näher in Erfahrung zu bringen, welchen Einfluß die Behinderung auf den Familienstand hat, wurde in den einzelnen Altersgruppen danach unterschieden, ob die Behinderung vor dem 15. Lebensjahr, zwischen dem 16. und dem 30., zwischen dem 31. und 45. Lebensjahr eingetreten war oder später. In den jüngsten Altersgruppen bis 49 Jahre zeigte sich eine nur schwache und nicht signifikante Tendenz, daß Frauen mit einer vor dem 15. Lebensjahr eingetretenen Behinderung seltener verheiratet waren. In der Altersgruppe der 50-60jährigen war der Zusammenhang zwischen dem Alter bei Eintritt der Behinderung und dem Familienstand hochsignifikant. Er ist der selteneren Eheschließung derjenigen Frauen dieser Altersgruppe geschuldet, die in jungen Jahren behindert wurden. Von denen, die vor dem 15. Lebensjahr behindert wurden, haben 59,7% geheiratet. War die Behinderung nach dem 15. Lebensjahr eingetreten, sind 75% verheiratet.

Die Sichtbarkeit der Behinderung schlägt sich nicht erkennbar auf die Verheirats- und Scheidungsanteile nieder. Zwar sind mit 21,0% sichtbar behinderte Frauen etwas häufiger ledig als nicht sichtbar Behinderte, von denen 15,3% ledig sind. Aber unter Kontrolle des Alters – sichtbar behinderte Frauen sind im Schnitt jünger und Jüngere sind seltener verheiratet – verschwindet der Effekt.

Weitere Aufschlüsselungen stoßen an die Grenzen zu kleiner Fallzahlen. Für eine Eheschließung und eine Partnerschaft sind vermutlich mehrere Faktoren gleichzeitig und zum Teil untereinander zusammenhängend wirksam: die Art der Behinderung, das Alter, in dem sie eintrat, das biographische Alter und die Kohortenzugehörigkeit. Schließlich dürften die Veränderungen der weiblichen Lebensläufe insgesamt – z.B. höhere Bildung, steigendes Heiratsalter, zunehmende Kinderlosigkeit – Auswirkungen auch auf Frauen mit Behinderung haben.

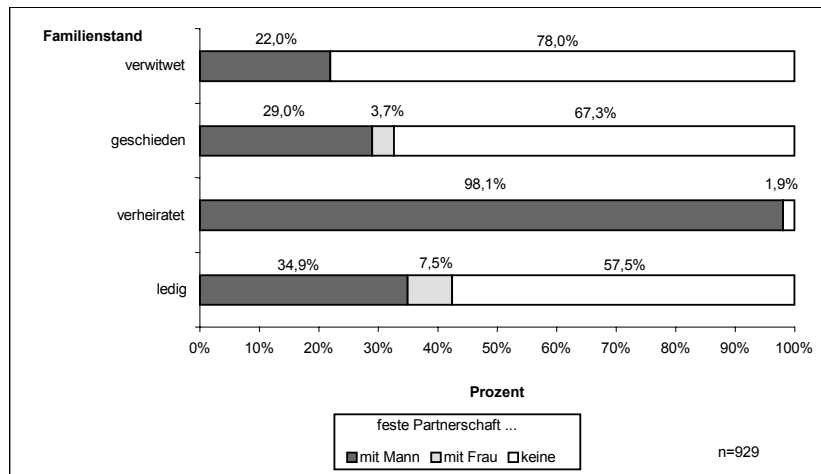
5.1.4 Partnerschaft und Mutterschaft

Ob behinderte Frauen einen Lebenspartner oder gar eine Partnerin haben, wurde in keiner Untersuchung gefragt (vgl. Schildmann 1983; Niehaus 1993; Kies u.a. 1994). Vielmehr galt die Verheiratsquote als Indikator für das Bestehen einer Paargemeinschaft und bildete ein wichtiges Argument für die Diskussion um die doppelte Diskriminierung von Frauen mit Behinderung, die weniger häufig verheiratet sind als Männer mit Behinderung und als nichtbehinderte Frauen (vgl. Niehaus 1995).

Angesichts der allgemeinen Entwicklung von Partnerschaft und Familie in der Moderne, die durch eine Vielzahl von Lebensformen und -stilen gekennzeichnet ist (Backes 1996, 30), ist der Bezug auf den Familienstand als Indikator für private Lebensverhältnisse als zu eingeschränkt und ungenügend zu bewerten. In der vorliegenden Untersuchung wurden daher erstmals auch Fragen zu Partnerschaft und Mutterschaft von Frauen mit Behinderung gestellt.

Drei Viertel (75,3%) der Frauen leben in einer festen Partnerschaft, nur ein Viertel (24,7%) hat keinen festen Partner oder keine feste Partnerin. Eine feste Partnerschaft mit einer Frau haben nur 1,9% im Vergleich zu 73,4%, die einen Mann als Lebenspartner haben. Bei einem Viertel (25,4%) der Frauen, die in fester Partnerschaft leben, ist der Partner ebenfalls behindert. Eine Partnerin mit Behinderung war in unserer Stichprobe nicht vertreten, was aufgrund der geringen Anzahl gleichgeschlechtlicher Partnerschaften statistisch nicht aussagekräftig ist. Insgesamt 68,7% der Frauen mit Behinderung leben mit dem Partner oder der Partnerin zusammen in einem Haushalt. Erwartungsgemäß sind nicht alle Frauen verheiratet, die in einer festen Partnerschaft leben, und es haben sogar nicht alle Frauen, die verheiratet sind, einen festen Partner oder eine Partnerin. Die folgende Abbildung verdeutlicht das Verhältnis zwischen Familienstand und Partnerschaft:

Abb. 4: Familienstand und Partnerschaft

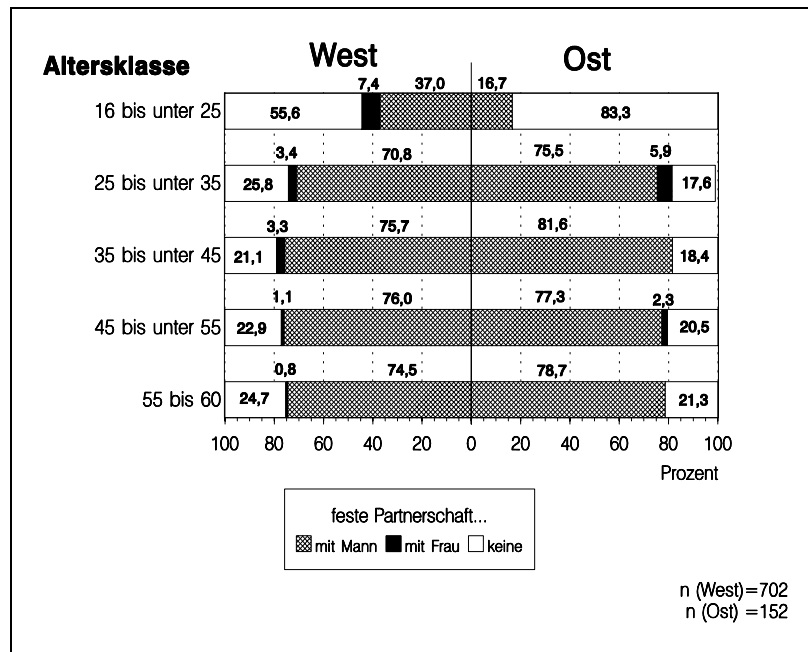


Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Zwar leben nahezu alle verheirateten Frauen in einer festen Partnerschaft, doch trifft dies auch für viele der unverheirateten Frauen zu. Die Verheiratungsquote kann daher nicht als angemessener Indikator für das Bestehen einer Partnerschaft gewertet werden.

Hinsichtlich des Bestehens einer Partnerschaft gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Frauen im Osten oder Westen der Republik. Die Mehrzahl der Frauen aller Altersgruppen lebt in einer festen Partnerschaft mit einem Mann. Nur in der Gruppe der unter 25jährigen leben die Frauen häufiger alleine und dies vor allem in den neuen Bundesländern. Es ist jedoch davon auszugehen, daß sich hier keine wesentlichen Ost-West-Unterschiede zeigen, sondern vielmehr zufällige Streuungen sichtbar werden, weil nur sehr wenige Frauen dieser Altersgruppe aus den neuen Ländern in unserer Stichprobe vertreten sind.

Abb. 5: Partnerschaften nach Altersklassen und Region



Datenbasis LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Eigene Kinder haben 70% der Frauen mit Behinderung. Davon haben knapp zwei Drittel mehr als ein Kind. Die Frauen in den neuen Bundesländern sind etwas häufiger Mutter als die Frauen in den alten Ländern: Im Osten haben 78,5% der Frauen mit Behinderung ein oder mehrere Kinder im Vergleich zu 68,7% im Westen.

Hinsichtlich der Anzahl der Kinder lassen sich keine Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern ausmachen. Insgesamt haben 43,3% der Mütter zwei Kinder, 36,5% haben ein Kind, 13,9% drei Kinder, 4,3% haben vier Kinder und 2,2% haben fünf und mehr Kinder.

Ein direkter Vergleich dieser Ergebnisse mit der amtlichen Statistik in Deutschland ist nicht möglich, da im Mikrozensus nur die im Haushalt lebenden Kinder bis 18 Jahren erfaßt werden. Ob dies eigene, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder sind, geht aus den Angaben nicht hervor. Zusätzlich wird in Altersgruppen und Lebensformen differenziert. Demzufolge lebten zum Beispiel im Jahr 1996 68% der Frauen zwischen 35 und 44 Jahren in Deutschland mit einem Partner und Kind(ern) zusammen und 9,3% dieser Altersgruppe waren Alleinerziehende (Engstler 1998, 24). Bezogen auf diese Gruppe von Frauen ist demnach von einem Anteil von 77,3% Frauen auszugehen, die mit eigenen oder sonstigen

Kindern zusammen in einem Haushalt leben. Im Vergleich mit dieser Altersgruppe unterscheiden sich die befragten Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung nicht gravierend hinsichtlich des Zusammenlebens mit Kindern. Verlässliche Aussagen können jedoch aufgrund der unterschiedlichen Datenstruktur, die keine unmittelbaren Vergleiche zuläßt, nicht getroffen werden.

5.1.5 Finanzielle Situation

Die für die Gesamtbevölkerung typischen regionalen Einkommensunterschiede spiegeln sich auch in unserer Stichprobe von Frauen mit Behinderung wieder. Erwartungsgemäß verfügen Frauen in den alten Bundesländern im Durchschnitt über ein höheres Nettoeinkommen als Frauen in den neuen Ländern. Das persönliche Nettoeinkommen nach Abzug der Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung beträgt bei den westdeutschen Frauen durchschnittlich DM 1.785,- im Vergleich zu DM 1.570,- bei den ostdeutschen Frauen. Ein weiterer Hinweis auf strukturelle Einkommensunterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland dokumentiert sich darin, daß nur 3,1% der erfaßten ostdeutschen Frauen mehr als DM 3.000,- pro Monat verdienen, wogegen 12,4% der befragten westdeutschen Frauen zu dieser Einkommensgruppe zählen. In die unteren Kategorien „bis 500,- DM“ und „über 500,- DM bis unter 1.000,- DM“ dürften sich Hausfrauen und geringfügig Beschäftigte eingeordnet haben. Der höhere Anteil der westdeutschen Frauen mit sehr niedrigem persönlichen Einkommen erklärt sich so über deren geringere Beteiligung am Erwerbsleben (s.u.). Stellt man dies in Rechnung, ist das höhere durchschnittliche persönliche Einkommen im Westen umso aussagekräftiger.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung im einzelnen:

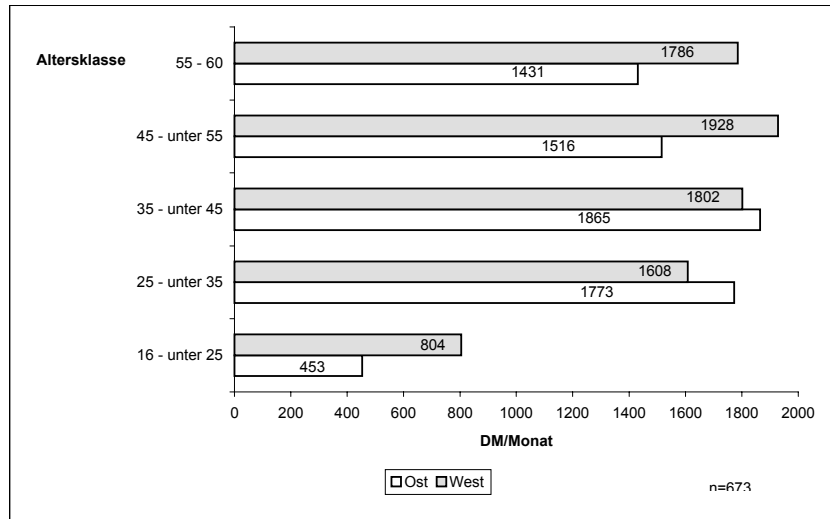
Tab. 16: Persönliches Einkommen nach Region

Persönliches Einkommen (DM/Monat) im Befragungsjahr	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Bis 500	59	10,7	7	5,3
Über 500 – 1000	108	19,6	22	16,8
Über 1000 – 1500	116	21,1	45	34,4
Über 1500 – 2000	82	14,9	35	26,7
Über 2000 – 2500	67	12,2	11	8,4
Über 2500 – 3000	50	9,1	7	5,3
Über 3000 – 3500 (Ost: über 3000)	24	4,4	4	3,1
Über 3500 – 4000	20	3,6	-	-
Über 4000 – 4500	8	1,5	-	-
Über 4500 – 5000	9	1,6	-	-
Über 5000	7	1,3	-	-
Gesamt	550	100,0	131	100,0
Mittelwert	1785 DM/Monat		1570 DM/Monat	

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Die beschriebenen regionalen Einkommensunterschiede drehen sich jedoch teilweise um, wenn das Einkommen differenziert nach Altersklassen betrachtet wird. Bezogen auf die Altersgruppe der 25- bis unter 45jährigen Frauen verdienen die Frauen im Osten Deutschlands mehr als die Frauen in Westdeutschland.

Abb. 6: Persönliches Einkommen nach Altersklassen und Region



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Ostdeutsche Frauen bleiben auch während der Phase der Familiengründung und Mutterschaft möglichst voll erwerbstätig, während westdeutsche Frauen in dieser Lebensphase häufig die Erwerbstätigkeit reduzieren. Die umgekehrten Einkommensunterschiede in dieser Lebensphase erklären sich aus den unterschiedlichen Lebensmustern von Frauen in Ost- und Westdeutschland ungeachtet des strukturellen Einkommensgefälles, d.h. die Frauen im Osten verdienen zwar im Schnitt weniger, verfügen aber in der sogenannten „Familienphase“ über mehr Einkommen, weil sie mehr arbeiten.

Das dargestellte Einkommensgefälle zwischen West- und Ostdeutschland wiederholt sich auf der Ebene des Haushaltsnettoeinkommens, d.h. das Einkommen aller Haushaltsmitglieder zusammengenommen nach Abzug der Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung. Während das durchschnittliche Haushaltseinkommen unserer Stichprobe im Westen Deutschlands bei DM 3.901,- liegt, so beträgt dieser Wert im Osten nur DM 3.324,-. Nach einer Gewichtung dieses Haushaltseinkommens unter Berücksichtigung der Anzahl der Personen, die im Haushalt leben, ergeben sich Äquivalenzeinkommen von DM 2.240,- in den alten und DM 1.852,- in den neuen Bundesländern.

Das gewichtete Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen) trägt der Tatsache Rechnung, daß das Realeinkommen von der Haushaltsgröße und -struktur abhängt, indem Mehrpersonenhaushalte günstiger wirtschaften können als Einpersonenhaushalte. Die Umrechnung des Haushaltseinkommens in das Äquivalenzeinkommen erfolgt mittels spezifischer Gewichte, die jede Person erhält und deren Summe dann durch das Haushaltseinkommen dividiert wird. Dabei

gibt es unterschiedliche Verfahren (vgl. Hanesch 1994; Schwenk 1995). Im folgenden erhält die Befragungsperson das Gewicht 1, jede weitere erwachsene Person das Gewicht 0,66 und jedes Kind das Gewicht 0,33 (vgl. Holst 1993). Zu berücksichtigen ist, daß sich die bei Einkommensfragen erfahrungsgemäß ohnehin geringe Fallzahl durch fehlende Antworten bei den Fragen zur Haushaltsgröße nochmals dezimieren. Bei der vorliegenden Stichprobe von Frauen mit Behinderung waren mehr als zwei Drittel (73,7%) der Frauen, die keine Angaben zum Haushaltsnettoeinkommen gemacht haben, nicht erwerbstätig. Möglicherweise wurde hier auch die Frage nach „Einkommen“ mit „Berufstätigkeit“ verbunden, obwohl nach dem allgemeinen monatlichen Nettoeinkommen des Haushalts nach Abzug der Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung gefragt worden war. Insgesamt machten 486 Frauen mit Behinderung Angaben zu dieser Frage, d.h. nur die Hälfte der Befragten.

Tab. 17: Haushaltseinkommen nach Region

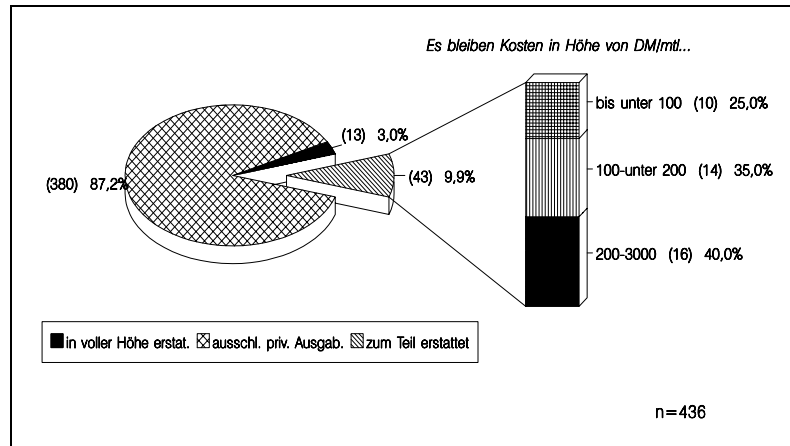
Haushaltseinkommen (DM/Monat, ungewichtet)	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
bis 500	5	0,9	-	-
Über 500 – 1000	6	1,1	3	2,6
Über 1000 – 1500	28	5,3	7	6,1
Über 1500 – 2000	39	7,4	17	14,8
Über 2000 – 2500	55	10,4	12	10,4
Über 2500 – 3000	85	16,1	18	15,7
Über 3000 - 3500	59	11,2	15	13,0
Über 3500 - 4000	65	12,3	13	11,3
Über 4000 - 4500	36	6,8	9	7,8
Über 4500 - 5000	50	9,5	9	7,8
Über 5000 - 5500	14	2,6	5	4,3
Über 5500 - 6000	29	5,5	2	1,7
Über 6000	58	11,0	5	4,3
Gesamt	529	100,1	115	99,8
Mittelwert	3901		3324	
Mittelwert (gewichtet)	2240		1852	
Gesamt	486		103	

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Bei der Hälfte der befragten Frauen (49,4%) fallen monatlich zusätzliche Kosten an, die durch die Behinderung bedingt sind. Diese Kosten müssen überwiegend privat finanziert werden: 87% der Frauen mit behinderungsbedingten Mehrkosten zahlen diese ausschließlich privat. Nur bei 3% dieser Frauen werden die zusätzlichen Kosten in voller Höhe erstattet. Knapp 10% der Frauen dieser

Gruppe bekommen die Kosten zum Teil erstattet, wobei jedoch monatlich zusätzlich von DM 100,- bis zu im Einzelfall DM 3.000,- privat finanziert werden müssen. Die durchschnittlichen monatlichen Kosten liegen bei DM 299,-.

Abb. 7: Finanzierung behinderungsbedingter Mehrkosten



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. In (): absolute Zahlen. N=456.

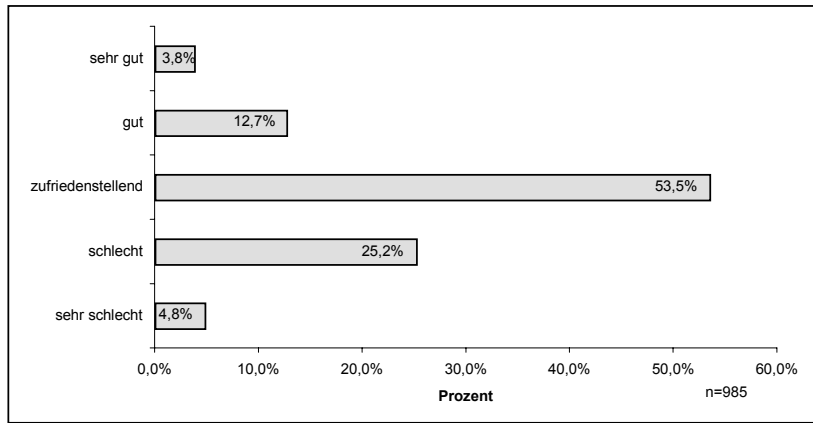
5.2 Hilfebedarf und helfende Personen

5.2.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die Frage nach der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bildet stärker den „objektiven“ Zustand ab, Aussagen zur Zufriedenheit mit der Gesundheit gelten in der Forschung eher als das „subjektive“ Moment (Datenreport 1997, 538). Wie langjährige internationale Erfahrungen zeigen, sind Menschen durchaus in der Lage, ihren Gesundheitszustand hinreichend genau zu beschreiben, um mit diesen Aussagen eine zuverlässige Basis für vergleichende Analysen zu bilden (ebenda).

Mehr als zwei Drittel der Frauen mit Behinderung beschreiben ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als zufriedenstellend bis gut oder sehr gut. Ein knappes Drittel fühlt sich gesundheitlich schlecht oder gar sehr schlecht.

Abb. 8: Gegenwärtiger Gesundheitszustand



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Zur Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes liegen als Vergleichsbasis Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) über Frauen in Deutschland vor (Datenreport 1997, 540). Allerdings werden dabei nur die Kategorien „gut“, „zufriedenstellend“ und „schlecht“ berücksichtigt. Eine Zusammenfassung der Kategorien unserer Erhebung zum Zwecke der Vergleichbarkeit ergibt folgendes Bild:

Tab. 18: Gesundheitszustand von Frauen in Deutschland im Vergleich LIVE-Erhebung mit SOEP 1995

Gesundheitszustand	LIVE	SOEP
	Frauen mit Behinderungen 16-60 Jahre	Frauen allgemein ab 16 Jahre
sehr gut/ gut	16,5%	43%
zufriedenstellend	53,6%	34%
sehr schlecht/ schlecht	30,0%	23%

Datenbasis: LIVE98; SOEP 1995

Der Vergleich der beiden Erhebungen macht deutlich, daß Frauen mit Behinderung ihren Gesundheitszustand schlechter beurteilen als eine repräsentative Auswahl von Frauen in Deutschland. Nur 16,5% der Frauen mit Behinderung beurteilen ihren Gesundheitszustand als „gut“ im Vergleich zu 43% der Frauen allgemein. Frauen mit Behinderung beurteilen ihren Gesundheitszustand sehr viel häufiger als „zufriedenstellend“ und haben demnach möglicherweise andere Kriterien der Beurteilung. Relativ gering sind die Unterschiede in der Gruppe derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ einstufen, dies ist bei 23% der Frauen allgemein und bei 30% der Frauen mit Behinderung der Fall.

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Gesundheitszustand und dem Alter der befragten Frauen mit Behinderung: Jüngere Frauen fühlen sich überwiegend gesundheitlich gut und bei den älteren Frauen steigt der Anteil derjenigen, die sich schlecht oder gar sehr schlecht fühlen. Während z.B. in der Gruppe der unter 25jährigen Frauen mehr als die Hälfte der Befragten ihren Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“ einstufen, trifft dies bei den Frauen zwischen 55 und 60 Jahren nur noch auf 8,2% zu. Umgekehrt fühlen sich nur 7,5% der Frauen unter 25 Jahren schlecht, wogegen sich in der Altersgruppe zwischen 55 und 60 Jahren gut ein Drittel „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“ fühlt. Die folgende Tabelle verdeutlicht den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Alter:

Tab. 19: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter

Gesundheitszustand	Alter									
	16-<25		25-<35		35-<45		45-<55		55-<60	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
sehr gut	10	25,0	11	9,4	8	3,9	3	1,1	5	1,4
gut	11	27,5	27	23,1	26	12,8	37	14,2	24	6,8
zufriedenstellend	16	40,0	56	47,9	116	57,1	130	49,8	203	57,2
schlecht	3	7,5	17	14,5	46	22,7	79	30,3	101	28,5
sehr schlecht	-	-	6	5,1	7	3,4	12	4,6	22	6,2
Gesamt	40	100,0	117	100,0	203	99,9	261	100,0	355	100,1
Mittelwerte	2,3		2,8		3,0		3,2		3,3	

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Aufgrund der besonderen Lebenssituation von Frauen mit Behinderung ist davon auszugehen, daß sich der dargestellte allgemeine Zusammenhang einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei steigendem Alter auf die Lebenssituation dieses Personenkreises stärker auswirkt, als dies bei nichtbehinderten Menschen der Fall ist, deren allgemeiner Gesundheitszustand sich mit zunehmendem Alter in der Regel auch verschlechtert (vgl. Datenreport 1997, 540). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes kann bei behinderten Menschen dahingehend gravierende Folgen haben, als dies häufig zu einem Zusammenbruch des täglichen Hilfesystems bzw. der Strategien der Alltagsbewältigung führen kann, die ein selbständiges Leben mit der jeweiligen Behinderung bis dorthin ermöglicht hatten. Eine gute körperliche und seelische Verfassung ist insofern für Menschen mit Behinderung von existentieller Bedeutung.

Den Befragten wurde eine in der Forschung häufig eingesetzte Liste von Beschwerden vorgelegt. Es ist als schwerwiegend zu beurteilen, daß nahezu alle befragten Frauen mit Behinderung (93,5%) im letzten halben Jahr häufig gesundheitliche Beschwerden hatten. Die durchschnittliche Anzahl der eingetretenen Beschwerden lag bei fünf bis sechs Beschwerden im vergangenen halben

Jahr. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Art und Häufigkeit dieser Beschwerden:

Tab. 20: Gesundheitliche Beschwerden

Beschwerden sind eingetreten	absolut	Prozent
ja, und zwar	923	93,9
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>		
Erschöpfungszustände	553	56,0
Müdigkeit	520	52,7
Schlafstörungen	514	52,1
Schmerzen anderer Art	501	50,8
Kopfschmerzen	493	49,9
Nervosität	402	40,7
Herz-/Kreislaufstörungen	365	37,0
Allgemein gestörtes Wohlbefinden	356	36,1
Konzentrationsstörungen	334	33,8
Depressionen	334	33,8
Traurigkeit	295	29,9
Verdauungsbeschwerden	267	27,1
Einsamkeit	142	14,4
Appetitstörungen	97	9,8
Eißstörungen	56	5,7
Andere	24	2,4
nein, keine Beschwerden	60	6,1
Gesamt	983	100,0

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Als häufigste Beschwerdeformen werden Erschöpfungszustände, Schlafstörungen und Schmerzen genannt. Mehr als die Hälfte der Frauen leiden häufig an diesen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Nervosität und Herz-/Kreislaufstörungen stehen an zweiter Stelle der Nennungen, gefolgt von allgemein gestörtem Wohlbefinden, Depressionen und Konzentrationsstörungen. Mehr als ein Drittel der Frauen leiden häufig an diesen Beschwerden. Die genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen können zwei Bereichen zugeordnet werden. Auf der einen Seite stehen körperliche Erschöpfungszustände und Schmerzen, auf der anderen Seite eher psychosomatische Beschwerden wie Nervosität, Depressionen und Schlafstörungen. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der aufgetretenen Beschwerden und dem Alter der Frauen: Ältere Frauen haben häufiger Beschwerden als jüngere Frauen mit Behinderung.

5.2.2 Hilfebedarf im Alltag

Körperliche und kognitive Kompetenzen in der täglichen Lebensführung bzw. Beeinträchtigungen alltäglicher Lebensaktivitäten gelten in der Wissenschaft wie beim Gesetzgeber als Maßstab für eine Einschätzung notwendiger Hilfen für Menschen mit Behinderung. Zur Erfassung dieser Kriterien werden Skalen verwendet, die sich an den grundlegenden (unverzichtbaren) Aktivitäten des täglichen Lebens orientieren - unter der Berücksichtigung der Besonderheiten einer bestimmten Lebensphase, einer Epoche und eines bestimmten Kulturkreises. In der vorliegenden Untersuchung wurde zur Bestimmung des Hilfebedarfs im Alltag eine Skala verwendet, die im Rahmen einer bundesweiten Befragung von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten in Deutschland entwickelt und getestet wurde (Häußler u.a. 1996, 166ff.).

Die Mehrzahl der befragten Frauen (60%) kann den Alltag ohne Hilfe von anderen Personen bewältigen. Nur 40% haben einen ständigen Hilfebedarf im Alltag. Gefragt wurde danach, welche Tätigkeiten im Alltag allein und ohne Hilfe anderer Personen ausgeführt werden können. Dazu wurde eine Liste vorgelegt, die alltägliche Grundanforderungen erfaßt, wie z.B. „Das Bett verlassen“, „Mahlzeiten und Getränke zu sich nehmen“, „Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperhygiene“ aber auch Aspekte der Mobilität („Treppen steigen“, „In der Wohnung umhergehen“, „öffentliche Verkehrsmittel benutzen“), der Kommunikation („Telefonieren“, „Besuche machen“) und der Haushaltsführung („Die Wohnung sauber machen“, „Lebensmittel einkaufen“). Bei elf der Kategorien benötigen weniger als 10% der Befragten die Hilfe Anderer, bei weiteren fünf Kategorien zwischen 10% und 15%. Der größte Bedarf an Hilfe besteht im Bereich der Haushaltsführung. Knapp ein Drittel (27,4%) benötigt Unterstützung bei der Reinigung der Wohnung und ein Viertel (22,5%) beim Einkaufen von Lebensmitteln. Die folgende Tabelle zeigt den Hilfebedarf im einzelnen:

Tab. 21: Hilfebedarf im Alltag

Frage: *Es gibt verschiedene Tätigkeiten, die im Alltag immer wieder ausgeführt werden müssen. Im folgenden sind einige solcher Tätigkeiten aufgeführt. Bitte kreuzen Sie jeweils an, ob Sie diese Tätigkeiten allein und ohne Hilfe von anderen Personen ausführen können.*

Alleine und ohne Hilfe ausführbare Tätigkeiten	absolut	Prozent
das Bett verlassen	945	95,7
sich den Körper waschen oder duschen	910	92,2
sich kämmen	935	94,7
allein die Toilette benutzen	947	95,9
sich an- und ausziehen	901	91,3
sich baden	846	85,7
Mahlzeiten und Getränke zu sich nehmen	957	97,0
sich Mahlzeiten zubereiten	887	89,9
Nahrungsmittel (Obst, Gemüse, Brot, Fleisch) mit dem Messer schneiden	891	90,3
auf einen Stuhl setzen, aufstehen	937	94,9
in der Wohnung umhergehen	933	94,5
Treppen steigen	849	86,0
die Wohnung sauber machen	700	70,9
Medikamente richten und einnehmen	920	93,2
telefonieren	920	93,2
finanzielle Angelegenheiten regeln (z.B. Überweisungen ausfüllen)	863	87,4
Lebensmittel einkaufen	749	75,9
Besuche machen	842	85,3
öffentliche Verkehrsmittel benutzen	793	80,3

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen der oben genannten Studie zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderung (Häußler u.a. 1996) zeigt, daß die Frauen mit Behinderung, die an unserer Befragung teilgenommen haben, in weitaus geringerem Umfang Hilfe von anderen Menschen bei der Verrichtung täglich anfallender Aufgaben und Aktivitäten brauchen, als dies bei den erfaßten erwachsenen Personen beiderlei Geschlechts dieser 1992 durchgeführten Studie der Fall ist. Dort benötigen knapp zwei Drittel (63,8%) der Menschen mit Behinderung Hilfe bei täglichen Lebensaktivitäten und nur gut einem Drittel (36,2%) ist keine der aufgeführten alltäglichen Verrichtungen unmöglich (ebenda, 178/179). Es gilt jedoch zu bedenken, daß in dieser Studie bei Fragen des Hilfebedarfs nicht nur Männer und Frauen zusammen erfaßt wurden, sondern auch Menschen aller Behinderungsarten, d.h. auch Menschen mit geistiger Behinderung, so daß eine direkte Vergleichbarkeit mit der von uns befragten Gruppe von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung nicht gegeben ist.

Trotz mangelnder direkter Vergleichbarkeit legen die aufgeführten Unterschiede in den beiden Studien die Interpretation nahe, daß die Frauen, die bereit und in der Lage waren, an unserer Untersuchung teilzunehmen, eine Auswahl von eher selbständigen und kompetenten Menschen mit Behinderung repräsentieren - gerade auch eingedenk der Tatsache, daß z.B. die Gruppe der geistig behinderten Frauen, die einen besonderen Hilfebedarf aufweisen, hier nicht erfaßt wurde. Ein Selektionskriterium, an unserer Untersuchung teilzunehmen, war demnach eine sehr hohe Kompetenz bei der Bewältigung des Alltags.

5.2.3 Helfende Personen und Einstellung zur Pflege

Alle Frauen, die bei den oben aufgeführten Alltagsaktivitäten Hilfe brauchen, wurden gefragt, wer diese Hilfe leistet. Die helfenden Personen gehören in der überwiegenden Mehrzahl zum engeren privaten Familienkreis. Knapp die Hälfte (47,2%) der auf Hilfe angewiesenen Frauen mit Behinderung erhalten tägliche Unterstützung von ihrem Lebenspartner oder ihrer Lebenspartnerin. Ein knappes Drittel (31,7%) erhält Hilfe von Familienangehörigen und nur 5,9% der auf Hilfe angewiesenen Frauen erhalten Unterstützung durch professionelles Pflegepersonal. Fast alle, die Hilfe brauchen, erhalten auch Hilfe durch andere Personen. Nur 1,3% der Frauen mit Hilfebedarf erhalten keine Unterstützung durch helfende Personen.

Tab. 22: Helfende und Pflegeperson

Helfende und Pflegeperson	absolut	Prozent
Partner/in	183	47,2
Familienangehörige	123	31,7
Freunde, Bekannte	16	4,1
Professionelles Pflegepersonal	23	5,9
Andere Personen	8	2,1
<i>Davon: Hauptpflegeperson</i> Mann	108	33,9
<i>Frau</i>	211	66,1
<i>Gesamt</i>	319	100,0
Erhalte keine Hilfe	5	1,3
Brauche keine Hilfe	30	7,7
Gesamt	388	100,0

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=395.

Bei zwei Drittel der Frauen mit Hilfebedarf ist die wichtigste Hilfsperson eine Frau und bei einem Drittel wird die Hilfe von einem Mann - in der Regel dem Partner - geleistet. Diese Verteilung wurde auch in einer repräsentativen Studie zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in Deutschland ermittelt (vgl. Häußler u.a. 1996, 186). Demnach unterscheiden sich Frauen und Männer mit Behinderung in dieser Hinsicht nicht. Allerdings nehmen die befragten Männer

und Frauen der repräsentativen Studie mit 14,3% (ebenda) weitaus häufiger professionelle Hilfe in Anspruch als die von uns erfaßten Frauen mit Behinderung (5,9%). Dies deutet möglicherweise darauf hin, daß Männer eher willens und in der Lage sind, professionelle Hilfe anzunehmen und ihren diesbezüglichen Anspruch durchzusetzen, als Frauen oder daß ihnen eher Hilfe angeboten wird. Eine andere Erklärung dieser unterschiedlichen Häufigkeit professioneller Hilfe bietet die bereits dargelegte Vermutung, daß es sich bei den erfaßten Frauen mit Behinderung in der hier dargestellten Studie um eine Auswahl von kompetenten und weniger beeinträchtigten Menschen mit Behinderung handelt, die entsprechend seltener gezielte professionelle Hilfe benötigen. Da in der vorliegenden Studie nur Frauen erfaßt wurden, können die geäußerten Vermutungen jedoch nicht abschließend überprüft werden; dies würde eine Vergleichsgruppe von Männern mit Behinderung erfordern und muß daher folgenden Studien überlassen bleiben.

Die Frage nach dem Geschlecht der Hilfe- oder Pflegeperson ist in der politischen Diskussion nicht unumstritten. Vielfach wird von Selbsthilfegruppen und engagierten Frauen mit Behinderung gefordert, daß für betroffene Frauen ein Recht auf „Frauenpflege“ eingeführt werden sollte, um mögliche Übergriffe und Verletzungen der Intimsphäre zu vermeiden. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, wie die von uns befragten Frauen mit Behinderung zu dieser Thematik stehen. Anhand einer schriftlich vorgegebenen Einstellungsskala von sechs unterschiedlichen Aussagen zu diesem Themenkreis sollte jeweils angekreuzt werden, ob die Frauen der Aussage eher zustimmen oder sie eher ablehnen.

Tab. 23: Einstellungen zur Pflege behinderter Frauen nach Region

Einstellungssitem (Mehrfachnennungen möglich)	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	Stimme eher zu	lehne eher ab	stimme eher zu	lehne eher ab
	Prozent	Prozent	Porzent	Prozent
Behinderte Frauen sollten ein grundsätzliches Recht auf Frauenpflege haben.	78,1	21,9	74,8	25,2
Es ist unzumutbar, daß behinderte Frauen durch Männer gepflegt werden.	40,3	59,6	40,7	59,3
Wenn die Qualität der Pflege stimmt, kann auch ein Mann eine behinderte Frau pflegen.	75,1	24,9	82,6	17,4
Das Geschlecht des Pflegepersonals ist völlig unerheblich.	60,3	39,7	71,1	28,9
Behinderte Frauen sollten grundsätzlich die Freiheit haben, zu wählen.	94,0	6,0	94,0	6,0
Das kommt ganz auf den Einzelfall an.	86,5	13,5	88,3	11,7

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Bringt man die Aussagen in eine Rangfolge der Zustimmung, so ergibt sich eine Abfolge der wichtigsten Einstellungen. Nahezu alle Frauen sind der Ansicht, daß

behinderte Frauen grundsätzlich die Freiheit haben sollten, zu wählen, ob sie von einem Mann oder einer Frau gepflegt werden. Sehr große Zustimmung findet auch die Aussage, daß dies auf den Einzelfall ankomme. Erst an dritter Stelle, aber mit 78%iger Zustimmung steht die Forderung „Behinderte Frauen sollten ein grundsätzliches Recht auf Frauenpflege haben.“ Allerdings sind mit 76,6% fast ebenso viele Frauen der Ansicht, daß auch ein Mann eine Frau pflegen kann, wenn die Qualität der Pflege stimmt. Daß das Geschlecht des Pflegepersonals völlig unerheblich sei, erhält die Zustimmung von 62,3% der Frauen mit Behinderung.

Am stärksten abgelehnt wird die Aussage, es sei unzumutbar, daß behinderte Frauen durch Männer gepflegt werden. Nur 40,3% stimmen dieser Einschätzung zu.

Frauen in den neuen Bundesländern stimmen den Aussagen, die eine Gleichheit von Mann und Frau betonen, stärker zu als Frauen in den alten Bundesländern - in den übrigen Bewertungen lassen sich keine Unterschiede zwischen Ost und West ausmachen.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß für Frauen mit Behinderung vor allem die Freiheit der Wahl einer Hilfs- oder Pflegeperson von Bedeutung ist, d.h. die größtmögliche Selbstbestimmung an allererster Stelle steht. Sehr große Bedeutung wird allerdings auch der gesetzlichen Verankerung eines „Rechts auf Frauenpflege“ und der „Qualität der Pflege“ beigemessen. Die überwiegende Mehrzahl der befragten Frauen schätzt diese Kriterien als wesentlich ein.

5.3 Bildung und Berufstätigkeit

5.3.1 Schulische und berufliche Ausbildung

Fast alle Frauen haben einen Schulabschluß an einer allgemeinen Schule absolviert. Nur 6,6% verfügen über einen Sonderschulabschluß und 3,4% haben gar keinen Schulabschluß. Dies entspricht den Ergebnissen der bereits zitierten Erhebung zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten in Deutschland aus dem Jahre 1992, die einen Anteil von 6,3% Frauen mit einem Sonderschulabschluß ausweist (Häußler u.a. 1996, 251).

Betrachtet man die Art des höchsten Schulabschlusses im einzelnen, so zeigt sich, daß nahezu die Hälfte der Frauen (46,2%) nur über einen Hauptschulabschluß verfügen, ein knappes Drittel (32%) einen Realschulabschluß vorweisen können und ein Fünftel (20%) schließlich Abitur oder Fachhochschulreife haben.

Tab. 24: Schulische Ausbildung

Art der Schule	absolut	Prozent
Allgemeine Schule	876	89,5
Davon: <i>Hauptschule (8. Klasse)</i>	405	46,2
<i>Realschule, mittlere Reife (10. Klasse)</i>	280	32,0
<i>Abitur, Fachhochschulreife</i>	182	20,8
<i>Sonstiger</i>	9	1,0
<i>Gesamt</i>	876	
Sonderschule	65	6,6
Davon: <i>Hauptschule (8. Klasse)</i>	28	43,1
<i>Realschule, mittlere Reife (10. Klasse)</i>	26	40,0
<i>Abitur, Fachhochschulreife</i>	5	7,7
<i>Sonstiger</i>	6	9,2
<i>Gesamt</i>	65	
Keinen Schulabschluß	33	3,4
Gehe noch zur Schule	5	0,5
Gesamt	979	100,0

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Frauen mit Behinderung verfügen häufiger über einen allgemeinen Schulabschluß als Männer mit Behinderung, die häufiger eine Sonderschule absolviert haben. Dieser Trend der besseren schulischen Qualifikation von behinderten Frauen in Deutschland konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (vgl. Infratest 1992, 16; Häußler u.a. 1996, 250/251). Die Studie zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten in Deutschland ermittelt 81,1% Frauen mit allgemeinem Schulabschluß gegenüber 67,7% Männern, während sich beim Sonderschulabschluß 6,3% Frauen und 16,1% Männer finden (ebenda). Allerdings ändert sich dieses Bild bei der Frage nach dem höchsten beruflichen Abschluß. Über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen Männer mit Behinderung etwas häufiger als Frauen mit Behinderung. In der „Schwerbehinderten-Studie“ von Infratest haben 75% der Männer im Vergleich zu 53% der Frauen eine abgeschlossene Berufsausbildung (Infratest 1992, 17).

Hinsichtlich der schulischen Qualifikation unterscheiden sich die Frauen unserer Stichprobe nicht von den zitierten Studien. Unterschiede bestehen jedoch hinsichtlich der beruflichen Qualifikation. Die überwiegende Mehrzahl der befragten Frauen haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. Nur 18,4% geben an, keinen beruflichen Abschluß zu haben. Bei den hier befragten Frauen handelt es sich demzufolge um eine Auswahlgruppe mit höherer beruflicher Qualifikation.

Tab. 25: Höchster beruflicher Abschluß

Höchster beruflicher Abschluß	absolut	Prozent
Sonderberufsschule	15	1,5
Lehre	338	34,8
Teilberufsabschluß	27	2,8
Berufsfachschule/Handelsschule	202	20,8
Meister/Technikerschule	18	1,9
Ingenieurschule/Fachhochschule	72	7,4
Hochschule	88	9,1
Beamtenausbildung	22	2,3
Anderen Abschluß	10	1,0
Ohne Abschluß	178	18,4
Gesamt	970	100,0

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

5.3.2 Beruf und Berufstätigkeit

Mehr als die Hälfte der Frauen mit Behinderung (55,6%) sind nicht erwerbstätig. Nur 44,4% gehen einer Berufstätigkeit nach. Aufgeschlüsselt nach Altersgruppen zeigen die 16- bis 20jährigen Frauen mit 25% die niedrigste Einbindung in den Arbeitsmarkt, gefolgt von den 50- bis 60jährigen, die zu 33,7% erwerbstätig sind. Die höchste Erwerbsbeteiligung haben 30- bis 40jährige mit 60,9%; 55,6% der 40- bis 50jährige und 50,8% der 20- bis 30jährigen sind erwerbstätig.

Wenn die Behinderung nach dem 45.Lebensjahr eingetreten war – hier dürfte es sich vor allem um Folgen von (chronischen) Krankheiten handeln – sind 29,5% der Befragten erwerbstätig. Bei einem Alter bei Eintritt der Behinderung von 31 bis 35 Jahren resp. 16 bis 30 Jahren sind 46% resp. 50,3% erwerbstätig. Die höchste Erwerbsbeteiligung mit 55,9% haben Frauen, bei denen die Behinderung vor dem 15.Lebensjahr eingetreten ist.

Die folgende Tabelle zeigt den Beschäftigungsstatus der Frauen.

Tab. 26: Beschäftigungstatus

	Absolut	Prozent
Erwerbstätig	427	44,4
Davon: <i>Regulärer Arbeitsplatz</i>	328	
<i>Geschützter Arbeitsplatz</i>	45	
<i>Werkstätte für Behinderte</i>	19	
<i>Selbständig/ Freiberuflich</i>	13	
<i>Sonstiges</i>	22	
Nicht erwerbstätig		
EU-Rentnerinnen	216	22,5
BU-Rentnerinnen	13	1,4
Rentnerinnen	19	2,0
Hausfrau	156	16,4
Arbeitslos	77	8,0
Ausbildung/Studium	18	1,8
Sonstiges	36	3,7
Gesamt	962	55,8,2

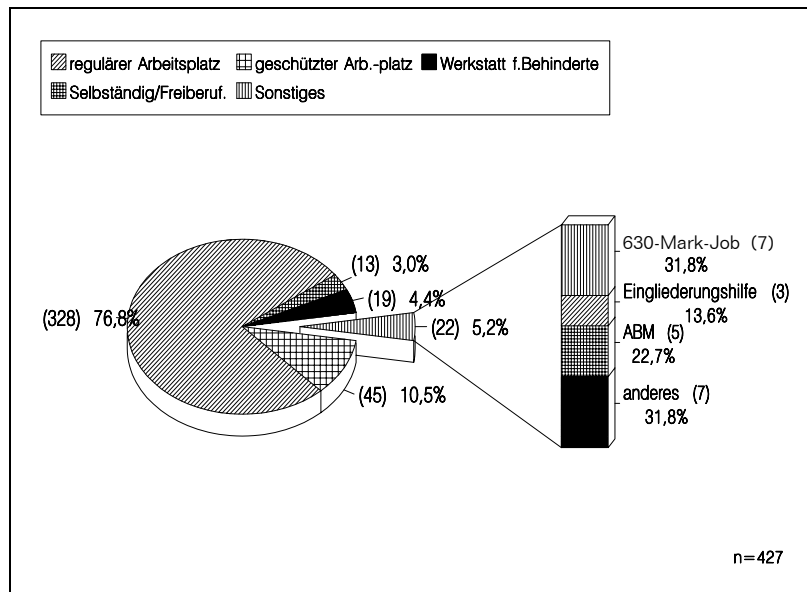
Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Vier Fünftel (79,8%) der Frauen, die erwerbstätig sind, haben einen regulären Arbeitsplatz oder sind selbständig bzw. freiberuflich tätig. Nur ein Fünftel dieser Gruppe arbeitet im Rahmen einer staatlich geförderten Maßnahme. Dabei handelt es sich bei 10,5% um einen geschützten Arbeitsplatz, bei 4,4% um eine Werkstatt für behinderte Menschen und weitere 5,2% entfallen auf ABM-Maßnahmen, Eingliederungshilfe, 630-Mark-Jobs u.ä.

Die jungen Frauen (16 bis 25 Jahre), die nicht erwerbstätig sind, befinden sich zu 60% in Ausbildung; 20% sind arbeitslos. Unter den 26- bis 45jährigen sind 36,1% Hausfrauen oder in Erziehungs-/ Mutterschaftsurlaub, 14,3% sind arbeitslos gemeldet und 42,9% sind (EU-, BU- und sonstige) Rentnerinnen. In der ältesten Altersgruppe der über 45jährigen sind 49,4% Rentnerinnen und 31,5% Hausfrauen.

Der Anteil der Arbeitslosen und derjenigen, die sich in Mutterschafts- oder Erziehungsurlaub befinden oder Hausfrauen sind, ist in allen Gruppen, die nach Alter bei Eintritt der Behinderung gebildet wurden, ähnlich groß. War die Behinderung vor dem 15.Lebensjahr eingetreten, waren nur 28,8% der Frauen Rentnerinnen, in allen anderen Gruppen nach Alter der Behinderung lag der Anteil der Rentnerinnen etwa bei 50%.

Abb. 9: Erwerbstätigkeit und Art der Beschäftigung



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. In (): absolute Zahlen. N=427.

Die Angaben zur Art des ausgeübten Berufes wurden codiert gemäß der Internationalen Standardklassifikation der Berufe (International Standard Classification of Occupation, ISCO), wie sie u.a. im Rahmen des Sozio-ökonomischen Panels verwendet wird. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der ausgeübten Berufe in unserer Stichprobe:

Tab. 27: Berufliche Tätigkeit nach Berufsuntergruppen

Berufliche Tätigkeit ⁴⁾ (nur Erwerbstätige)	absolut	Prozent
Bürokräfte u.ä.	70	16,4
Sonstige Berufe	66	15,5
Lehrkräfte	50	11,7
Medizinisches Personal, verwandte ärztliche Berufe	42	9,8
Keine Angabe	40	9,4
Unbestimmbare Berufe	37	8,7
Verwaltungsbedienstete	35	8,2
Buchhalterin, Kassiererin	27	6,3
Verkäuferin	13	3,0
Versicherungsvertreterin	12	2,8
Tätigkeit Inhaberin Handel	11	2,6
Verkaufsaufsicht, Einkauf	9	2,1
Bedienerin stationärer Anlagen	9	2,1
Gebäudereinigerin	6	1,4
Gesamt	427	100,0

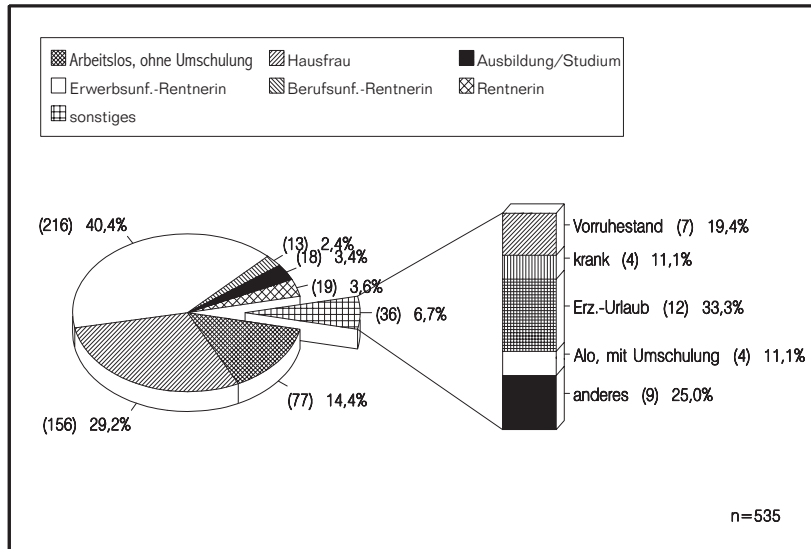
Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Bei einem Drittel der erwerbstätigen Frauen wurde entweder keine Angabe zur Art des Berufes gemacht oder die Angaben waren unbestimmbar. Die größte vertretene Berufsgruppe ist dem Bereich Büro- und Verwaltungstätigkeit zuzuordnen, die ebenfalls ca. ein Drittel der Erwerbstätigen ausmacht. 11,7% der berufstätigen Frauen sind Lehrkräfte und 9,8% arbeiten im medizinischen Bereich. Die übrigen Angaben verteilen sich auf die Bereiche Verkauf, Versicherungen, Bedienerin stationärer Anlagen und Gebäudereinigerin.

Mehr als die Hälfte (55,6%) der Frauen mit Behinderung sind nicht erwerbstätig. Die meisten von ihnen sind Erwerbsunfähigkeitsrentnerinnen (40,4%) oder Hausfrauen (29,2%). 14,4% der nicht erwerbstätigen Frauen sind arbeitslos. Die übrigen Frauen dieser Gruppe befinden sich in den unterschiedlichsten Lebenssituationen, wie z.B. Ausbildung/Studium, Vorruhestand/Rente, Erziehungsurlaub oder Umschulung.

⁴⁾ Codiert gemäß der Internationalen Standardklassifikation der Berufe (International Standard Classification of Occupation [ISCO]), wie sie u.a. auch vom Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) Mannheim und dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) im Rahmen des Sozio-ökonomischen Panels verwendet wird.

Abb. 10: Nichterwerbstätige nach sozialem Status



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. In (): absolute Zahlen. N=535.

5.3.3 Berufliche Rehabilitation

Knapp ein Fünftel (18,1%) der Frauen hat schon einmal an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation teilgenommen. Die Gründe für die Nichtteilnahme sind unterschiedlich. Hervorhebenswert erscheint, daß ein Viertel der Frauen als Grund angibt, nicht ausreichend darüber informiert zu sein. Ein knappes Drittel (30%) der Begründungen läßt sich dahingehend interpretieren, daß die Angebote nicht familienfreundlich und damit nicht frauenfreundlich sind, wie z.B. „hätte meine Familie verlassen müssen“, „kein Angebot am Wohnort“ und „kein Angebot für Teilzeitarbeit“. 36,5% haben sich nicht dafür interessiert und insgesamt 12,7% hatten keinen rechtlichen Anspruch bzw. wurden abgelehnt. „Gesundheitliche Gründe“ waren das wichtigste Argument derjenigen Frauen, die „andere“ Gründe geltend gemacht und diese auch schriftlich erläutert hatten. Die folgende Tabelle zeigt die Begründungen im einzelnen:

Tab. 28: Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation und Grund für Nichtteilnahme

Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation	absolut	Prozent
Ja	165	18,1
Nein	746	81,9
Gesamt	911	100,0
Grund für die Nichtteilnahme	absolut	Prozent
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>		
Weil ich mich nicht dafür interessiert habe	272	36,5
Weil ich nicht ausreichend darüber informiert bin	181	24,3
Weil ich keinen rechtlichen Anspruch darauf habe	74	9,9
Weil ich meine Familie ...hätte verlassen müssen	58	7,8
Weil es kein Angebot nahe an meinem Wohnort gab	38	5,1
Weil es kein Angebot für Teilzeitarbeit gab	29	3,9
Weil die finanzielle Absicherung zu gering war	24	3,2
Weil die Maßnahme nicht bewilligt wurde	21	2,8
Weil ich ... in einem Wohnheim hätte leben müssen	4	0,5
Andere Gründe	65	8,7

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Insgesamt zeigt sich, daß mit Ausnahme der Frauen, die sich nicht für eine Reha-Maßnahme interessiert haben oder gesundheitliche Gründe nannten, alle weiteren Begründungen der Nichtteilnahme auf die „frauenfeindliche“ und lebensferne Struktur der beruflichen Rehabilitation und mangelnde Information verweisen. Eine genauere Untersuchung der schlechten Nutzung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation durch Frauen mit Behinderung ist auf der Basis der vorliegenden Daten nicht möglich. Hier ist weitere Forschung dringend nötig.

5.4 Frauenspezifische Erfahrungsbereiche

5.4.1 Verhütung und Erfahrungen mit Frauenärzten und -ärztinnen

Gut ein Drittel (35,4%) der befragten Frauen wendet eine Verhütungsmethode an. Frauen, die keine Verhütung praktizieren, sind zum größten Teil (68,6%) älter als 50 Jahre und entweder bereits in der Menopause oder hatten eine Gebärmutter- oder Totaloperation. 16,9% geben als Grund für die Nichtverhütung an, keinen Partner zu haben; bei 5,5% ist der Partner sterilisiert. Einige Frauen verhüten nicht, weil sie sich ein Kind wünschen (2,7%) bzw. schwanger (0,9%)

sind; andere geben an, lesbisch (0,7%) zu sein oder aus Glaubensgründen (0,7%) nicht zu verhüten.

Tab. 29: Art der Verhütung im Vergleich LIVE-Erhebung und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

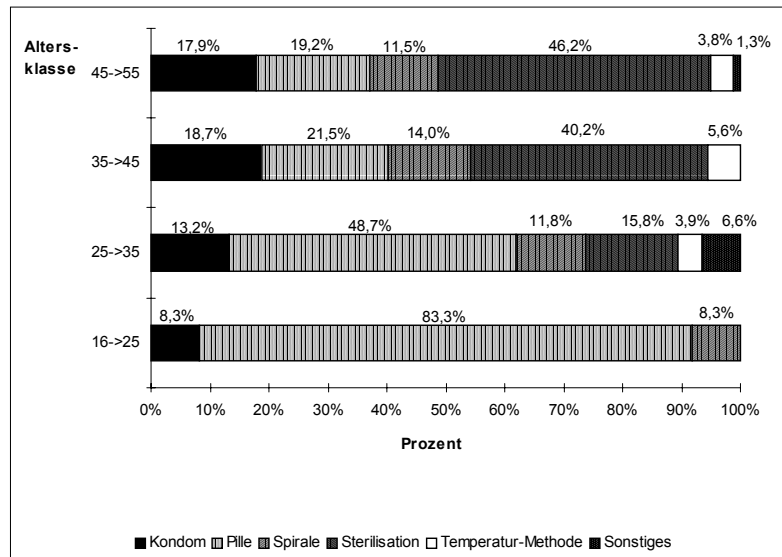
Art der Verhütung (bezogen auf die, die Verhütung angeben) <i>Mehrfachnennungen möglich</i>	LIVE 16 bis 60 Jahre		BzgA 1992 (Prozent) 16 bis 65 Jahre
	absolut	Prozent	
Sterilisation der Frau	116	35,9	4,0
Sterilisation des Mannes			1,0
Pille	102	31,6	65,0
Kondom	49	15,2	25,0
Spirale	37	11,5	5,0
Temperaturmethode	12	3,7	2,0
Sonstiges	7	2,2	12,0
Gesamt	207	64,2	40,4

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987, BzgA (1992)

Die am häufigsten praktizierte Verhütungsart ist die Sterilisation. Gut ein Drittel der Frauen, die eine Verhütungsmethode anwenden, sind sterilisiert. Fast ebenso viele (31,6%) benutzen die Pille. Kondome sind die mit 15,2% die dritthäufigste Methode der Kontrazeption und die Spirale steht mit 11,5% an vierter Stelle der Präferenz. Nur sehr wenige Frauen (3,7%) praktizieren die Temperaturmethode. Hinsichtlich der praktizierten Verhütungsmethoden zeigen sich somit große Unterschiede im Vergleich zu Frauen ohne Behinderung. Eine Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 1990 ermittelt für die alten Bundesländer einen Anteil der Pillennutzerinnen unter den 16- bis 65jährigen Frauen, die verhüten, von 65% (BzgA 1992, 42). Nur 4% der Frauen (alle Altersgruppen zusammengefaßt) gaben an, selbst sterilisiert zu sein. Kondome werden in allen Altersgruppen zu mehr als 20% verwendet. Alle anderen Verhütungsmethoden und -mittel werden selten verwendet. Wird der Anteil nicht auf diejenigen, die verhüten, sondern auf die Gesamtstichprobe berechnet, so sind 11,8% der Frauen sterilisiert.

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Art der Verhütung und dem Alter der Frauen. Jüngere Frauen bevorzugen die Pille und die älteren Frauen sind in der Mehrzahl sterilisiert. Während die Frauen unter 25 Jahren zu 83,3% die Pille einnehmen, gewinnt bereits in der Altersgruppe der 35- bis unter 45jährigen die Sterilisation mit 40,2% der Frauen dieser Gruppe die wichtigste Bedeutung. Von den Frauen zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr sind dann 69,4% sterilisiert. Die Anteile der Frauen, die Kondome benutzen oder eine Spirale präferieren, sind in der verhütungsrelevanten Lebenszeit von 25 bis 55 Jahren relativ konstant. Die folgende Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang zwischen der Art der Verhütung und dem Alter der Frauen.

Abb. 11: Art der Verhütung nach Altersklassen



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=321.

Unterschiede zu Frauen ohne Behinderung zeigen sich hinsichtlich der großen Bedeutung der Sterilisation als Verhütungsmethode für Frauen mit Behinderung. Allgemein ist das Verhütungsverhalten von Frauen altersabhängig: In den jüngeren Jahren werden häufiger Pille und Kondom genutzt und ab dem 40. Lebensjahr gewinnt die Sterilisation an Bedeutung (Begenau/Helfferich 1997, 40). Allerdings beträgt der Anteil sterilisierter Frauen in der Altersgruppe der 40- bis 49jährigen nur 9% (ebenda), während in der vorliegenden Untersuchung in der Gruppe der 45- bis 55jährigen 46,2% sterilisiert sind.

Kann man sagen, diese Frauen wurden zwangssterilisiert? 87,9% der Frauen mit einer Sterilisation haben Kinder. 26,7% haben ein Kind, 41,4% zwei Kinder und 19,8% drei oder mehr Kinder. Zu einer Einschätzung läßt sich auch heranziehen, ob die sterilisierten Frauen sich stärker im Bereich der Mutterschaft eingeschränkt fühlen als andere Frauen (vgl. Kap. 5.5.1). Dies ist nicht der Fall: 62,9% fühlen sich nicht eingeschränkt verglichen mit 50% bei der Gruppe der Frauen, die mit anderen Methoden verhüten. Das heißt: Die befragten Frauen lassen sich überwiegend erst dann sterilisieren, wenn sie Kinder haben. In den mündlichen Interviews wurde das Thema aufgegriffen und auch dort zeigt sich, daß Frauen hier eine Entscheidung treffen und nicht zu einer Sterilisation gezwungen werden (vgl. Kap. 6.6.3). Dennoch bleibt unabhängig von der Entscheidungskraft der Frauen das Faktum einer krassen Ungleichbehandlung bestehen: Ärzte und Ärztinnen sind offenbar wesentlich eher zu einer Sterilisation bei einer behinderten Frau bereit als bei einer Frau ohne Behinderung.

Von den 129 Frauen - 13,1% der gesamten Stichprobe -, die angegeben hatten, nicht zu verhüten, weil sie eine Hysterektomie oder eine Totaloperation hatten, haben 84,6% Kinder. Knapp zwei Drittel der Frauen mit einer solchen Operation sind älter als 50 Jahre, ein weiteres knappes Drittel zwischen 40 und 50 Jahre alt.

Von Frauen mit Behinderung wird häufig über demütigende Erfahrungen bei Frauenärzten und -ärztinnen im Zusammenhang mit Sexualität Verhütung oder Kinderwunsch berichtet. Allerdings wurde dies bislang niemals statistisch überprüft. Der Fragebogen unserer Erhebung enthielt daher eine Liste solcher Erfahrungen mit der Bitte an die befragten Frauen, jeweils anzukreuzen, ob sie diese Erfahrung schon einmal gemacht hätten. Insgesamt hatten 12,1% der Frauen mit Behinderung schon ein- oder mehrmals solche Erfahrungen mit Frauenärzten und -ärztinnen gemacht.

Bei einer genaueren Betrachtung ist es sinnvoll, diejenigen Frauen aus der Berechnung herauszunehmen, die 45 Jahre und älter waren, als die Behinderung eintrat. Von den verbleibenden Frauen hatten 85 Frauen eine der entsprechenden Erfahrungen angegeben, was einem Anteil von 13% entspricht. Für die einzelnen Fragen konnte jeweils auch die Antwort „trifft nicht zu“ angekreuzt werden. In der folgenden Tabelle werden die Anteile für jede einzelne Erfahrung auf diejenigen bezogen, die nicht angekreuzt haben „trifft nicht zu“, sondern die mit Nein oder Ja geantwortet haben, und die jünger als 45 Jahre bei Eintritt der Behinderung waren. Die Sichtbarkeit der Behinderung hatte keinen Einfluß auf diese Diskriminierungserfahrungen.

Tab. 30: Erfahrungen mit Frauenärzten und -ärztinnen, Frauen unter 45 Jahren bei Eintritt der Behinderung

Erfahrung	absolut	Prozent*
<i>Geantwortet haben von denen, auf die die Frage zutraf (Angabe n in Klammern), mit Ja:</i>		
Mein Kinderwunsch wurde ablehnend behandelt. (n=285)	35	12,3
Mir wurde als Verhütung ungefragt die Sterilisation angeboten. (n=329)	27	8,2
Mir wurde vermittelt, daß ich ohnehin keine Verhütung bräuchte. (n=300)	16	5,3
Mir wurde bei einer Schwangerschaft sofort die Abtreibung empfohlen. (n=275)	26	9,5
Mir wurde bei einer Schwangerschaft grundlos eine humangenetische Beratung nahegelegt. (n=261)	8	3,1
Mir wurden sexuelle Bedürfnisse abgesprochen. (n=306)	8	3,6
Erfahrungen insgesamt	absolut	Prozent
Eine	60	70,6
Zwei	17	20,0
drei und mehr	8	9,4
Gesamt	85	100,0

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen, N=85

* berechnet auf diejenigen, die bei dem entsprechenden Item mit Ja oder Nein geantwortet haben. Da der prozentuale Anteil derer, die „trifft nicht zu“ geantwortet haben und die damit aus der Berechnung herausfallen, bei jeder Frage unterschiedlich groß ist, ist die Grundgesamtheit, auf die die absoluten Zahlen prozentuiert werden, bei jedem Item unterschiedlich.

Mehr als zwei Drittel (73,1%) der befragten Frauen sind der Ansicht, daß in der Öffentlichkeit negative Vorurteile gegenüber der Mutterschaft behinderter Frauen existieren. Frauen, die eigene Kinder haben, sind etwas häufiger dieser Ansicht, als die übrigen Frauen. Ost-West-Unterschiede gibt es in dieser Hinsicht nicht.

5.4.2 Sexuelle Gewalt und sexuelle Belästigungen

Die Frage „Sind Sie selbst schon einmal gegen Ihren Willen zum Geschlechtsverkehr oder einer anderen sexuellen Handlung gezwungen worden?“ wurde von 10% der Frauen mit Behinderung bejaht. Dabei handelte es sich überwiegend um eine Person aus dem nahen sozialen Umfeld (80,4%), d.h. aus der Familie oder dem guten Bekanntenkreis. Nur bei einem Fünftel (19,6%) der Frauen waren der oder die Täter fremde Personen.

Mit dem Alter der Befragten nimmt die Nennung von Vergewaltigungserfahrungen von 13,2% bei den unter 25jährigen auf 5,9% bei den 55- bis 60jährigen ab. Auch anderen Opferbefragungen berichten, daß ältere Menschen seltener Gewalterfahrungen angeben.

Unterscheiden sich Frauen, die von Geburt an behindert waren, bezogen auf Vergewaltigungserfahrungen von Frauen, bei denen die Behinderung später im Leben eingetreten ist? Zunächst gilt, daß bei einer Einteilung in Altersgruppen bei Eintritt der Behinderung (von Geburt an, von Geburt an bis unter 15 Jahre, 15 bis 25 Jahre, 25 bis 35 Jahre etc.) die Altersgruppen bis 35 Jahre relativ konstante Anteile von Betroffenheit aufweisen, die zwischen 12,9% und 15,3% liegen. Trat die Behinderung nach dem 35. Lebensjahr ein, fällt der Anteil auf 7,4%. Allerdings ist das Alter bei Eintritt der Behinderung seinerseits vom Alter zum Befragungszeitpunkt abhängig und unter Kontrolle des Alters der Befragten verschwindet die Bedeutung, die dem Zeitpunkt der Behinderung im Leben zukommt.

War die Behinderung sichtbar, so gaben 11,1% an, schon einmal zu sexuellen Handlungen gezwungen wurden zu sein; war sie nicht sichtbar, betrug der Anteil der Betroffenen 8,2%. Dieser Zusammenhang ist aber nicht signifikant und zudem wieder altersabhängig, da insbesondere die Jüngeren einen höheren Anteil an sichtbaren Behinderungen haben

Eine Einordnung des Ergebnisses von 10% von sexualisierter Gewalt betroffener Frauen ist schwierig. Eine Synopse der empirischen Prävalenzforschung zu sexueller Gewalt (Helfferich u.a. 1994, vgl. BMFSFJ 1997) zeigt die Schwierigkeit, verlässliche Aussagen für einen Vergleich zu finden, da in den nationalen und internationalen Studien die Fragestellungen unterschiedlich formuliert sind und der Zeitraum, auf den sich die Frage nach Gewalterfahrungen bezieht, variiert. Zudem müssen Verzerrungsfaktoren der Stichprobe und der Erhebung berücksichtigt werden und nicht zuletzt ist ein Dunkelfeld von beträchtlichem Ausmaß anzunehmen. Die verlässlichsten Angaben, die zum Vergleich herangezogen werden können, stammen aus einer repräsentativen Opferbefragung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) von 1991 (BMFSFJ 1995 und Wetzels et al. 1995). Bei der engeren Formulierung „*Hat Sie schon einmal jemand mit Gewalt oder unter Androhung von Gewalt gegen Ihren Willen zum Beischlaf oder zu beischlafähnlichen Handlungen gezwungen oder versucht das zu tun?*“ antworteten in einem mündlichen Interview 4% der Frauen, eine solche Erfahrung irgendwann in ihrem Leben gemacht zu haben. In einem selbst auszufüllenden Zusatzfragebogen, der anonym abgegeben wurde, wurde ausdrücklich der Bereich von Gewalt in engen sozialen Beziehungen angesprochen („*Hat jemand, mit dem Sie verwandt sind oder mit dem Sie zusammengelebt haben...*“). Dadurch wurden weitere Betroffene identifiziert, die in der mündlichen Befragung keine Gewalterfahrungen angegeben hatten, und die Rate der Frauen, die Opfer einer (versuchten) Vergewaltigung oder Nötigung geworden waren, stieg auf 8,8% bei den 20- bis 60jährigen (BMFSFJ 1995, 9). In dem anonymen Fragebogen wurden vor allem Delikte im häuslichen Nahbereich und solche, die nicht angezeigt worden waren, zusätzlich erwähnt. Insgesamt hatten zwei Drittel der sexualisierten Gewalt in vertrauten und familiären Beziehungen stattgefunden (ebenda, 17).

Da in der vorliegenden Studie nicht ausdrücklich auch der familiäre Rahmen als Tatort erfragt wurde, sollte die Größe von 4% als Vergleichsmaßstab herangezogen werden. Aber aufgrund der weiter gefaßten Frageformulierung - die aus-

drückliche Anwendung von Gewalt war kein Kriterium - sind höhere Nennungen zu erwarten als bei der KFN-Studie. Andere Studien zeigen z.T. höhere Raten, insbesondere solche, die insgesamt zum Thema „(sexualisierte) Gewalt“ oder in studentischen Gruppen durchgeführt wurden. Dabei ist z.T. von besonderen Teilnahmemotivationen und einer spezifischen Stichprobe auszugehen. Bei einer identischen Frageformulierung wie in der vorliegenden Studie bejahten 12,3% der im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung der Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen befragten Freiburger Bürgerinnen entsprechende Gewalterfahrungen (Helfferich et al. 1994, 14).

Die Angaben von 10% der Befragten in der vorliegenden Stichprobe, sexuelle Gewalt in der erfragten Form bereits erlebt zu haben, liegt in der Spannweite der sonstigen Untersuchungsergebnisse, so daß zumindest nicht bestätigt wurde, daß Frauen mit Behinderung in dieser Hinsicht wesentlich häufiger als Frauen ohne Behinderung betroffen sind. Das ist insofern auch plausibel, als bei einem durchschnittlichen Alter von 30,4 Jahren bei Eintritt der Behinderung (vgl. Kap. 5.1.2) und bei der Formulierung, ob die Frauen jemals in ihrem Leben sexuelle Gewalt erfahren haben, ein Teil der Gewalterfahrungen für einige Frauen in eine Lebenszeit vor einer Behinderung fallen dürfte. Damit erfaßt die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung nur zum Teil die Problematik der sexuellen Gewalt gegen Frauen mit Behinderung.

Zu erinnern ist auch daran, daß die Befragten nicht in Heimen und sonstigen Einrichtungen leben. Die Ergebnisse widersprechen *nicht* der berichteten hohen Betroffenheit von Frauen mit geistiger Behinderung und von Frauen, die in Heimen leben. Nach den Ergebnissen von Zemp/Pircher (1996) hat mehr als jede zweite Frau in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung einmal oder mehrmals in ihrem Leben sexuelle Gewalt erfahren. Hier ist dringend weitere Forschung notwendig.

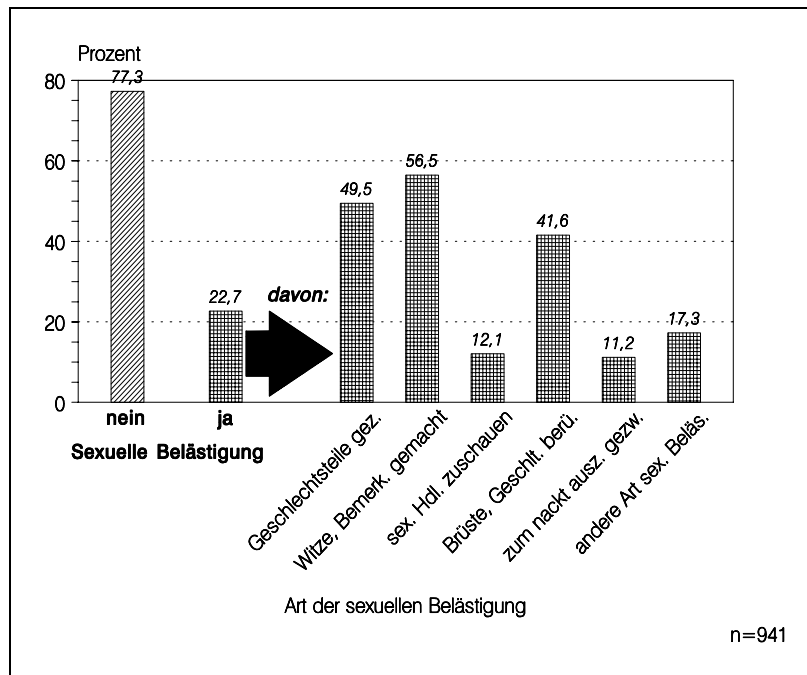
Eine zweite Frage wurde mit der Formulierung gestellt: „*Wurden Sie schon einmal sexuell belästigt, indem jemand gegen Ihren Willen...*“ und dazu eine Reihe von Möglichkeiten zum Ankreuzen angeboten, die solche Situationen umfassen können (jemand hat seine/ihre Geschlechtsteile gezeigt, anzügliche Witze oder Bemerkungen gemacht, zum Zuschauen bei sexuellen Handlungen gezwungen, die Brüste oder Geschlechtsteile der Befragten auf unangenehme Weise berührt, zum nackt Ausziehen gezwungen oder auf andere Weise sexuell belästigt). Es zeigt sich, wie stark die Antworten von der Frageformulierung abhängen und davon, was die Befragten als sexuelle Gewalt definieren, denn hier liegen die Angaben zu entsprechenden Erfahrungen mit 22,7% der Befragten doppelt so hoch wie bei der Frage, bei der der Zwang zu „Geschlechtsverkehr oder anderen sexuellen Handlungen“ erfragt worden war, obwohl diese Erfahrungen ebenfalls Gewaltcharakter haben. Abbildung 12 zeigt, wie sich die Erfahrungen im einzelnen verteilen: Bezogen auf die Gruppe derer, die sexuell belästigt wurden, gaben 56,5% anzügliche Witze und Bemerkungen; 49,5% das ungefragte Zeigen von Geschlechtsteilen und 41,6% die unangenehme Berührung ihrer Brüste oder Geschlechtsteile an. Bei sexuellen Handlungen zuschauen mußten 12% der belästigten Frauen und 11,2% wurden gezwungen, sich nackt auszuziehen. Ande-

re, nicht näher bezeichnete sexuelle Belästigungen machen 17,3% der Erfahrungen dieser Art aus.

Auch in der KFN-Studie wurde auf den Unterschied hingewiesen, ob eine offene summarische Frage nach Erfahrungen gestellt wird, die die Befragten mit ihrer eigenen Definition von „sexueller Handlung“ oder „Geschlechtsverkehr“ und „Zwang“ ausfüllen, oder ob eine Liste von Vorgaben vorgelegt wird, die angekreuzt werden können. Eine Liste erfaßt exakter leichtere Gewaltakte, die offene Frage ist sensibler bei schwereren Formen (sexualisierter) Gewalt. Vier der Vorgaben beinhalten ein Moment des Zwanges (Zwang, sexuelle Handlungen zuzuschauen, Zwang, sich nackt auszuziehen) oder eine unangenehme Handlung war (...auf unangenehme Weise berührt). Das Zeigen von Geschlechtsteilen fällt unter Exhibitionismus. Diese vier Aspekte hätten im Prinzip auch unter die Kategorie „zu anderen sexuellen Handlungen gezwungen“ genannt werden können.

Ein Vergleich der Antworten auf die unterschiedlichen Fragevorgaben zeigt, daß 11,7% derjenigen, die keine Erfahrungen bei der Einzelfrage angegeben hatten, eine der vier oben genannten Vorgaben ankreuzten. Sie hatten also Erfahrungen gemacht, die durchaus gewaltförmig sind, diese aber nicht unter „zu anderen sexuellen Handlungen gezwungen“ eingeordnet. Diese 101 Frauen machen 10,6% der Gesamtstichprobe aus. Läßt man die Kategorie „Witze und anzügliche Bemerkungen“ und „andere Formen der sexuellen Belästigung“ weg und addiert diese 10,6% zu den 10% Opfern von Vergewaltigung und sexueller Nötigung (aus der Einzelfrage) dann haben 20,6% der Befragten eine versuchte oder vollzogene Vergewaltigung erlebt oder wurden gezwungen, sich nackt auszuziehen oder sexuellen Handlungen zuzuschauen, oder sie wurden auf unangenehme Weise an den Geschlechtsteilen berührt oder ihnen wurden Geschlechtsteile vorgezeigt.

Abb. 12: Sexuelle Belästigungen und Art der Belästigung



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=941.

Gerade der Unterschied zwischen den Antworten auf die Frage nach erzwungenen sexuellen Handlungen und nach sexueller Belästigung erfordert eine differenziertere Forschung, als sie hier mit einer in einem großen Fragebogen „mitlaufenden“ Frage geleistet werden kann. Einbezogen werden muß eine Analyse, wie Frauen mit Behinderung Gewalt wahrnehmen, und wie sie mit einem Anspruch auf körperliche und seelische Unversehrtheit für Übergriffe sensibilisiert sind (vgl. Kap. 6.7).

5.5 Behindert-Sein und Behindert-Werden

5.5.1 Gefühle der Abhängigkeit

Auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen und dadurch auch abhängig zu sein, wird von vielen Menschen mit Behinderung als belastend empfunden. Schließlich stellt die Balance zwischen Selbständigkeit in der Lebensführung und Abhängigkeit von sozialen Beziehungen ein zentrales Thema menschlicher Lebensgestaltung dar. Dieser Balanceakt ist für viele Menschen mit Behinderung

besonders schwierig, weil sie ihren Alltag nur mit der Hilfe und Unterstützung anderer Menschen gestalten können. Für Frauen kann diese Situation besonders schwierig sein, denn sie sind eher gewohnt, für andere zu sorgen, als von der Fürsorge anderer abhängig zu sein (vgl. Kap. 6.4.3).

Die Hälfte der befragten Frauen kennt Situationen, in denen sie sich aufgrund ihrer Behinderung besonders abhängig von anderen Personen fühlen. Die übrigen Frauen haben solche speziellen Gefühle der Abhängigkeit nicht erlebt. In der Untersuchung von Häußler u.a. (1996, 289) empfanden nur 36,2% der befragten Männer und Frauen bei derselben Frage keine besondere Abhängigkeit (32,8% der Frauen und 41,5% der Männer).

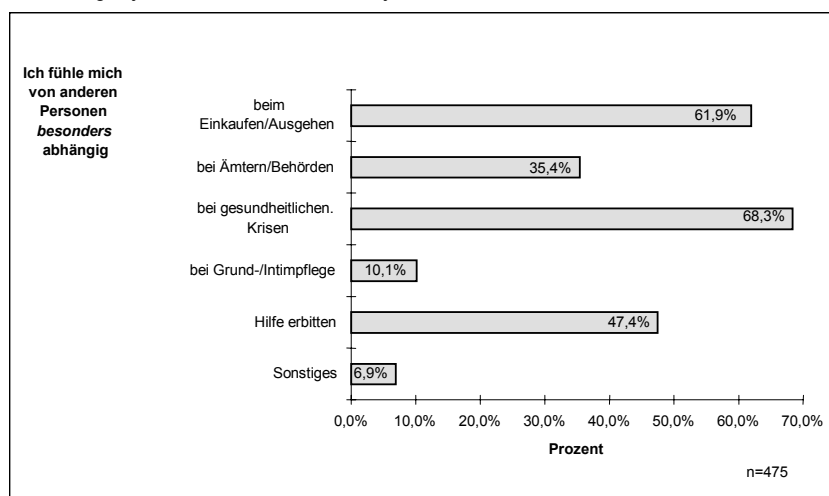
Die Frauen der hier dargestellten Studie sind offenkundig selbständiger oder selbstbestimmter in ihrer Lebensführung als die Probanden der früheren Erhebung.

Die folgende Abbildung beschreibt die Situationen, in denen sich die Frauen besonders abhängig von anderen Menschen fühlen:

Abb. 13: Situationen besonderer Abhängigkeit

Frage: *Gibt es Situationen, in denen Sie sich aufgrund Ihrer Behinderung als besonders abhängig von anderen Personen empfinden?*

Antwortmgl. *ja/nein/trifft nicht zu. Hier nur: ja.*



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=475.

Gesundheitliche Krisen und Probleme beim Einkaufen oder Ausgehen sind die häufigsten Lebenssituationen, in denen sich die Frauen mit Behinderung von anderen Menschen abhängig fühlen. Jeweils ca. zwei Drittel der Frauen, die Gefühle der Abhängigkeit kennen, benennen diese Lebensbereiche. Knapp die

Hälfte der Frauen dieser Gruppe empfindet das Gefühl als belastend, *„ständig Hilfe erbitten zu müssen“*. Gut ein Drittel fühlt sich bei Ämtern und Behörden abhängig und hilflos und nur ca. 10% empfinden diese Gefühle bei der Grund- und Intimpflege. Im Unterschied zur Untersuchung von Häußler u.a. (1996, 289) bilden gesundheitliche Krisen in der vorliegenden Studie mit die wichtigsten als belastend empfundenen Lebenssituationen. In der früheren Erhebung wurden gesundheitliche Krisen von den befragten Frauen erst an vierter Stelle genannt. In der übrigen Rangfolge der Lebenssituationen, in denen sich Frauen mit Behinderung besonders abhängig von anderen fühlen, zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Erhebungen. Die große Bedeutung gesundheitlicher Krisen für Gefühle der Abhängigkeit in der hier dargestellten Studie muß aus statistischer Sicht als valideres Ergebnis gewertet werden, da die Untergruppe von Frauen mit Behinderung in der früheren Untersuchung vergleichsweise gering besetzt war.

Nur wenige Frauen (6,9%) nannten weitere als die aufgeführten zentralen Lebenssituationen, bei denen die Abhängigkeit von anderen aufgrund der Behinderung besonders deutlich erlebt wird. Beispielhaft seien im folgenden drei Ausführungen von sinnesbehinderten Frauen zitiert, die in anderen Situationen Hilflosigkeit und Abhängigkeit empfinden:

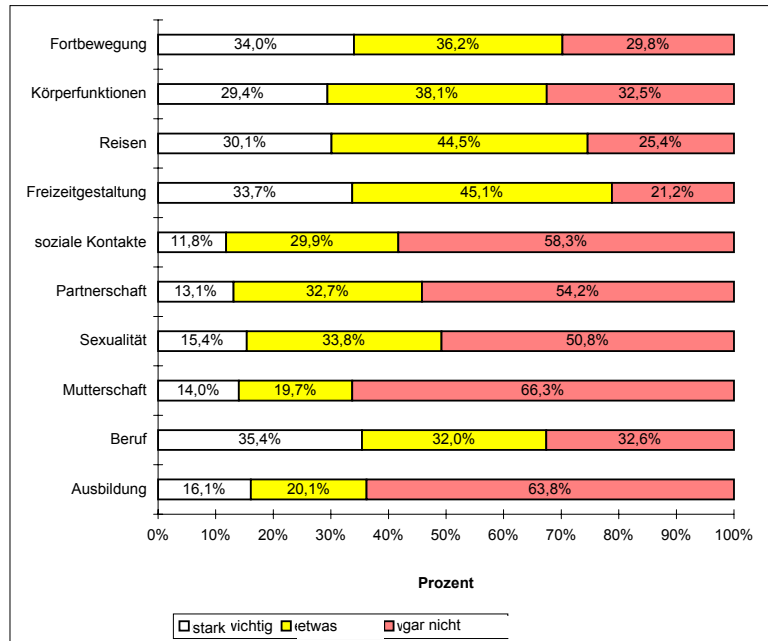
„Alles das, was mit Hören und Sehen zusammenhängt. Dabei spielen Aussprache und Abstand eine Rolle.“

„Kleingedrucktes, Infotafeln visueller Kommunikation machen hilflos. Fahrpläne von Bus und Bahn sind so gut wie unlesbar.“

„Verständigung, Telefonieren, Bescheid sagen, Krankmeldungen, Schulauskunft, Kindergartenanruf.“

Frauen mit Behinderung werden in vielen Lebensbereichen beeinträchtigt. Dies zeigen die Antworten auf die Frage: *„In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Behinderung „stark“, „etwas“ oder „gar nicht“ beeinträchtigt?“* Dazu wurden zehn verschiedene Lebensbereiche schriftlich vorgegeben und die Frauen wurden gebeten, jeweils anzukreuzen wie sie dies empfinden. Das folgende Schaubild verdeutlicht das diesbezügliche Einschätzungsprofil:

Abb. 14: Lebensbereiche mit Beeinträchtigung



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987

Es gibt offenkundig keinen Lebensbereich, in dem sich niemand „stark“ beeinträchtigt fühlt. Es gibt immer einige Frauen, die mit starken Beeinträchtigungen leben. Vergleicht man die einzelnen Häufigkeiten, mit denen jeweils starke Beeinträchtigungen genannt werden, so zeigt sich, daß die schwierigsten Lebensbereiche diejenigen sind, die mit körperlicher Beweglichkeit und Mobilität verbunden sind. Etwa ein Drittel der Frauen empfindet sich aufgrund der Behinderung stark beeinträchtigt in den Lebensbereichen Beruf, Fortbewegung, Freizeitgestaltung und Reisen. Umgekehrt sind die Bereiche Mutterschaft, Ausbildung und soziale Kontakte diejenigen Lebensbereiche, in denen sich fast zwei Drittel der Frauen gar nicht eingeschränkt fühlen. Allerdings gibt es immer Frauen, die auch in diesen Bereichen starke Beeinträchtigungen erleben.

5.5.2 Diskriminierungserfahrungen

Behindert zu sein oder als behindert zu gelten, impliziert eine Abweichung von gesellschaftlich definierter Normalität. Diese Abweichung kann mit sozialer Ablehnung oder gar Stigmatisierung einhergehen. Diskriminierende Erfahrungen im alltäglichen Umgang mit anderen sind daher für viele Menschen mit Behinderung

fester Bestandteil ihrer Lebenssituation. Ca. zwei Drittel (64,8%) der befragten Frauen haben bereits im Alltag solche diskriminierenden Erfahrungen gemacht. Sie wurden ungefragt geduzt oder angefaßt, ignoriert oder einfach nicht für "voll" genommen, unverhohlen angestarrt oder gar direkt beschimpft.

Tab. 31: Diskriminierungserfahrungen

Diskriminierungserfahrung	ja, häufig		ja, selten	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>				
... unverhohlen anstarren	155	17,0	255	27,9
... ungefragt duzen	101	11,4	249	28,1
... nicht „für voll nehmen“	69	7,8	178	20,0
... ignorieren	61	7,0	174	19,9
... ungefragt anfassen	34	3,9	141	16,0
... beschimpfen	23	2,6	88	10,1
Diskriminierungserfahrungen insgesamt	absolut		Prozent	
eine	228		23,8	
zwei	142		14,8	
drei und mehr	251		26,2	
keine	338		35,2	
Gesamt	959		100,0	

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987, (Antwortmöglichkeiten: ja, häufig/ja, selten/nein, nie. Hier nur: ja, häufig/ja, selten.)

Einige der Erfahrungen machen vor allem Frauen, deren Behinderung sichtbar ist: Sie werden signifikant häufiger unverhohlen angestarrt, ignoriert oder nicht für voll genommen. Ein Viertel der Frauen mit einer sichtbaren Behinderung gibt z.B. an, häufig angestarrt zu werden; ist die Behinderung nicht sichtbar, sind es 3,8%. Auch besteht ein Zusammenhang zwischen den Diskriminierungserfahrungen und dem Alter bei Eintritt der Behinderung. Je jünger die Befragten waren, als die Behinderung eintrat, desto eher nennen sie Anstarren, Ignorieren, nicht für voll Nehmen und Beschimpfen als Erfahrung. Wurden z.B. 13,6% der Frauen, die seit einem jüngeren Alter als 15 Jahre behindert wurden, nicht für voll genommen, waren dies bei den Frauen, die zum Behinderungszeitpunkt älter als 45 Jahre waren, nur 3,8%. (Beide Einflußfaktoren hängen miteinander zusammen: Behinderungen von Geburt oder Kindheit an sind signifikant häufiger sichtbar.)

Regelmäßige Arztbesuche und andere medizinisch-technische oder therapeutische Maßnahmen gehören für viele Menschen mit Behinderung zum Alltag. Über demütigende Erfahrungen in diesem Zusammenhang berichtet knapp ein Fünftel (18,3%) der befragten Frauen. Gut die Hälfte (55,1%) dieser Frauen hat die Erfahrungen ausführlicher beschrieben.

Tab. 32: Demütigende Erfahrungen im Umgang mit Ärzten, Ärztinnen und medizinischem Personal

Erfahrungen	Prozent
n= 174	
Plumpe Sprüche, böse Kommentare, fehlende Empathie	27,4%
Beschwerden nicht akzeptiert, als "Simulantin" abgestempelt	24,2%
Als Mensch nicht für voll genommen, wie ein "Idiot" behandelt worden	22,2%
Unqualifizierte fachärztliche Untersuchung, grobes schmerzhaftes Anfassen	17,8%
Sexuelle Demütigungen, "nackt" zur Schau gestellt	8,4%

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Die dargestellten demütigenden und erniedrigenden Erfahrungen mit Medizinerinnen und medizinischem Personal verweisen auf die doppelte Diskriminierung von Frauen mit Behinderung: auf die mangelnde zwischenmenschliche und soziale Akzeptanz von Menschen mit Behinderung allgemein und die spezielle Nichtakzeptanz bzw. Herabwürdigung von Sexualität und Frausein. Die geschilderten Erlebnisse sind zum Teil erschütternd und zeichnen ein zweifelhaftes Bild des medizinischen Berufsstands was den Umgang mit behinderten Menschen betrifft. Im folgenden werden exemplarisch einige Schilderungen aufgeführt:

"Hautarzt hat sich meiner Tochter und mir gegenüber so geäußert, bei Hitler hätte man uns vergast. Es ging bei meiner Tochter um eine genetische Untersuchung zwecks Heirat und Kinderwunsch".

"Wegen Schmerzen wollte ich untersucht werden, keinen neuen Termin erhalten, bin dabei beleidigt worden über meinen unschönen Körper. Am Ende wurde an meinen Hausarzt berichtet: daß ich Termin hatte, aber nicht dagewesen sei. Ich habe aber gezeigt, daß das nicht stimmt."

"Bei Untersuchungen der von der LVA bestimmten Ärzte: Unqualifizierte Kommentare, körperliche Schmerzen zugefügt durch brutales Hinfassen und Untersuchen."

"Ich wurde als Simulantin bezeichnet und als Alkoholikerin."

"Ich wurde nicht für voll zurechnungsfähig behandelt, nicht für mein Alter gerecht."

"Erniedrigende Bemerkungen von Ärzten, man wurde "vorgeführt" und wie ein lebloser Gegenstand behandelt."

"Behandelnder Arzt hatte Türe nicht geschlossen, Handwerker konnten zuschauen. Ich lag mit entblößtem Oberkörper auf dem Röntgentisch!"

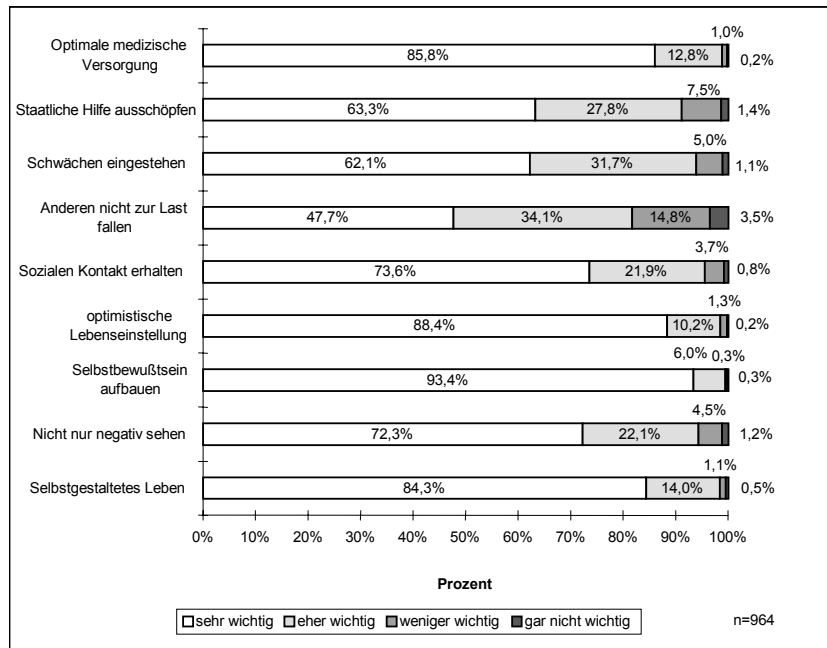
"Es wird immer in der dritten Person über mich gesprochen, ästhetische Punkte werden total übergangen."

"Ärzte versuchen ständig, mir ihren Willen aufzudrängen (z.B. "wenn sie das nicht tun, sind Sie bald tot!")."

5.5.3 Bewältigungsstrategien

Frauen mit Behinderung messen der aktiven, bewußten Auseinandersetzung mit ihrer besonderen Lebenssituation sehr große Bedeutung bei. Dies zeigen die Antworten auf die Frage: „Welche der folgenden Ratschläge und Tips würden Sie anderen Frauen in einer ähnlichen Lebenssituation geben?“ Dabei sollte in einer schriftlich vorgegebenen Liste von insgesamt neun Antwortvorgaben jeweils angekreuzt werden, ob der jeweilige Ratschlag oder Tip „sehr wichtig“, „eher wichtig“, „weniger wichtig“ oder „gar nicht wichtig“ sei. Die aufgelisteten Ratschläge und Tips beruhen auf Auskünften erwachsener Menschen mit Behinderung beiderlei Geschlechts aus einer früheren Studie (Häußler u.a. 1996, 290/291). Die folgende Abbildung gibt die Einschätzung der hier befragten Frauen mit Behinderung wieder:

Abb. 15: Bewältigungsstrategien



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Die innere Einstellung und Haltung zum Leben ist für Frauen mit Behinderung am allerwichtigsten. Fast alle Befragten (93,4%) halten es für sehr wichtig,

Selbstbewußtsein aufzubauen und sich nicht aufzugeben. Fast ebensoviele (88,4%) empfehlen anderen Betroffenen an erster Stelle, eine optimistische Lebenseinstellung und nicht nur an die Behinderung zu denken. Erst an dritter Stelle der für sehr wichtig gehaltenen Empfehlungen steht die Bemühung um eine optimale medizinische Versorgung und eine gesunde Lebensführung (85,8%), gefolgt von dem Ratschlag, sich ein geregeltes, selbstgestaltetes Leben aufzubauen (84,3%). Damit steht für die überwältigende Mehrzahl der Frauen Selbstbestimmung, Optimismus und Selbstgestaltung, verbunden mit einer optimalen medizinischen Versorgung und einer gesunden Lebensführung, als Motto der Lebensgestaltung im Vordergrund. Auch die an fünfter und sechster Stelle als sehr wichtig genannten Ratschläge beziehen sich auf die innere seelische Einstellung: soziale Kontakte erhalten bzw. ausbauen (73,6%) und in der Behinderung nicht nur Negatives sehen (72,3%). Frauen mit Behinderung empfehlen demnach offenkundig vor allem Bewältigungsstrategien im psychischen und kognitiven Bereich. Die Ausschöpfung staatlicher Hilfen und die Wahrnehmung der Rechte als Behinderte wird von 63,3% als sehr wichtig beurteilt, gefolgt von der Empfehlung, Schwächen einzugestehen und Hilfe annehmen zu können (62,1%). Am wenigsten Bedeutung messen die Frauen mit Behinderung der Empfehlung bei, sich nicht zuviel abnehmen zu lassen und anderen nicht zur Last zu fallen; nur 47,7% halten diesen Ratschlag für sehr wichtig. Daß Frauen mit Behinderung vor allem Bewältigungsstrategien im psychischen und kognitiven Bereich empfehlen, entspricht den Ergebnissen von Häußler u.a. (1996, 291). Dort unterschieden sich Männer und Frauen dahingehend, daß für die Männer die optimale medizinische Versorgung im Vordergrund stand und Frauen stärker die seelische Verfassung und innere Einstellung betonten. Dies entspricht den vielfach untersuchten allgemeinen geschlechtsspezifischen Mustern im Umgang mit Gesundheit und Krankheit (vgl. Kap. 3.6).

5.5.4 Kritik und Empfehlungen

Die letzte Seite des schriftlichen Fragebogens wurde als leeres Blatt belassen mit der dick gedruckten Aufforderung: **Für ausführlichere Antworten, Anregungen und Hinweise.**

Insgesamt 90 Frauen, dies sind 9,1% der Befragten, haben die Chance genutzt, zum Teil sehr ausführliche Anregungen und Kommentare zu ihrer Situation bzw. zu dieser Erhebung abzugeben. Die schriftlichen Ausführungen der Frauen lassen sich grob in vier Kategorien einteilen. Den größten Raum nimmt die Schilderung von Problemen bei der Arbeit oder Arbeitssuche bzw. im finanziellen Bereich ein, häufig verbunden mit der Bitte um Unterstützung. An zweiter Stelle der schriftlichen Kommentare stehen gezielte Empfehlungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung. An dritter Stelle werden Erläuterungen zur eigenen Behinderung gemacht und Tips zur Lebensbewältigung gegeben. Die vierte Kategorie schließlich umfaßt Bemerkungen zur Erhebung bzw. Kritik oder Verbesserungsvorschläge zum Fragebogen. Die folgende Auflistung zeigt die Häufigkeitsverteilung dieser schriftlichen Kommentare (n=90):

Probleme mit Arbeit und finanzieller Lage/Bitte um Hilfe	41,1%
Politische Empfehlungen und Maßnahmen für Frauen mit Behinderung	21,1%
Erläuterungen zur eigenen Behinderung und Tips	20,0%
Kritik und Anregungen zur Erhebung und zum Fragebogen	17,8%

Die Schilderungen und Kommentare der befragten Frauen vermitteln ein anschaulicheres Bild ihrer besonderen Lebenssituation als dies in Prozentzahlen und allgemeinen Kategorien verdeutlicht werden kann. Im folgenden werden daher zu jedem der aufgeführten Bereiche exemplarisch Äußerungen bzw. Kommentare wiedergegeben, die eine deutliche Sprache sprechen und keiner weiteren Interpretation bedürfen.

Probleme mit Arbeit und finanzieller Lage/Bitte um Hilfe:

„Der Kündigungsschutz für Behinderte ist nicht ausreichend! Bis zu meiner Entlassung war ich als Ressortleiterin tätig. Um mich „loszuwerden“ wurde die Abteilung aufgelöst. Das Versorgungsamt hat dem äußerst fraglichen Verfahren zugestimmt. Einen ersten Arbeitsgerichtsprozeß habe ich gewonnen, nun warte ich seit bereits 10 Monaten auf den neuen Termin für die weitere Instanz, nachdem mein Arbeitgeber Berufung eingelegt hat. Laut meinem Anwalt muß ich eine Wartezeit von bis zu drei Jahren einkalkulieren.“ (9)

„Ich bin seit Februar 1968 gehbehindert. Man hat mich in der Schule einfach umgestoßen. In Mainz wurde ich dann an einem Agiom operiert. Seitdem besteht durch die Lähmung des rechten Fußes eine Gehbehinderung von 50%. Ich war immer eine Person, die nie aufgab, auch wenn ich sehr darunter gelitten habe, daß ich so leben mußte. So habe ich zu einer Position voller Glauben an das Gute eine Lebenseinstellung gefunden, die mich trotz Auftreten der gesundheitlichen Probleme am Leben hält. Da ich Familie und Haus zu versorgen habe und nicht immer Kraft dazu habe, entstehen mir finanzielle Nachteile, da ich nicht arbeiten kann und die Familie noch betreuen muß. Daher meine Frage: Steht mir als behinderter Frau eine finanzielle Rente zu?“ (97)

„Im Berufsleben wird nach meiner Erfahrung keine Rücksicht auf Behinderte genommen. So wurden mir, als einzige Behinderte im Kollegium, starke zusätzliche Belastungen auferlegt.“ (99)

„Nach meiner Ausbildung und drei Jahren Pause wurde ich arbeitslos, da meine Arbeitsstelle geschlossen wurde. Auch hatte ich Probleme, etwas Neues zu finden, da kaum ein Arzt Behinderte einstellen wollte. Das Arbeitsamt schlug mir eine Umschulung vor und zwar: statt Arzthelferin Bürokauffrau. Daß da aber auch Telefondienst herrscht, war dem Arbeitsamt wohl entgangen. Ich habe abgelehnt und bin natürlich prompt mit dem Arbeitslosengeld gesperrt worden. Nach 82 (!!!) Bewerbungen erhielt ich eine Stelle im Krankenhaus, wo ich heute noch bin.“ (326)

„Ich werde im Januar 1998 60 Jahre alt sein und bin seit 1989 zu 60% schwerbeschädigt. Bis zur Geburt unserer Tochter 1977 habe ich 308 Monate gearbeitet. Danach habe ich mich um die Erziehung unserer Tochter gekümmert. Da ich aber eine abgeschlossene Berufsausbildung habe, hat man mir, als ich wieder berufstätig sein wollte, eine Umschulung abgelehnt. (Meinen Beruf konnte ich durch die Schwerbeschädigung – HWS u. LWS-Syndrom – nicht mehr ausüben.) Mein Rentenanspruch auf Schwerbeschädigung mit 60 Jahren wurde abgelehnt, weil ich noch nicht die Wartezeit von 35 Jahren erreicht habe. Ich frage: Wann und wie sollte ich die 35 Jahre Berufstätigkeit erreichen?“ (766)

Insgesamt vier Problemschilderungen zum Bereich Arbeit und finanzielle Lage beziehen sich speziell auf die Situation in den neuen Bundesländern. Das folgende Zitat verdeutlicht beispielhaft diese besonderen Probleme von Frauen mit Behinderung:

„Ich bin in einer außergewöhnlich schlechten Situation. Mir ist durch die Wende alles auf die Beine gefallen. Nach 26 Jahren geschieden, dies war wahrscheinlich der Grund für den Ausbruch meiner Krebskrankheit (Brustkrebs, beidseitige Amputation). Ich hatte mich gerade von den Tiefenbestrahlungen erholt, verstarb mein einziger Sohn wegen eines Unfalls. Ich habe eine Zeit lang nur 5 Stunden gearbeitet, die restliche Zeit kam natürlich der Familie zugute. Mein Mann konnte nur deshalb viel verdienen und sich dadurch eine hohe Rente sichern. Da ich nach DDR-Recht geschieden bin, bekomme ich von meinem ehemaligen Mann keinen Unterhalt. Ich bin ein Kämpfertyp, habe trotzdem große finanzielle Schwierigkeiten. Konnte nach meiner Operation dazu verdienen, bin dann als erste rausgeflogen, habe einen Prozeß geführt, hatte Teilerfolge. Ich habe trotzdem das Gefühl, Frauen wie ich wurden bei der Einigung vollkommen vergessen. Bin trotzdem froh, daß ich mal was loswerden konnte.“ (19)

Politische Empfehlungen und Maßnahmen für Frauen mit Behinderung

Gezielte politische Empfehlungen und allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Frauen mit Behinderung bildeten den zweiten großen Block der ausführlichen schriftlichen Erläuterungen auf der letzten Seite des Fragebogens. Dabei ging es immer wieder um die gerade für Frauen so problematische Rentensituation, aber auch um den Bedarf nach angemessener Information und psychischer Betreuung.

„Die Rentensituation von schwerbehinderten Frauen mit mehreren Kindern (z.B. ich 4) und demzufolge weniger Beitragszeiten müßte durch eine pauschalisierte Grundrente in angemessener Höhe ca. 500,-/700,- DM einen Nachteilsausgleich wegen Schwerbehinderung und Generationsvertrag (4 Söhne) ab dem 60. Lebensjahr als Beitrag zur eigenen Grundversorgung erfahren. Die finanzielle Situation dieser Frauengruppe – ohne Einkommen – trotz Schwerbehinderung und Beitrag zum Generationsvertrag (4 Kinder) ist unwürdig und deprimierend.“ (379)

„Dringend empfehlenswert ist eine psychische Betreuung durch Fachpersonal, aber es ist unmöglich, einen Therapieplatz zu bekommen, obwohl laut Kranken-

kasse genügend Plätze zur Verfügung stehen. Also schlucke ich weiter Beruhigungspillen, denn irgendwie muß die Tochter ja versorgt werden." (451)

"Ich wäre dafür, daß Behinderte mehr über Rechte und Pflichten aufgeklärt werden würden, genauso wie über das, was ihnen an Unterstützung zusteht (z.B. Sonderurlaub, Steuervergünstigungen, Parkplatzregelungen etc.). Haben Behinderte Anspruch auf verkürzte Arbeitszeit, was wird dann mit ihrer Entlohnung? Vielleicht könnte ein Wegweiser für Behinderte mit verschiedenen Behinderungen erstellt werden, eventuell mit Hilfen (Muster) zum Ausfüllen von Formularen und was unbedingt beantragt werden sollte bzw. was beantragt werden kann, auch über rechtliche Regelungen! Früher gab es für chronisch Kranke und Behinderte Dispensaire-Betreuung. Das sollte wieder eingeführt werden. Zuzahlungen zu Arzneimitteln sollten für chronisch Kranke und Behinderte auf ein Minimum gesenkt werden. Eine monatliche Belastung von mehr als DM 15,- halte ich für solche Leute als wesentlich zu hoch. Es handelt sich schließlich nicht um einen Schnupfen." (809)

Einige Frauen begnügten sich nicht mit Empfehlungen zu einzelnen Bereichen, sondern formulierten ausführliche politische Programme und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation behinderter Frauen, wie das folgende Zitat exemplarisch verdeutlicht:

"Zu Ihrem Fragebogen gäbe es noch sehr viel auszuführen. Ich darf mich daher kurz fassen:

- 1. Die Anerkennung eines GdB nimmt teilweise sehr viel Zeit in Anspruch und muß oft vor dem Sozialgericht erstritten werden, obwohl die Möglichkeit der Begutachtung durch den medizinischen Dienst besteht. Hier könnten sehr hohe Kosten eingespart werden. Diese Aussage beinhaltet meinen eigenen Erfahrungswert als Schwerbehindertenfrau.*
- 2. Trotz meiner Behinderung bin ich vollschichtig (37,5 Std./Woche) berufstätig.*
- 3. In der jetzigen Zeitphase vermisse ich das Verständnis der Arbeitgeber und das "Gewissen" bei der Einhaltung der SchwbG-Kriterien. Sobald Leistungsfähigkeit nachlassen und der Behinderte in eine Altersstruktur kommt, in der er nicht mehr als voll leistungsfähig eingestuft wird, versucht man, ihn mit allen Tricks und Möglichkeiten loszuwerden und hat auch noch Erfolg dabei, trotz SchwbG. So schließt man einfach bestimmte Bereiche, führt Rationalisierungen durch und hat dann keinen Arbeitsplatz mehr für den Behinderten. Ist man ihn los, wird ein neuer "Begriff" erfunden und ein junger Nachrücker hat die Arbeit.*
- 4. Gerade bei älteren Behinderten sollte es Möglichkeiten geben, langsam nach und nach, ohne jedoch gravierend finanzielle Einbußen hinnehmen zu müssen, aus dem Arbeitsbereich aussteigen zu können.*
- 5. So wie sich die derzeitige Arbeitsmarktlage darstellt, getraut sich der Behinderte noch weniger als "Otto Normalverbraucher" durch Krankheit auszufallen und schleppt sich trotz Schmerzen etc. in die Arbeit.*

6. *Das SchwbG ist zwar grundsätzlich eine gute Sache, müßte aber noch wesentlich mehr verfeinert werden, um den tatsächlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Hier besteht noch erheblicher Handlungsbedarf.*
7. *Zu Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen: Hier besteht ebenfalls noch erheblicher Nachholbedarf. So darf man es Behinderten durchaus zutrauen, daß sie selbst in der Lage sind zu entscheiden, an welchen Tagen sie durch ihre Befindlichkeit keine chemischen Keulen benötigen und mit pflanzlichen Mitteln ausgleichen können. Oder aber, welche therapeutischen Maßnahmen zur Besserung der Befindlichkeit beitragen können. Dies muß nicht immer unbedingt einen stationären Aufenthalt erfordern, sondern kann oft mit prophylaktischen Maßnahmen unter Gleichbetroffenen ausgeglichen werden.*
8. *In vielen Bereichen muß die Selbstbestimmung der Behinderten wesentlich besser gefördert werden. Zu oft wird man als unmündig und unwissend hingestellt. Dabei stimmt das nicht. Der Behinderte darf nicht als Kostenfaktor betrachtet werden. Wo bleibt da die Ethik?*
9. *Vielleicht kann auch der Jugend wieder beigebracht werden, daß auch Behinderte, ob körperlich oder seelisch, Menschen sind und nicht Personen der 2. Kategorie." (283)*

Erläuterungen zur eigenen Behinderung und Tips

Die dritthäufigste Art der schriftlichen Kommentare läßt sich unter dem Motto „Ich bin eigentlich nicht richtig behindert“ bzw. „Keine typische Behinderte“ charakterisieren. Zum Teil werden noch praktische Tips zur Lebensgestaltung gegeben, die vor allem auf eine positive innere Einstellung zum Leben und soziale Eingebundenheit zielen.

„Ich gebe zu, daß ich sicher keine ´typische´ Behinderte bin. Ich bin glücklich verheiratet mit einem Diplom-Psychologen und seit 27 Jahren erfolgreich im Außendienst tätig. Trotzdem halte ich Ihre Arbeit für außerordentlich wichtig, da ich sehe, welche Nachteile Behinderte im allgemeinen (auch Männer!) hinnehmen müssen.“ (669)

„Bei mir liegt keine ´richtige´ Behinderung vor. Ich merke im Alltag nur selten etwas davon.“ (402)

„Durch meine Krankheit fühle ich mich weniger behindert als durch die ´normale Behinderung´ Frau zu sein.“(329)

„Sehr häufig fühle ich mich nicht behindert. Bei anderen Gelegenheiten sehr stark behindert.“ (235)

Bemerkungen zur Erhebung/Kritik am Fragebogen

Anregungen und kritische Bemerkungen zu unserer Befragung bildeten den vierthäufigsten Bereich der Kommentare und Erläuterungen auf der letzten Seite des Fragebogens. Die Anregungen sind vielfältig und individuell unterschiedlich.

Sie reichen von allgemeiner Kritik bis zu konkreten ausführlichen Formulierungsvorschlägen zu einzelnen Fragen. Dabei gab es keinen Fragebereich, der mehrfach kritisiert oder mit Verbesserungsvorschlägen bedacht wurde. Die folgenden Zitate verdeutlichen die Bandbreite der Kommentare:

„Warum Datenschutzerklärung, wenn die Fragebogenaktion ohnehin anonym durchgeführt wird? Mit der Beteiligung bzw. Beantwortung der Fragen ist bereits das Einverständnis dokumentiert.“ (754)

„Das ganze kulturelle Umfeld der behinderten Frauen ist in dem Fragebogen nicht berücksichtigt, ebenso eine religiöse Einstellung.“ (836)

„Manche Fragen konnten nicht ganz klar beantwortet werden, da es durch die oft starken Schwankungen, sogar innerhalb eines Tages zu sehr unterschiedlicher Leistungsfähigkeit kommt.“ (70)

„Manches kann man nicht mit ja oder nein beantworten, weil beides falsch ist.“ (323)

Gerade die letzten beiden Zitate verdeutlichen die allgemeine Problematik einer schriftlich-standardisierten Befragung von Frauen mit Behinderung, die in vielen Bereichen - auch bei optimaler Frageformulierung - keine klaren Antworten erzwingen kann. Dies bestätigt unsere Vorgehensweise der methodischen Kombination von quantitativen und qualitativen Verfahren zur Erfassung der besonderen Lebenssituation dieser Gruppe von Frauen.

5.6 Zusammenfassung

Stichprobe

Die realisierte Stichprobe von **987 Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung im Alter von 16 bis 60 Jahren** ist die umfassendste und breiteste Erhebung zu dieser Thematik in Deutschland. Auch aus dem europäischen und angloamerikanischen Raum liegen keine vergleichbaren Studien vor. Es ist daher davon auszugehen, daß **erstmalig eine so große Anzahl von Frauen mit Behinderung zu ihrer Lebenssituation befragt wurden.**

Der Zugang zur Stichprobe erfolgte über die Landesversorgungsämter mit dem Kriterium einer Behinderung mit einem Grad von mindestens 50 v.H. Frauen sind in der amtlichen Schwerbehindertenstatistik aber unterrepräsentiert, weil es sich um eine „berufsbezogene“ Registrierung handelt, die von Frauen seltener in Anspruch genommen wird als von Männern (vgl. Niehaus 1995). Für die Grundgesamtheit der 16- bis 60jährigen bei den Landesversorgungsämtern gemeldeten Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen ist von einer hohen Aussagekraft der statistischen Ergebnisse auszugehen.

Zur Repräsentativität

Ob darüber hinaus die Stichprobe repräsentative Aussagen für alle erwachsenen körper- und sinnesbehinderten Frauen in Deutschland zulässt, lässt sich aufgrund fehlender Vergleichsdaten zur Grundgesamtheit in der amtlichen Statistik nicht überprüfen (Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung werden bezogen auf die meisten Merkmale nicht als gesonderte Gruppe ausgewiesen). Lediglich bezogen auf die regionale Verteilung und die Altersstruktur der Stichprobe ergibt ein Vergleich mit allen schwerbehindert gemeldeten Frauen keine Verzerrungen der vorliegenden Stichprobe. Die Verteilung der Ausbildungsabschlüsse entspricht den Ergebnissen anderer Untersuchungen.

Aus der Untererfassung behinderter Frauen bei den Landesversorgungsämtern lässt sich schließen, daß Hausfrauen und Frauen mit leichten Behinderungen auch in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert sind. Aufgrund eines Vergleichs mit anderen vorliegenden Daten ergibt sich aber, daß die Frauen in der Stichprobe tendenziell einen niedrigeren Grad der Behinderung haben gegenüber der amtlichen Statistik. Der Widerspruch läßt sich dahingehend erklären, daß Frauen mit leichten Behinderungen in der Grundgesamtheit zwar untererfaßt sind, aber daß diese Frauen dann eher bereit oder in der Lage waren, einen Fragebogen auszufüllen als Frauen mit schweren Behinderungen und damit in der realisierten Stichprobe überrepräsentiert sind. Für sehr schwer behinderte Frauen dürfte die Teilnahme an einer schriftlichen Befragung schwieriger sein. Darüberhinaus wurden - im Vergleich mit der amtlichen Statistik - überproportional viele Frauen, die von Geburt an behindert sind, befragt. Es ist davon auszugehen, daß diese sich eindeutiger angesprochen gefühlt haben, an einer Befragung über „Frauen mit Behinderung“ teilzunehmen, verglichen mit Frauen, die aufgrund einer Krankheit später in ihrem Leben behindert wurden. Mit dem niedrigeren Grad der Behinderung kann zusammenhängen, daß kaum Frauen, die in Einrichtungen leben, teilgenommen haben - auch hier dürften Teilnahmebarrieren der Grund sein. Ein Vergleich mit einer anderen Untersuchung über den Pflege- und Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung bestätigt die Vermutung, daß vor allem weniger stark geschädigte und im Alltag kompetentere Frauen den Fragebogen ausgefüllt haben. Dies ist zu berücksichtigen bei der Formulierung von verallgemeinernden Aussagen: Die Ergebnisse sind in dem Sinn zu „optimistisch“, als die gravierendsten Problemlagen nur unzureichend in der Stichprobe vertreten sind. Allerdings darf nicht vergessen werden, daß „Kompetenz im Alltag“ auch unabhängig von der Schwere der Funktionseinschränkung betrachtet werden kann. Dies beweisen z.B. die blinden Frauen, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben, d.h. ihren Alltag mit Hilfe anderer organisierten.

Behinderung

Die **Ursache der Behinderung ist bei 66,8% der Befragten eine Erkrankung**; bei 21,8% besteht die Behinderung von Geburt an und 7,3% hatten einen Unfall. Bei knapp zwei Drittel (64,4%) der Frauen ist die Behinderung sichtbar. 87% dieser Frauen ist es unangenehm, daß die Behinderung sichtbar ist.

Private Lebensform

Fast alle Frauen der Stichprobe **leben selbständig in einem Privathaushalt**. Nur 1,4% leben in einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung. Die meisten Frauen leben entweder mit Partner/in (40,5%) oder mit Partner/in und Kind/ern (28,2%) zusammen. Alleinlebend sind 17,9%. Nur 6,3% leben mit den Eltern im Haushalt. Drei Viertel (75,3%) haben eine feste Partnerschaft. Eine feste Partnerschaft mit einer Frau geben 1,9% an. Mit dem Partner oder der Partnerin zusammen in einem Haushalt leben 68,7% der Frauen.

Ein Vergleich mit den Daten des Mikrozensus von 1996 für die Gesamtgruppe der 16- bis 60jährigen ergibt nur geringe Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Behinderung was private Lebensformen und Familienstand angeht. Unterschiede werden besser erkennbar, wenn nach Altersgruppe differenziert wird: Frauen mit Behinderung sind vor allem in der ältesten Altersgruppe dann signifikant weniger verheiratet, wenn ihre Behinderung früh eingetreten ist. Frauen mit Behinderung zwischen 30 und 40 Jahren haben ein deutlich erhöhtes Scheidungsrisiko.

70% der Frauen haben eigene Kinder und weitere 4,4% leben mit Kindern des Partners zusammen. Frauen aus den neuen Bundesländern sind häufiger Mütter (78,5%) als Frauen aus den alten Ländern (68,7%).

Das persönliche Nettoeinkommen der Frauen liegt in den alten Bundesländern bei durchschnittlich DM 1.785,-, wogegen Frauen in den neuen Ländern nur über DM 1.570,- verfügen. Das allgemeine **monatliche Nettoeinkommen des Haushalts**, in dem die Frauen leben, nach Abzug der Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung liegt im Osten bei DM 1.852,- und im Westen bei DM 2.240,-.

Bei der Hälfte der Befragten fallen **monatlich zusätzliche Kosten** (von DM 100,- bis zu im Einzelfall DM 3.000,-) an, die durch die Behinderung bedingt sind. Der Durchschnitt der zusätzlichen Kosten liegt bei DM 299,- pro Monat. Diese Kosten müssen von 87% der Frauen dieser Gruppe ausschließlich privat finanziert werden. Nur bei 3% werden sie voll erstattet.

Gesundheitszustand und Hilfebedarf

Die befragten Frauen mit Behinderung beurteilen ihren **Gesundheitszustand schlechter als eine repräsentative Auswahl von Frauen in Deutschland allgemein**. Nur 16% beurteilen ihren Gesundheitszustand als „gut“ im Vergleich zu 43% der Frauen allgemein. Allerdings beurteilen Frauen mit Behinderung sehr viel häufiger ihren Gesundheitszustand als „zufriedenstellend“ und nur etwas häufiger als „schlecht“.

Auch bei den Frauen mit Behinderung zeigt sich der bekannte Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Alter: Jüngere Frauen fühlen sich überwiegend gesundheitlich gut und mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Frauen, die sich „schlecht“ und „sehr schlecht“ fühlen. **Fast alle (93,5%) hatten im letzten halben Jahr häufig gesundheitliche Beschwerden**. Dabei handelt es sich vor allem um Erschöpfungszustände, Schlafstörungen und Schmerzen. Mehr als die Hälfte der Befragten leidet häufig an diesen gesundheitlichen Be-

eintrüchtigungen. Mehr als ein Drittel leidet häufig an Herz-/Kreislaufstörungen, Depressionen und Konzentrationsstörungen bzw. allgemein gestörtem Wohlbefinden.

Knapp zwei Drittel (60%) der körper- und sinnesbehinderten Frauen kommen im Alltag ohne Hilfe von anderen Personen zurecht. Die übrigen (40%) haben in ihrem Lebensalltag einen ständigen Hilfebedarf. Dabei besteht der größte Bedarf im Bereich der Haushaltsführung: 27,4% der Befragten benötigen Unterstützung bei der Reinigung der Wohnung und 22,5% beim Einkaufen von Lebensmitteln.

Helfende Personen gehören in der überwiegenden Mehrzahl zum **engeren privaten Familienkreis**: 47,2% der Frauen, die täglich Hilfe brauchen, erhalten diese vom Partner/der Partnerin; 31,7% erhalten Hilfe von Familienangehörigen und nur 5,9% werden von professionellem Pflegepersonal unterstützt. **Zu zwei Drittel ist die wichtigste Hilfsperson eine Frau**; bei einem Drittel wird die Hilfe von einem Mann – meist dem Partner – geleistet. Diese Verteilung wurde auch in der oben genannten Studie für Menschen mit Behinderung allgemein ermittelt.

Fast alle Frauen (94%) sind der Ansicht, daß behinderte Frauen grundsätzlich die Freiheit haben sollten zu wählen, ob sie von einem Mann oder einer Frau gepflegt werden. Gut drei Viertel der Befragten votieren für ein „Recht auf Frauenpflege“. Allerdings beurteilen ebensoviele die „Qualität der Pflege“ als wesentliches Kriterium als das Geschlecht der Hilfsperson.

Bildung und Berufstätigkeit

Hinsichtlich der schulischen Qualifikation unterscheiden sich die befragten Frauen nicht von Verteilungen, die in anderen Studien über Menschen mit Behinderungen (Häußler u.a. 1996; Infratest 1992) ermittelt wurden. Knapp die Hälfte der Frauen (46,2%) hat einen Hauptschulabschluß, knapp ein Drittel (32%) verfügt über einen Realschulabschluß, und ein Fünftel hat Abitur oder Fachhochschulreife. Nur 6,6% haben einen Sonderschulabschluß und 3,4% haben gar keinen Schulabschluß.

Allerdings verfügen sie über eine vergleichsweise **bessere berufliche Qualifikation als Menschen mit Behinderung in Deutschland allgemein**. Nur 18,4% haben keinen beruflichen Abschluß, wogegen dies in der Repräsentativstudie von Infratest (1992) auf 47% der Frauen mit Behinderung zutraf.

Doch trotz guter beruflicher Qualifikation sind **nur 44,4% erwerbstätig**. Die meisten von ihnen (79,8%) in einem regulären Arbeitsverhältnis bzw. als Selbständige oder Freiberuflerinnen. **Von den nicht erwerbstätigen Frauen sind 40,4% Erwerbsunfähigkeitsrentnerinnen, 29,2% Hausfrauen und 14,4% Arbeitslose (bezogen auf die Gesamtstichprobe 22,5%, 16,4% und 8,0%)**. Die übrigen Frauen dieser Gruppe befinden sich in verschiedenen Lebenslagen wie z.B. Ausbildung, Umschulung, Erziehungsurlaub, Vorruhestand etc.

Nur knapp ein Fünftel (18,1%) hat schon einmal an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation teilgenommen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Kein

Interesse (36,5%) und mangelnde Informiertheit (24,3%) sind die wichtigsten Begründungen der Nicht-Teilnahme. Weitere Begründungen verweisen auf die „frauenfeindliche“ und lebensferne Struktur der Rehabilitations-Maßnahmen: keinen rechtlichen Anspruch, nicht bewilligt, zu wenig Geld, kein Angebot am Wohnort, hätte meine Familie verlassen müssen etc.

Verhütung und Erfahrungen mit Ärzten und Ärztinnen und medizinischem Personal

Sterilisation ist die am häufigsten praktizierte Verhütungsmethode der befragten körper- und sinnesbehinderten Frauen. Gut ein Drittel (35,9%) der Frauen, die verhüten, sind sterilisiert. Knapp ein Drittel (31,6%) benutzt die Pille; 15,2% benutzen Kondome und 11,5% verwenden eine Spirale. Damit unterscheiden sich Frauen mit Behinderung sehr stark hinsichtlich der praktizierten Verhütungsmethoden von anderen Frauen in Deutschland, die vor allem die Pille (65%) verwenden und nur zu 4% sterilisiert sind. Das Verhütungsverhalten der befragten Frauen ist stark altersabhängig. Jüngere Frauen verwenden häufiger die Pille und ab 35 Jahren wird die Sterilisation die wichtigste Verhütungsmethode. Diese Ergebnisse bestätigen erstmals empirisch, daß Frauen mit Behinderung in ungleich höherem Maße sterilisiert sind. Sterilisierte Frauen haben zu 87,9% Kinder und fühlen sich auch nicht eingeschränkter als andere Frauen im Bereich der Mutterschaft. Auch wenn die Sterilisation somit ihre eigene Entscheidung gewesen sei dürfte, ist hier doch ein Zeichen einer gravierenden Ungleichbehandlung von Frauen mit und ohne Behinderung durch Ärzte und Ärztinnen zu sehen.

12,1% der befragten Frauen haben schon einmal demütigende Erfahrungen bei Frauenärzten oder –ärztinnen im Zusammenhang mit Verhütungsfragen oder Kinderwunsch gemacht. Insbesondere wurde hier eine abschlägige Behandlung eines Kinderwunsches und das Anbieten einer Sterilisation genannt.

Über demütigende Erfahrungen im Rahmen allgemeiner medizinischer, pflegerischer oder technischer Untersuchungen, Behandlungen und Maßnahmen berichten 18,3% der Frauen. Dabei handelte es sich vor allem um plumpe Sprüche und Kommentare, als „Simulantin“ bezeichnet und nicht für „voll“ genommen werden, aber auch um grobe schmerzliche Untersuchungen und „nackt zur Schau gestellt werden“.

Sexuelle Gewalt und sexuelle Belästigungen

10% der befragten Frauen wurden schon einmal gegen ihren Willen zum Geschlechtsverkehr oder einer anderen sexuellen Handlung gezwungen. Zu 80% waren der oder die Täter eine Person aus dem nahen sozialen Umfeld. Weitere 10,6% verneinen entsprechende Erfahrungen, geben aber an, daß sie bereits einmal gezwungen wurden, sich nackt auszuziehen oder bei sexuellen Handlungen zuzuschauen, unangenehm berührt oder exhibitionistisch belästigt wurden. Zusammengenommen haben damit 20,6% der Frauen mehr oder weniger schwere Formen sexualisierter Gewalt erfahren. Die Zahlen lassen sich

mangels vergleichbarer Daten aus Umfragen bei Frauen ohne Behinderungen nur schwer einordnen. Sie stützen die Behauptung einer wesentlich größeren Betroffenheit von selbständig in Privathaushalten lebenden Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen aber nicht. Betrachtet man nur die Fragevorgaben zu sexueller Belästigung für sich genommen und verwendet einen weiten Begriff sexualisierter Gewalt, der anzügliche Witze und Bemerkungen und andere Formen der sexuellen Belästigung einbezieht, so haben insgesamt 22,7% der Befragten entsprechende Erfahrungen machen müssen.

Frauen mit Behinderung, die in Heimen leben, sind dagegen nach den Ergebnissen von Zemp/Pircher (1996) in ungleich höherem Ausmaß Opfer sexueller Gewalt. Demnach hat mehr als jede zweite Frau in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung einmal oder mehrmals in ihrem Leben sexuelle Gewalt erfahren.

Behindert-Sein und Behindert-Werden

Die Hälfte der Frauen fühlt sich manchmal aufgrund ihrer Behinderung besonders abhängig von anderen Personen. Die häufigsten Lebenssituationen, in denen sich diese Frauen **von anderen abhängig fühlen, sind gesundheitliche Krisen** und Probleme beim Einkaufen oder Ausgehen. Etwa ein Drittel aller Frauen empfindet sich aufgrund der Behinderung stark beeinträchtigt in den Lebensbereichen Beruf, Fortbewegung, Freizeitgestaltung und Reisen. Allerdings **fühlen sich fast zwei Drittel der Frauen gar nicht eingeschränkt in den Bereichen Mutterschaft, Ausbildung und soziale Kontakte**. Es gibt allerdings keinen Lebensbereich, in dem sich keine Frau eingeschränkt fühlt.

Diskriminierende Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen haben knapp zwei Drittel (64,8%) der Frauen gemacht. Sie wurden ungefragt angefaßt oder geduzt, ignoriert oder einfach nicht für „voll“ genommen, unverhohlen angestarrt oder auch direkt beschimpft.

Am allerwichtigsten ist die innere Einstellung und Haltung zum Leben. Diesen Rat würden die Befragten anderen Frauen in vergleichbaren Lebenssituationen geben. An erster Stelle steht dabei ein gutes Selbstbewußtsein. Fast alle (93,4%) Befragten halten es für sehr wichtig, Selbstbewußtsein aufzubauen und sich nicht aufzugeben. 88,4% empfehlen eine optimistische Lebenseinstellung und erst an dritter Stelle der für sehr wichtig gehaltenen Empfehlungen steht die Bemühung um eine gesunde Lebensführung (85,8%), gefolgt von dem Ratschlag, sich ein geregeltes, selbstbestimmtes Leben aufzubauen (84,3%). **Selbstbewußtsein, Optimismus und Selbstgestaltung, verbunden mit einer optimalen medizinischen Versorgung und einer gesunden Lebensführung, sind die Ratschläge und Tips der Befragten für die Lebensgestaltung von Frauen mit Behinderung.**

Kritik und Empfehlungen

Auf der letzten Seite des schriftlichen Fragebogens war Platz für Kommentare zur Erhebung. Diese Chance wurde von 9,1% der Frauen genutzt. Die schriftlichen Ausführungen dieser Frauen lassen sich vier großen Themenbereichen

zuordnen. An erster Stelle steht die Schilderung von **Problemen bei der Arbeit oder der Arbeitssuche und im finanziellen Bereich** (41,1%), häufig verbunden mit der Bitte um Unterstützung. An zweiter Stelle stehen gezielte politische Empfehlungen und Maßnahmen für Frauen mit Behinderung (21,1%) und als drittes Thema erweisen sich Erläuterungen zur eigenen Behinderung und persönliche Tips zur Lebensbewältigung (20%). Der vierte Themenbereich umfaßt Bemerkungen zur Erhebung bzw. Kritik und Verbesserungsvorschläge zum Fragebogen (17,8%).

Typisiertes Stichprobenprofil

Bei einer Zusammenschau der dargestellten Ergebnisse nach den wichtigsten Merkmalen der befragten Frauen mit Behinderung ergibt sich ein typisiertes Stichprobenprofil. **Die „typische“ erwachsene körper- und/oder sinnesbehinderte Frau in unserer Stichprobe ließe sich demnach wie folgt charakterisieren:**

Sie ist aufgrund einer Erkrankung im Lebenslauf behindert und lebt mit Mann und eigenen Kindern selbständig in einem Privathaushalt in den alten Bundesländern. Ihre Behinderung ist für andere sichtbar, das ist ihr manchmal unangenehm. Obwohl es ihr gesundheitlich sehr schlecht geht, sie oft erschöpft ist, schlecht schläft und Schmerzen hat, braucht sie keine Hilfe von anderen Personen. Im Zweifelsfall hilft der Partner oder eine weibliche Verwandte aus. Sie ist der Meinung, daß behinderte Frauen grundsätzlich die Freiheit haben sollten, zu wählen, ob sie von einem Mann oder einer Frau gepflegt werden. Obwohl sie eine gute berufliche Ausbildung hat, ist sie nicht erwerbstätig. Der Haushalt verfügt über ein monatliches Nettoeinkommen von DM 2.240,-. Davon müssen regelmäßig zusätzliche Kosten finanziert werden, die im Zusammenhang mit der Behinderung stehen. Ihre Verhütungsmethode ist die Sterilisation. Wegen ihrer Behinderung fühlt sie sich manchmal abhängig von anderen Personen. Als Mutter und bei Freunden/Bekanntem fühlt sie sich akzeptiert. Ihr Lebensmotto lautet: Selbstbewußtsein, Optimismus und Selbstgestaltung, verbunden mit einer optimalen medizinischen Versorgung und einer gesunden Lebensführung.

6 Ergebnisse der biographischen mündlichen Befragung

6.1 Stichprobe und Methodeneffekte

6.1.1 Beschreibung der Interviewstichprobe

Auf die Grundgesamtheit und auf die Stichprobengewinnung wurde bereits in Kap. 4.3 eingegangen. Dort wurde die streng nach vorgegebenen Merkmalen quotierte Auswahl bei der Zusammensetzung der Stichprobe von 60 Frauen dargestellt. Ziel der Stichprobenauswahl war es, möglichst unterschiedliche Situationen von Frauen mit Behinderung zu erfassen. Prinzipiell strebt eine qualitative Stichprobe keine Repräsentativität an, sondern eine möglichst breite Repräsentanz von unterschiedlichen Merkmalen. Für die Bewertung der Güte der Stichprobe ist zum einen von Interesse, ob sich durch eine selektive **Gesprächsbereitschaft** eine Verzerrung ergibt, zum anderen wie breit Merkmale in der Stichprobe 'repräsentiert', d.h. vorhanden sind.

Jeweils ein starkes Drittel der Frauen in den alten und neuen Bundesländern, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen hatten, waren bereit, sich zusätzlich mündlich befragen zu lassen. Insgesamt waren es 337 Frauen. Verglichen mit der Stichprobe der schriftlichen Befragung waren darunter folgende Frauen überproportional häufig bereit zu einem mündlichen Interview:

- Frauen zwischen 25 und 35 Jahren
- geschiedene, verwitwete Frauen und Frauen ohne Partner/in
- Frauen mit einem Fachhochschul- oder Fachschulabschluß
- Beschäftigte in medizinischen Berufen, Lehrkräfte und Arbeitslose
- Frauen mit einem geringen Haushaltseinkommen von bis zu 3.000,- DM monatlich
- blinde bzw. sehbehinderte Frauen.

Am geringsten war die Gesprächsbereitschaft in Nordrhein-Westfalen und in Mecklenburg-Vorpommern, am gesprächsfreudigsten waren Frauen in Bayern.

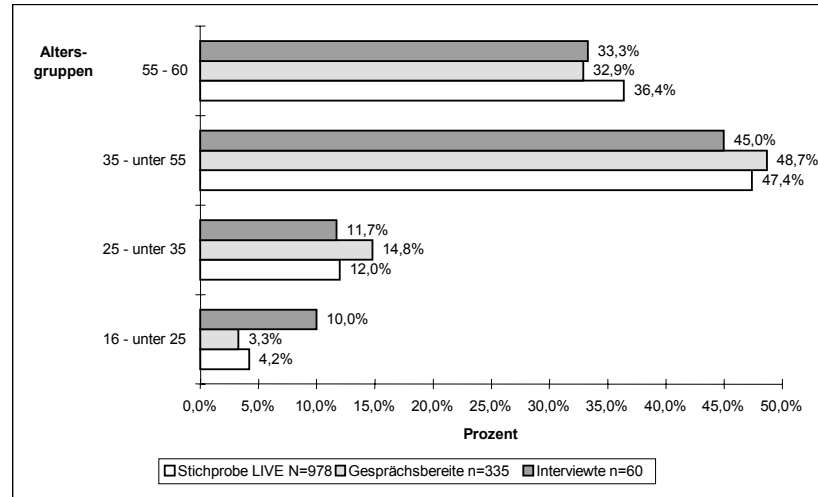
Da die **Stichprobe** gezielt zusammengestellt wurde, indem nach vorher bestimmten Merkmalen 60 Frauen von 337 ausgewählt wurden, wirkt sich die unterschiedliche Gesprächsbereitschaft nicht direkt auf die Zusammensetzung der Stichprobe aus. **Nicht vertreten sind in der Interviewstichprobe allerdings Heimbewohnerinnen, Frauen in Werkstätten für Behinderte oder in geschützten Arbeitsverhältnissen**, die auch in der Stichprobe der schriftlichen Befragung nur einen verschwindend geringen Teil ausmachen. Die folgenden Angaben zur Situation der befragten Frauen stützen sich auf deren Antworten in der schriftlichen Befragung.

Regionale Verteilung: Eines der Merkmale bei der Auswahlquotierung für die mündlichen Interviews war die Herkunft aus den einzelnen Bundesländern. Daher hat sich die unterschiedliche Gesprächsbereitschaft der Frauen in den ein-

zelenen Regionen nicht auf die letztendliche Auswahl der Interviewten ausgewirkt. Die regionale Verteilung der 60 durchgeführten Interviews entspricht in etwa der ursprünglichen Stichprobenziehung der quantitativen Erhebung bezogen auf die Einwohnerdichte eines Bundeslandes.

Altersgruppen: Für die qualitative Stichprobe wurden gezielt häufiger jüngere Frauen ausgewählt, da über diese Gruppe kaum etwas bekannt ist. Darüberhinaus wurde die Altersverteilung etwas ausgeglichen. Über die Hälfte unserer Interviewpartnerinnen ist zum Zeitpunkt des Interviews 45 Jahre und älter, wobei die meisten von ihnen über 55 Jahre alt sind. 25 Frauen liegen im Alter zwischen 16 und 44 Jahren.

Abb. 16: Altersgruppen in den Stichproben der schriftlichen und mündlichen Erhebung



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

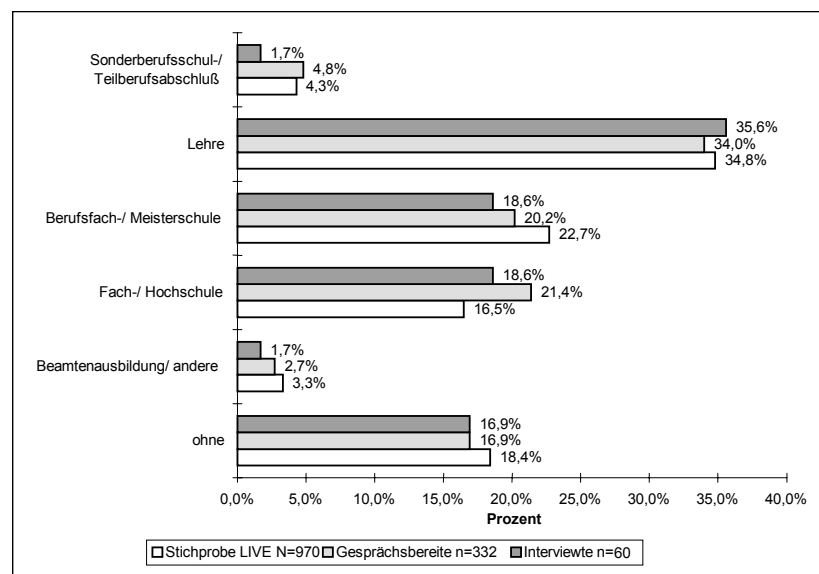
Die Anzahl der befragten Frauen in den drei Stichproben betrug insgesamt: Stichprobe LIVE (schriftliche Befragung) N=987, Gesprächsbereite (Untergruppe der Stichprobe LIVE) n=337, tatsächlich Interviewte n=60. Basis der Berechnungen ist jeweils die Anzahl der Frauen, welche bei der jeweiligen Fragestellung tatsächlich geantwortet haben, so daß die in den Diagrammen angegebenen Stichprobengrößen variieren können.

Familienstand und Kinder: Der Familienstand war kein Quotierungsmerkmal. Die Bevorzugung von jüngeren Frauen im Alter zwischen 16 bis unter 25 Jahren bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen führt dazu, daß ledige Frauen in der Interviewstichprobe prozentual stärker vertreten sind (26,7%) als bei den schriftlich Befragten (19,2%). Der Anteil der geschiedenen Frauen beträgt in der qua-

litativen Stichprobe 16,7% und der Anteil der Verheirateten 50%. Weniger als 10% sind verwitwet. Der überwiegende Anteil der Interviewten hat (ein oder zwei) Kinder, nämlich ca. 70%. Dabei unterscheidet sich der prozentuale Anteil der Mütter in der quantitativen und der qualitativen Stichprobe nicht. Die Mehrzahl der Frauen leben in einer festen Partnerschaft mit einem Mann (davon sind drei Viertel verheiratet), zwei Frauen haben eine feste Partnerschaft mit einer Frau. Die übrigen Frauen (knapp ein Drittel) sind zur Zeit nicht fest gebunden. In 10 % der Fälle ist der Partner ebenfalls behindert.

Höchster beruflicher Abschluß und Beschäftigungsstatus: Fast alle Frauen haben eine Regelschule erfolgreich absolviert. Nur zwei Frauen besuchen eine Sonderschule. 5% haben keinen Schulabschluß. Zwei Befragte gehen noch zur Schule. Bei der Teilnahme an einem mündlichen Interview sind Akademikerinnen, die gesprächsbereiter waren, nur etwas häufiger und Frauen, die eine Berufsfach- oder eine Meisterschule absolviert oder einen Teilberufsabschluß haben, weniger stark vertreten als in der quantitativen Stichprobe (es wurde durch gezielte Auswahl einer Verzerrung entgegengewirkt). Als höchsten beruflichen Abschluß geben ca. 30% eine Lehre an, 20% die Berufsfachschule und weitere 20% einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluß. Eine relativ große Gruppe (17%) von Frauen hat gar keinen Ausbildungsabschluß.

Abb. 17: Höchster beruflicher Abschluß



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

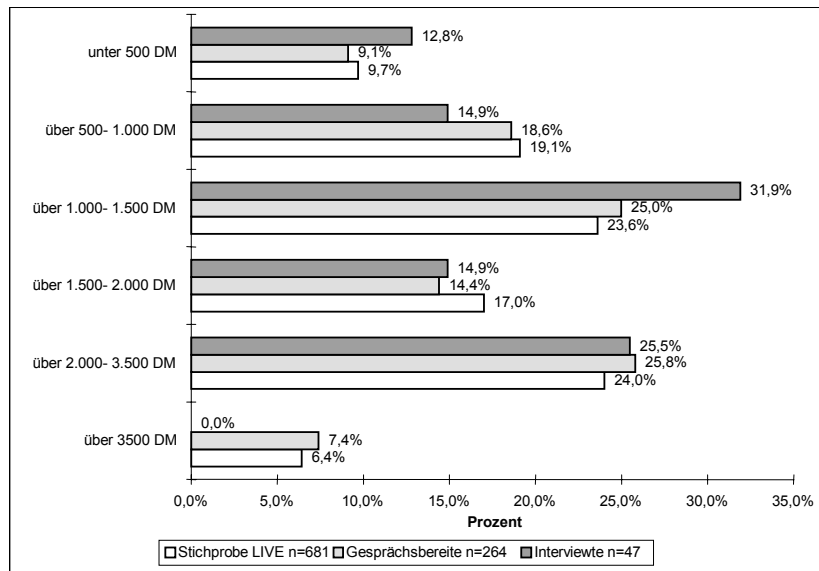
Gut zwei Drittel der interviewten Frauen sind nicht erwerbstätig, davon sind die Hälfte (d.h. insgesamt ein Drittel der Frauen) EU-, BU- oder Vorruhestandsrentnerinnen. 20% der Interviewten sind Hausfrauen, 7% arbeitslos und 10% in Ausbildung. Nur 30% der Frauen geben an, zur Zeit einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Die meisten Erwerbstätigen arbeiten in Verwaltungs- und Büroberufen, in medizinischen Berufen und als Lehrkräfte. Erwerbstätige in Werkstätten für Behinderte und Beschäftigte in geschützten Arbeitsverhältnissen sind gar nicht mündlich befragt worden. Auch die unter „sonstiges“ fallenden Beschäftigungsverhältnisse wie 630-DM-Jobs, Eingliederungshilfe und ABM, erscheinen in der Interviewstichprobe nicht.

Einkommenssituation: Die persönliche Einkommensgrenze bei den interviewten Frauen liegt bei maximal 3500,- DM. Es fällt auf, daß Frauen mit einem persönlichen Einkommen von bis zu 500,- DM bzw. über 1000,- bis zu 1500,- DM besonders häufig mündlich befragt wurden. Insgesamt zeigt sich: In der qualitativen Stichprobe sind mehr arme bzw. ärmere Frauen interviewt worden.

Das Haushaltseinkommen als zweiter Indikator für die finanzielle Situation beträgt bei knapp zwei Drittel der Frauen nur bis zu 3000,- DM. 10 % geben sogar an, in ihrem Haushalt nur bis zu 500,- DM monatlich zur Verfügung zu haben. Auch das persönliche Einkommen beträgt bei 60 % der Frauen nur bis zu 1500,- DM. Dies bedeutet, daß die Frauen der Interviewstichprobe in finanziell eher schlecht dastehenden Haushalten wohnen und ihr Einkommen selbst zum großen Teil an der unteren Einkommensgrenze liegt.

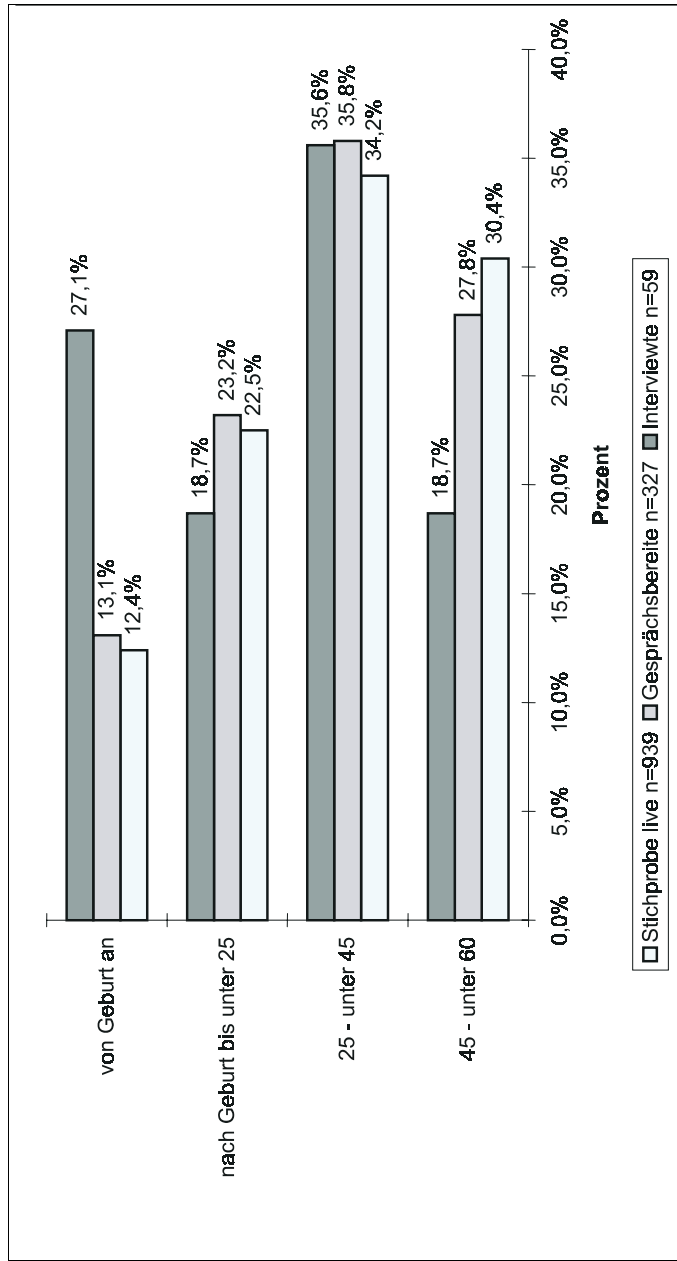
Abb. 18: Persönliches Einkommen



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Alter bei Eintritt der Behinderung: Die gezielte Auswahl von jüngeren Frauen für die mündliche Befragung erhöhte den Anteil derjenigen, die eine Körper- oder Sinnesbeeinträchtigung von Geburt an haben (etwa ein Viertel). Im Alter von 45 bis 60 Jahren haben knapp 20% ihre Beeinträchtigung erworben. Bis zum 25. Lebensjahr sind insgesamt, die seit Geburt Behinderten eingeschlossen, 45% der Befragten behindert. Insgesamt liegt aber der Eintritt der Behinderung bei den Interviewten schwerpunktmäßig im Altersbereich zwischen 25 bis 45 Jahren.

Abb. 19: Alter bei Eintritt der Behinderung



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen, N=987.

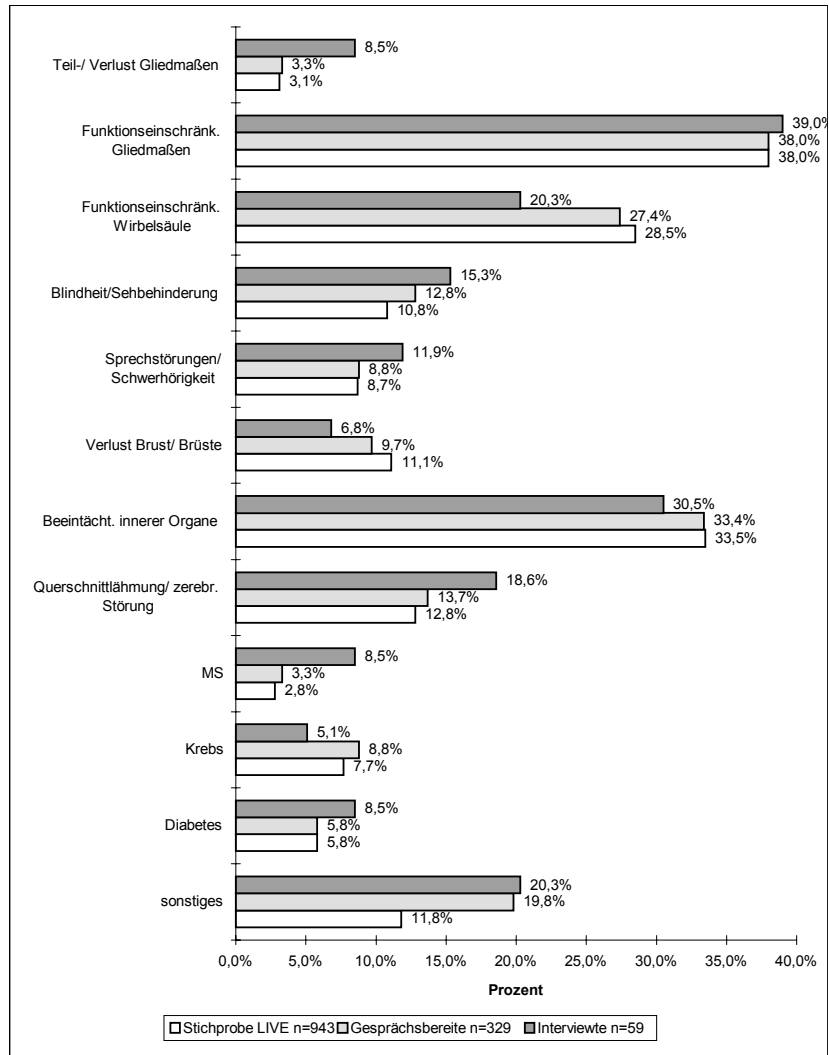
Behinderungsarten: Als Ursache für die Behinderung geben über die Hälfte der Frauen eine Erkrankung an. Bei etwas weniger als einem Drittel handelt es sich um eine angeborene Behinderung. Die Behinderungsarten wurden bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen gezielt gestreut. Daher sind alle auftretenden Behinderungsarten in der Interviewstichprobe vertreten. Es haben an der Interviewbefragung prozentual mehr Sinnesbehinderte teilgenommen als an der schriftlichen Befragung.

In den folgenden (originär medizinisch begründeten) Kategorien sind zum Teil verschiedene Behinderungsarten zusammengefaßt, wie z.B. Querschnittslähmung und zerebrale Störungen, oder Sprach- bzw. Sprechstörungen und Taubheit/Schwerhörigkeit. Die leichten Abweichungen von der Häufigkeitsverteilung der Grundgesamtheit lassen sich aus den genannten Punkten erklären.

Prozentual häufiger als in der Grundgesamtheit erscheinen in der Interviewstichprobe (Teil-)Verluste von Gliedmaßen, Blindheit bzw. Sehbehinderung, Querschnittslähmung bzw. zerebrale Störungen und Multiple Sklerose. Weniger häufig vertreten sind demgegenüber Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, Verlust der Brust bzw. Brüste und Krebs.

88% der Befragten sind mehrfachbehindert. In absteigender Häufigkeit werden genannt: Funktionseinschränkung der Gliedmaßen, Beeinträchtigungen innerer Organe, Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, Querschnittslähmungen incl. zerebrale Störungen, gefolgt von Blindheit und Sehbehinderung. Zu gleichen Anteilen (etwa 10%) treten (Teil-)Verluste von Gliedmaßen, Sprach- oder Sprechstörungen, Multiple Sklerose und Diabetes auf.

Abb. 20: Behinderungsarten



Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=987.

Insgesamt haben mehr junge und mehr ledige Frauen, mehr Frauen mit schlechten finanziellen Verhältnissen, mehr von Geburt an behinderte und mehr sinnesbehinderte Frauen an der mündlichen Befragung teilgenommen, als es bei

einer Zufallsauswahl aus der Grundgesamtheit aller in den Landesversorgungsämtern erfaßten Frauen zwischen 16 und 60 Jahren oder bei einer Zufallsauswahl aus allen in der Stichprobe der schriftlichen Erhebung befragten Frauen zu erwarten gewesen wäre.

Weitere Darstellungen der Stichprobenzusammensetzung sind in den nächsten Kapiteln zu finden: Für die Auswertung in Kap. 6.3 werden die Interviews nach unterschiedlichen Kriterien in Gruppen eingeteilt. In Kap. 6.3.1 wird die Verteilung der Interviews nach Alter der Befragten, nach Behinderungsarten und nach Alter bei Eintritt der Behinderung als Grundlage dieser Gruppenbildungen abgebildet. **Im Anhang 2 befindet sich eine Übersicht über die 60 Interviews mit den Angaben der laufenden Nummer, nach der im folgenden auch zitiert wird, des Alters der Befragten bei Eintritt der Behinderung und zum Zeitpunkt des Interviews, des Familienstandes und der Kinderzahl, der Schul- und Berufsausbildung und der Berufsbiographie sowie des aktuellen Erwerbstätigkeitsstatus.** Es ergeben sich leichte Abweichungen zwischen der Beschreibung der Stichprobe anhand der Angaben, die die Befragten schriftlich im Fragebogen ausgefüllt hatten und die in diesem Kapitel (6.1.1) zugrundegelegt wurden, und anhand der Angaben, die aus dem mündlichen Interview gewonnen werden konnten, die der Gruppeneinteilung in 6.3 und die der Stichprobenübersicht in Anhang 2 zugrundeliegen. **Im folgenden werden die Quellen von Interviewziten mit Nummern angegeben; diese Nummern beziehen sich auf die Liste der Interviews im Anhang 2. Der Übersicht läßt sich somit anhand der Nummern der Interviewkontext entnehmen.**

6.1.2 Teilnahmemotivation

Qualitative und insbesondere qualitativ-biographische Studien leiden häufig unter einer Verzerrung der Stichprobe, weil eher solche Personen zur Teilnahme bereit sind, die sich gern mitteilen, die ihre Geschichte reflektiert haben und deren „sozialgruppenspezifische Thematisierungsbarrieren“ des Privaten niedrig sind (d.h. die Vorstellungen davon, in welchem Maß es schicklich ist, Privates an Fremde mitzuteilen; vgl. Flick 1996, 74ff). Angaben zur Teilnahmemotivation helfen, diese Verzerrung einzuschätzen. Die Motivation wurde mit der Einstiegsfrage erhoben: *„Vielleicht können Sie zunächst etwas sagen über den Hintergrund, wie Sie dazu kamen, an diesem Gespräch teilzunehmen.“*⁵ Dabei ist in Rechnung zu stellen, daß es bei der angegebenen Motivation nicht um „wahre“ Motive gehen kann. Allerdings hat die Antwort auf die Motivationsfrage als Einstiegsfrage eines Interviews einen besonderen Stellenwert: Hier bündeln sich die später das gesamte Interview als zentrale Aspekte der Selbstthematisierung durchziehenden Deutungselemente.

⁵ Alle Zitate erscheinen im Text aus Gründen der besseren Unterscheidbarkeit kursiv gedruckt. Von uns vorgenommene Auslassungen werden jeweils mit drei Punkten (...) markiert. Von uns ergänzte Wörter werden dadurch gekennzeichnet, daß sie in der üblichen Schriftform gedruckt sind. Die Nummern im Text beziehen sich auf die jeweiligen im Anhang 2 aufgeführten Interviews, ebenso die Quellenangabe der Zitate.

Die Angaben zur Teilnahmemotivation an den Interviews konnte in sechs Gruppen eingeteilt werden, wobei manche Frauen mehrere Angaben machten:

1. allgemeines Interesse an der Studie in Verbindung mit dem Wunsch, diese zu unterstützen
2. gezielte Erwartungen an die Studie incl. Auftrag an die Gesetzgebenden
3. der Wunsch, die Situation für behinderte Menschen zu verbessern und eigene Erfahrungen an andere weiterzugeben
4. Botschaften an die nicht-behinderte Öffentlichkeit
5. Bedürfnis, über die eigenen Probleme zu sprechen und dabei Unterstützung zu bekommen
6. eigener Informationsbedarf und Wunsch nach Austausch
7. Keine spezifische Motivation / Bezug zum Landesversorgungsamt
8. Frauenspezifik des Befragungsansatzes.

Die zweite bis vierte Motivgruppe haben **Veränderungserwartungen** gemeinsam („Ja, weil ich ... mir auch was davon verspreche, daß sich insgesamt mal was ändert, also in bezug auf Behinderung“: 54; vgl. 59, 51, 17, 10), die unterschiedlich konkret vorgebracht werden, mit einer Spannbreite von sehr konkreten Veränderungsvorschlägen bis zur allgemeinen Veränderung des Bildes von Behinderten in der Öffentlichkeit. In der Interpretation dieses Motivs stellten wir den Zusammenhang her, daß die Befragten für sich wenig Möglichkeiten der Teilhabe, der Einflußnahme und der Aufklärung der Öffentlichkeit über ihre eigene Situation haben und nun in dem Interview eine Chance sehen, etwas in dieser Richtung zu bewirken, wobei z.T. die Möglichkeiten des Interviews oder der Forscherinnen weit überschätzt werden („Ja, also ich hab das gekriegt und hab gedacht, na ja, gut, jetzt kann man den Leuten mal an höherer Stelle mal beibringen, daß sie nicht nur vom grünen Tisch arbeiten sollen.“ 50).

Das dritte Motiv beinhaltet allgemein, einen **Beitrag zur Unterstützung und Hilfe anderer Frauen/Menschen mit Behinderung und zur Verbesserung ihrer Situation** zu leisten. „Helfen“ ist in einigen Interviews zentrales und frauentypisches Lebensmotiv (vgl. Kap. 6.4.3) und heißt als Teilnahmemotivation für einige Frauen - insbesondere für solche mit positiven Bewältigungserfahrungen -, eigene Erfahrungen weiterzugeben (z.B. „Ja, an dem Hintergrund, einfach so, ich habe Heilung erfahren und möchte anderen Menschen gerne etwas weitergeben ..., um anderen damit evtl. helfen zu können“: 48).

Das Motiv einer **Aufklärung der Öffentlichkeit** darüber, wie Frauen mit Behinderung leben, was sie denken und welche Probleme sie haben, weist noch auf ein weiteres zentrales Motiv in den Interviews hin: Nicht nur die eingeschränkte politische Wirksamkeit, sondern auch die eingeschränkte Kommunikation ließ das Interview als Chance und Gelegenheit erscheinen, die Barriere des Unverständnisses zu überwinden: „Ja und ich bin der Meinung, auch andere Menschen sollten erfahren über die Behinderung der Menschen, ihrer Mitmenschen. ... ich habe manchmal den Eindruck, daß einige gar nichts wissen.“ (51, vgl. 59) „Die meisten, die wissen gar nicht, was es so für Probleme gibt, daß man was

hat, daß man nicht so einfach leben kann.“ (17) „... daß man über Behinderungen spricht ..., das bleibt immer so im Dunkeln, und wenn das mal öffentlich gemacht wird, da liegt mir was dran.“ (11; vgl. 10)

Die fünfte Motivgruppe beinhaltet **Äußerungen zu eigenen Problemen**. Die Verständigungsbarrieren - die Nichtbehinderten wissen nicht, wie es Behinderten geht - können sehr privat und der Mangel an Gesprächspartnern und -partnerinnen ein Motiv für das Interview sein. Entsprechende Wünsche an die Interviewerin lauteten z.B.: „Ja, einen Menschen zu haben, mit dem man sich einfach so ungezwungen über dieses Problem überhaupt ... unterhalten kann, damit man mal den Druck losbekommt Das sind ja viele Dinge, die man eigentlich für sich behält auch, ne ... Und deswegen fand ich das eigentlich ganz gut, schon anhand des Fragebogens, daß das eigentlich so ein bißchen auch im Gespräch weiter geführt wird.“ (45) „... dann wollte ich eigentlich so mal mit jemandem so richtig mal drüber reden, weil man ja nicht mit jedem darüber reden kann. ... Und eigentlich nur, weil manche es einfach so nicht verstehen ...“ (15; vgl. 52).

Die sechste Motivgruppe ist für qualitative Interviews untypisch. Das Interview wird hier als Chance dargestellt, **etwas über sich** und über die „eigene Situation“ (16) **zu erfahren** oder eine Chance zu einem „Austausch“ (27, 60, 32) zu erhalten und dazu, etwas über Sichtweise und Leben anderer als Außenperspektive zu hören. Dies ist eine erstaunliche Erwartung angesichts der asymmetrischen Interviewkonstellation, bei der auf den ersten Blick die Interviewerin etwas von der Befragten erfährt und nicht umgekehrt: „Auch wie man in der Gesellschaft aufgenommen wird, wie man angenommen wird und behandelt, das interessiert mich vor allem.“ (39) „Mich hat es eigentlich mal interessiert, wie so andere Leute leben, und so halt das ganze Interesse, sich mal auszutauschen.“ (60; vgl. 32; 27) „Ja, um mal zu erfahren, wie die Situation aussehen wird oder aussehen könnte von behinderten Menschen speziell von Frauen. Mal zu erfahren, wie andere leben, wie andere damit umgehen und damit fertig werden.“ (39) „Ich habe mir erhofft, daß ich durch dieses Interview auch dann erfahren kann, was z.B. andere Leute da drüber gesagt haben, andere Frauen, wie die da drüber denken, und auch ob das für sie schwieriger ist... welche Perspektiven sie hatten, und wie sie damit leben.“ (44; vgl. 34) Wir vermuten, daß die Behinderung der Interviewerinnen eine Rolle spielte für diese Erwartungshaltung (vgl. Kap. 6.1.3). Häufig ergaben sich im Anschluß an das Interview Gespräche und es wurde der Wunsch nach Rückmeldungen über die Ergebnisse geäußert.

Eine gesonderte Gruppe bilden Aussagen, die im Sinne eines „Warum nicht“ (1) keine positive „eigene“ Motivation erwähnen. „Ja durch ... den Fragebogen ... und Ihren Anruf bedingt, daß Sie jemand gesucht haben, die Interviews geben und nicht nur die Fragebögen zurückschicken, habe ich mich mal dazu bereit erklärt.“ (14) „Ich wurde angeschrieben und habe einen Fragebogen ausgefüllt. Und da wurde auch die Frage gestellt, ob ich bereit wäre, ein Interview zu machen über die Problematik von behinderten Frauen. Und da habe ich zugesagt. Und daraufhin bekam ich dann die Nachricht und die Terminierung. Und so ist es zu diesem Interview gekommen.“ (19) „Ich wurde gefragt, also habe ich geantwortet.“ (33; vgl. 9) Trotz ausführlicher und unmißverständlicher Hinweise im

Beiblatt zum Fragebogen, daß das Landesversorgungsamt lediglich den Fragebogen verschickte, und trotz ausdrücklicher Kennzeichnung „SoFFI K.“ auf dem Fragebogen (zum Versendungsmodus des Fragebogens: vgl. Kap.4.3.2) stellten zwei Frauen eine Verbindung zum Landesversorgungsamt her und hielten das Interview zunächst für eine dienstliche Angelegenheit (was dann aufgeklärt wurde).

Von einigen Frauen wird der **frauenbezogene Forschungsansatz** als ausschlaggebend für ihre Teilnahmebereitschaft genannt. *„Ich fand das echt tierisch gut, weil die, - endlich tut mal jemand was für die behinderten Frauen.“* (6) *„Es geht um Frauen und es geht um behinderte Frauen ... Und (das) sind beides Themen, die wichtig sind.“* (3; vgl. 20) *„In Frauensachen habe ich immer Interesse.“* (30)

Einige Befragte waren sich nicht sicher, ob sie „passend“ sind und ob sie „das Richtige“ haben (58) oder dachten, sie seien zu „unergiebig“ (30) und das, was sie zu sagen hätten, sei nicht wichtig (8). Hier steht zur Disposition, ob sie sich der Zielgruppe der Befragung zugehörig fühlen oder „in dem Sinne nicht behindert oder benachteiligt“ sind (40): *„Als ich den Fragebogen gekriegt hab,... da habe ich also beim Lesen gedacht, das betrifft mich überhaupt gar nicht, weil ich bin ja nicht so in dem Sinne behindert. Man hat ja so Vorstellungen, was ist ne Behinderung und so..... daß ich erst (später) dachte, also Behinderung ist für mich doch was sehr Einschneidendes, und ich hab dann darüber nachgedacht, als ich diesen Fragebogen gelesen hab, und dachte, auch wenn es mich jetzt nicht hundert prozentig betrifft.“* (20)

Es ist nicht auszuschließen, daß die in Aussicht gestellte Aufwandsentschädigung von DM 30,- für einige Frauen ein wichtiger Teilnahmegrund war, dies wird aber nie genannt. Andererseits haben sich auch einige Frauen geweigert, das Geld von der Interviewerin anzunehmen.

Die Teilnahmemotive werden in Kap. 6.1.4 zusammen mit der Stichprobenbeschreibung in Verbindung mit der Bewertung der Teilnahmeverzerrung und der Aussagegüte der qualitativen Interviews diskutiert.

6.1.3 Interviewinteraktion

Vorüberlegungen: Interviewerin trifft auf zu Interviewende, Frau trifft auf Frau, Frau mit Behinderung trifft auf Frau mit Behinderung

Frauen mit Behinderung erzählen Frauen mit Behinderung etwas anderes als Frauen ohne Behinderung. Dieser Effekt ist zu diskutieren, um die Aussagekraft der Interviews einzuschätzen.

Die Entscheidung dafür, als Interviewerinnen Frauen mit Behinderung zu gewinnen, ist zum einen politisch begründet: Die entsprechende Forderung von Selbsthilfegruppen und politischen Verbänden zielt darauf, die Hierarchie zwischen Wissenschaftlerinnen ohne Behinderung und befragten Frauen mit Behinderung aufzuheben. Zum anderen ist der Einbezug von Frauen mit Behinderung als Forschende gelebte Nicht-Diskriminierung und sollte selbstverständlich sein.

In der Interviewschulung (vgl. Kap. 4.3.4) wurde von der zentralen Verortung qualitativer Verfahren als „methodisch kontrolliertem *Fremdverstehen*“ ausgegangen. Die Gemeinsamkeit, daß Interviewte wie Interviewerin Frauen mit Behinderungen sind, heißt noch nicht, daß sie sich als einander Vertraute begegnen und sich automatisch verstehen. Auch diese Situation, in der mehr Verstehen unter den Beteiligten vorausgesetzt werden kann, erfordert von der Interviewerin dennoch das Zugestehen von Fremdheit. Der Interviewten wird die Möglichkeit eingeräumt, daß sie eine sehr eigene Sicht hat, die sich nicht von allein erschließt, sondern für die ein Verstehen erst gewonnen werden muß. Aus den gemeinsam geteilten Behinderungserfahrungen folgt nicht automatisch Verstehen, denn Frauen mit Behinderung sind untereinander so verschieden wie Frauen ohne Behinderung untereinander - z.B. nach Schicht- und Generationenzugehörigkeit, Herkunft aus Ost- oder West-Deutschland und Migrationsstatus. Auch wenn die Rolle als Frau und die Rolle als Behinderte jeweils einen im Einzelfall zu bestimmenden gemeinsamen Erfahrungshintergrund des Interviewpaares beinhalten können, und auch wenn die Frauen eine ähnliche Behinderung haben, kann der gleiche Sachverhalt von jeder Frau je nach Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster anders beantwortet und dargestellt werden. Unterschiede zwischen Interviewerin und Interviewter sind auch auf der Ebene der vorgegebenen Situationsdefinition verankert: Die eine hat die Rolle der professionellen Interviewerin und die andere die der zu Interviewenden, die ihre Geschichte und Wünsche etc. erzählen wird. Jede der beiden Frauen hat eine andere Aufgabe in der gemeinsam zu gestaltenden Situation.

Einfluß der Behinderung der Interviewerin auf die Teilnahmebereitschaft

Im Anschreiben wurde interessierten Frauen mitgeteilt, daß das 1½ stündige Interview von einer ebenfalls behinderten Interviewerin durchgeführt würde. In Kap. 6.1.2 wurde bereits diskutiert, daß insbesondere die Teilnahmemotive „*Wunsch nach Austausch*“, nach „*Information*“ und nach „*einer Möglichkeit, über die eigenen Erfahrungen zu sprechen*“, als positive Reaktion auf die angekündigte Interviewkonstellation gewertet werden können.

Mit der Behinderung der Interviewerin ist das Thema „Behinderung“ in der Interviewsituation doppelt präsent. Das kann „Normalität“ und Nähe herstellen und einen gemeinsamen Erfahrungsraum aufspannen, wie es explizit in einigen Interviewinteraktionen zu beobachten war (im Material erkennbar z.B. am Übergang zum Interviewte und Interviewerin einschließenden „wir“). Ob dies die Teilnahmemotivation fördert, hängt davon ab, ob die Befragte einen solchen gemeinsamen Erfahrungsraum nutzen will und die doppelte Präsenz von Behinderung als Stärkung empfindet. In einigen Interviews wurden biographische Strategien erkennbar, möglichst wenig mit anderen Frauen oder Menschen mit Behinderung in Kontakt zu treten, die Konfrontation eher als belastend zu empfinden und den Umgang mit Nichtbehinderten vorzuziehen. Die Bedeutung einer solchen (Distanzierungs-) Strategie hängt wiederum damit zusammen, welche Haltung die Frau zu ihrer eigenen Einschränkung einnimmt. Gerade der Kontakt mit Nichtbehinderten kann wichtig sein, um die eigene Behinderung/Krankheit (partiell) vergessen oder verdrängen zu können. Eine negative Reaktion (i.S.

einer Absage) war auf einem zurückgesandten Fragebogen vermerkt: „*Ich wäre zu einem Gespräch/Interview bereit gewesen, hätten Sie nicht ausdrücklich erwähnt, daß die Gesprächspartnerin selbst behindert sein würde... Nach vielen eigenen Erlebnissen/Kontakten/Gesprächen während des Aufenthalts in Kliniken und auch in stundenlangen 'Warteschleifen' vor Untersuchungsräumen, bei denen Menschen in gleicher oder ähnlicher gesundheitlicher Situation das dringende Bedürfnis haben, mit Fremden über ihre Behinderung zu diskutieren ... glaube ich, daß ein Interview durch eine ebenfalls Behinderte zu keinem im Sinne der Untersuchung guten Ergebnis kommen kann.*“ (Fb 606)⁶

Rekonstruktion aus Textmaterial und Rückmeldungen der Interviewerinnen: Interaktion und Bedeutung der Behinderung

Eigentlich handelt es sich bei einem Text aus einem qualitativen Interview nicht oder nicht in erster Linie um eine Erzählung der Befragten, sondern immer um die Dokumentation einer Interaktion - bestehend aus Frage und Antwort, Erzählaufforderung und Erzählung -, in deren Rahmen die Befragte ihre Geschichte „produziert“. Dabei reagiert die Befragte innerhalb der sich entwickelnden Interaktion auf die Interviewerin und ebenso reagiert die Interviewerin auf die Befragte. Daß die Interviewerin reagiert, ist nicht eine Frage der fehlenden professionellen Schulung, sondern Grundbedingung gelingender Kommunikation. Die Dynamik der Interaktion für das Erzählte spielt also in jedem Fall eine Rolle. Meist wird die Interaktionsebene aber vernachlässigt, wenn das Interview unter unauffälligen „Normal-Kommunikationsbedingungen“ stattfindet. Bei dem hier vorgestellten Auswertungsverfahren ist die Interaktionsebene als eine der Auswertungsebenen im Auswertungsverfahren einbezogen.

Die folgenden Interaktionsbeschreibungen wurden zum einen aus der Interview-Interpretation gewonnen (Rekonstruktion der Interaktion, die Hinweise auf Bewältigungsstrategien über die Gestaltung sozialer Beziehungen gibt), zum anderen aus den Rückmeldungen der Interviewerinnen bei einer Auswertungs-Gruppendiskussion. Die Abkürzungen als Quellenangaben stehen für die Namen der Interviewerinnen.

- **Interaktion vor dem Interview: Aushandeln und Beispiel für Kompetenz**

Die Interviewerinnen hatten z.T. bei der schriftlichen Ankündigung und telefonischen Terminvereinbarung ihre Behinderung mehr oder weniger genau mitgeteilt. Stichworte zur Beschreibung der Interaktion aus Sicht der Interviewerinnen waren: die Befragten waren „gespannt“, wer kommt (R), die Interviewerinnen befürchteten „Irritationen“ oder der Bedarf an Unterstützung mußte ausgehandelt werden, z.B. die Zugänglichkeit der Wohnung (S), die Notwendigkeit einer genauen Wegbeschreibung, Handführung oder Armführung oder das Abholen an

⁶ Die Quellenangabe bezieht sich auf die Nummerierung der Fragebögen

der U-Bahn-Station (C, A). *„Und ich hab ganz klar gesagt, was ich brauche am Anfang und hab vorher gefragt, und dann haben wir das immer regeln können.“* (S) Auf diese Weise „wirkte“ das Handling der Behinderung auf Seiten der Interviewerin bereits vor dem Interviewbeginn. Die Interviewte entwickelte Konzepte über die Interviewerin und umgekehrt. Durch das Aushandeln von Bedingungen wird Behinderung zum offenen Thema, der Umgang vermittelt gleichzeitig eine Normalität und Handhabbarkeit der körperlichen Einschränkung. In der Konfrontation mit der Behinderung der Interviewerin erleben die Befragten ein Beispiel für Kompetenz: *„Und daß es viele dann entlastet hat, wenn sie gemerkt haben, wie mobil ich doch dabei bin.“* (S) *„Ich denke, daß viele Frauen das gut fanden. Ich hab eine sichtbare Behinderung, ich mach eine lange Reise, ich verdiene mit den Interviews Geld... also daß ich mich mit meiner Behinderung nicht zuhause hinsetze und mich verstecke.“* (C) Die Konfrontation mit der Bewältigung von Sprach-, Artikulations- und Schreibproblemen, mit der Notwendigkeit besonderer Lichtverhältnisse, mit Armführung oder Zugänglichkeitsbarrieren kann - muß aber nicht! - nach anfänglicher Verunsicherung auf Seiten der Interviewten zu mehr Interesse und Vertrautheit führen.

- **Behinderung wird unwichtiger während des Interviews**

Die Eigendynamik des Erzählens bedeutete in einigen Interviews, daß die spezifische Behinderung der Interviewerin immer unwichtiger wurde. Im Laufe des Interviews trat das Gegenüber als Person mit bestimmten Eigenschaften in den Hintergrund: *„...in dem Moment, wo die Frauen über das Leid oder ihre Behinderung sprechen, sehen sie mich gar nicht mehr als Behinderte ... und sehen mich vielleicht gar nicht mehr, sondern sprechen von sich und sind auf sich fixiert.“* (A) *„... daß es während des Interviews eigentlich wichtig war, daß da eine sitzt, die Expertin ist im Führen von Interviews und die was über Behinderung weiß, aber daß es irgendwie meist nicht so wichtig war, daß ich selbst behindert bin.“* (R) Die nachrangige Bedeutung der Behinderung für die Interaktion war insbesondere zu beobachten, wenn ein großer Rededrang bestand oder wenn die Begegnung auf einer Professionalitätsebene definiert wurde.

- **Solidarisierungen und Nähe**

Bei den meisten Interviews war nach Rückmeldung der Interviewerinnen die Behinderung der Interviewerinnen sehr wichtig gewesen für das Entstehen von Nähe, für eine große Offenheit der befragten Frauen und für das professionell kompetente Bild einer Frau mit Behinderung, das sie vermitteln konnten. *„Die Frau hat ganz klar zu mir gesagt, Sie sind ja auch behindert, Ihnen kann ich das gut erzählen.“* (K) Die Interviewerinnen berichteten von Solidarisierungen: *„Ja, das kennen Sie doch auch, und Sie wissen ja sicher.“* (C) und von der Bedeutung des Verstehens: *„Der war es wichtig zu wissen: So, die weiß, wovon ich rede.“* (C) *„Eine unausgesprochene Regel, die andere weiß wovon ich rede, und dann nachher 'ja, Sie kennen das ja sicher' .. das lag so in der Luft.“* (B) Interviewerin und Interviewte standen 'auf derselben Seite'. Diese Solidarisierungen erleichterten das 'Schimpfen' über z.B. das Medizinsystem.

Im einzelnen ergaben sich eine Reihe von Interaktionsstrukturen, die sich als das **Aufeinandertreffen unterschiedlicher Bewältigungsstrukturen** beschreiben lassen.

- **Sozialer Vergleich, Schonung der Interviewerin**

Generell ist der Vergleich mit anderen, denen es noch schlechter geht, eine häufige Bewältigungsstrategie im Sinne eines Tröstungsversuchs. Mit der Präsenz zweier unterschiedlicher Behinderungsarten ist implizit auch der Vergleich präsent, wem es besser oder schlechter geht. Eine Interviewerin spürte einen solchen Vergleich: „...eine Frau hat es dann auch mal gesagt: 'Ja, wenn ich Sie so sehe, dann geht es mir richtig gut. Da gibt es jemanden, dem geht es schlechter.'“ (R) Auffällig war, daß viele Befragte bei der Frage nach Diskriminierungen andere Behinderungsarten als Beispiele für Diskriminierung nannten, als die Interviewerin aufwies (war die Interviewerin z.B. Rollstuhlfahrerin, wurden gerade Rollstuhlbeispiele vermieden). Dies wurde als Schonung und Vermeiden der Aussage interpretiert, jemand wie die Interviewerin werde sicher diskriminiert.

- **Gemeinsames Ausblenden**

Treffen zwei gleichartige Behinderungen aufeinander, ist zwar auch ein Vergleich möglich, aber hier beinhaltet eine Aussage über die eigene Behinderung auch eine Aussage über die Behinderung der Interviewerin und umgekehrt. Eine Interviewerin beschrieb für sich und für eine Befragte eine Vermeidungsstrategie: „Wenn ich halt mit Menschen zu tun hab, die dieselbe Behinderung haben, dann ist das wie mich im Spiegel anzugucken, ich seh mich dann nochmal anders ... ich bin dann verletzlicher und mir macht das dann einfach nochmal was anderes aus. Und ich finde das ist auch so ein Schutz, nicht auf diese Ebene zu gehen.“ (B)

- **Problematisierungsperspektive und De-Problematisierung**

In einigen Interviews ließ sich eine schwierige Interaktionssituation rekonstruieren, bei der sich eine Problemsuche seitens der Interviewerin und ein „Abwiegeln“ seitens der Befragten gegenseitig aufschaukelten. Von einigen Befragten wurde eine De-Problematisierung als Strategie des Umgangs mit Schwierigkeiten in die Interaktionssituation des Interviews eingebracht („Ich habe damit keine Probleme, alles ist normal“). Wenn die Interviewerin nun problematisierte, verstärkte sich diese Strategie, was die Interviewerin wieder dazu brachte, gezielt nach den Problemen zu fragen. So kam es z.B. bei Fragen nach Ängsten zu einer ausweichenden Antwort. Bei Fragen nach Wünschen konnten jedoch die Ängste angesprochen werden.

- **Interaktion nach dem Interview: Austausch**

Wichtig waren auch die Situationen vor und nach einem Interview, da hier - anders als im Interview selbst - Raum war, sich mit der Interviewerin und ihrer Behinderung auszutauschen. Die Interviewerinnen berichteten von „Fragen an mich ...“, wie ich denn damit umgehe“ (B), von Anfragen seitens der Befragten: „Darf ich Ihnen mal ne intime Frage stellen?“ (R) oder von „sprudelnden“ Nachgesprächen im Anschluß an das Interview, die kaum zu stoppen waren (A).

Die folgenden Beispiele aus den Interviews beschreiben bestimmte **Interaktionen im Interviewverlauf**, die aus dem Zusammentreffen einer spezifischen Behinderung mit einer anderen spezifischen Behinderung entstehen.

- * **Blindheit und Sehbehinderung**

Eine blinde Interviewerin trifft auf eine sehbehinderte Frau, die an Retinitis pigmentosa, einer Netzhauterkrankung mit der Gefahr der Erblindung, erkrankt ist. Sie hat die Krankheit an ihre Tochter vererbt, die sehr darunter leidet. „*Ich habe nämlich damals noch gar nicht gewußt, daß es vererblich ist. Ich wußte auch nicht..., daß das so eine Behinderung werden könnte, daß man also blind wird.*“ (1) Die Interviewerin ist genau im Alter der Tochter der Interviewten, d.h., so die Interpretation der Interaktion, die Befragte sieht vor sich das, was ihre größte Angst und ihre Schuldgefühle berührt: eine erblindete Frau im Alter ihrer Tochter, die möglicherweise eines Tages auch erblinden wird aufgrund der von ihrer Mutter vererbten Krankheit. Das Spezifische der Mutter-Tochter-Interaktion spiegelt sich in aller Widersprüchlichkeit (Selbstwert über die gelungene Mutterrolle, Schuldgefühle wegen der Vererbung der Augenerkrankung) in der Interviewinteraktion mit der Interviewerin wieder.

- * **Multiple Sklerose und die Inanspruchnahme von behinderungsspezifischen Hilfen**

Eine an Multiple Sklerose erkrankte Frau, die große Angst hat, 'im Rollstuhl zu landen', und für die das Benutzen von Gehhilfen ein Eingeständnis an die unberechenbare Krankheit ist, trifft auf eine gehbehinderte Interviewerin mit Krücken/Rollstuhl. Die selbstverständlich orthopädische Hilfen in Anspruch nehmende Interviewerin, die sie auch im Interview verbal unterstützt, löst eine Verstärkung der gegenläufigen Strategie der Interviewten aus: Kampf gegen sich selbst, um nie in der 'abhängigen' Position der anderen (im Rollstuhl) zu landen (24).

Zusammenfassung: Bewertung der Interviewinteraktion

Entsprechend den diskutierten Punkten aus dem Interviewmaterial und den Rückmeldungen der Interviewerinnen können Thesen zur Interviewkonstellation formuliert werden:

(1) Die **Präsenz von Behinderung** in der Interaktion ist für die Auseinandersetzung mit Behinderung wichtig.

(2) Auch bei relativer Homogenität des Interviewpaares ist immer **Fremdheit** dabei, z.B. bei Unsicherheiten bezüglich der verschiedenen Behinderungen: *'Was braucht die andere, wie soll ich mich verhalten?'*, aber auch bezogen auf differente Bewältigungsstrategien.

(3) Die Befragten wünschten sich einen Austausch. Durch Gespräche vor und insbesondere nach dem Interview wurde eine **Solidarisierung** aufgebaut, was insbesondere für Frauen wichtig war, die keinen Kontakt zu anderen Menschen mit Behinderung haben. Im Interview selbst setzten die Befragten ein Verstehen der Interviewerin vielfach voraus.

(4) In der Interviewinteraktion treffen **unterschiedliche oder ähnliche Bewältigungsstrategien** aufeinander, mit denen die Anwesenheit der Behinderung (der eigenen und der des Gegenüber) bearbeitet wird. Die Strategien der Interviewerinnen können beeinflusst sein von Vorstellungen über eine anzustrebende Bewußtwerdung der eigenen Behinderung, von Konzepten über Verarbeitung etc. Die Strategien der Interviewten können sich z.B. einer Normalisierung, Schonung, Ausblendung oder eines Abwärtsvergleichs (vgl. Kap. 6.3: 'andere, z.B. die Interviewerin, sind schlimmer behindert') bedienen. Komplementäre oder gemeinsame Strategien können sich in der Interaktionssituation in der wechselseitigen Reaktion aufeinander einspielen. Die beiden Behinderungen des Interviewpaares bilden eine Folie, einen Rahmen für das Interview, auf dem der Interviewtext gelesen bzw. interpretiert werden muß. Auch die Situationen vor und nach dem Interview enthalten wichtige Informationen für die Interviewte darüber, welche Bedeutung die Behinderung für die Interviewerin einnimmt .

(5) Die Interviewerinnen stellen **eine Öffentlichkeit von kompetenten Frauen** mit Behinderung dar. Sie sind mobil, sichtbar behindert und gehen alle selbst mit den Themen um, zu denen sie die Interviewten befragen. Mit dieser öffentlichen Präsenz setzen sie auch einen Standard für Frauen mit Behinderung.

(6) Insgesamt bestätigten die Interviewerinnen die Ergebnisse, die bei der Auswertung der Teilnahmemotivation erarbeitet wurden: Wunsch nach Verstandenwerden, Aussprache und Austausch und die Unsicherheit über die eigene Behinderungsdefinition bestimmten auch die Interaktionssituation.

Neben diesen behinderungsspezifischen Interaktionsaspekten kamen unterschiedliche Kommunikationsstile und Interaktionsspiele zum Tragen, wie sie in qualitativen Erhebungen, aber auch in jeder menschlichen Alltags-Kommunikation zu finden sind (bezogen auf Gesprächigkeit, Dominanz, verbale Vermittlungsfähigkeit, Rollendefinition im Interview etc.).

Anhand der diskutierten Punkte wird deutlich, daß eine ähnliche Betroffenheit hier nicht per se mit gegenseitigem Verstehen, aber auch nicht per se mit Fremdheit einhergeht. Die Nähe führt z.T. zu produktiven, z.T. zu schwierigen Konstellationen von Bewältigungsstrategien, die auf der Interaktionsebene sorgfältig zu rekonstruieren sind. Insgesamt wurde aber aus den Interviews und Rückmeldungen deutlich, wie wichtig es für viele Frauen war, daß sie von einer Interviewerin mit Behinderung aufgesucht und befragt wurden. Auch für die Interviewerinnen ergab sich ein Gewinn. Sie formulierten in den Auswertungsge-

sprächen eine Erkenntnis der Differenz: „Diese Frauen setzen sich mit ihrer Behinderung ganz anders auseinander als ich.“ (R) „Also behindert sein bedeutet nicht gleich, eine ähnliche Form des Denkens oder des andere Leute Behandelns.“ (A)

6.1.4 Zusammenfassung und Aussagekraft des Interviewmaterials

Für diese Studie wurden Frauen aus einer breit angelegten, standardisierten Befragung gefragt, ob sie zu einem weiteren, diesmal mündlichen biographischen Interview, geführt von einer Frau mit einer Körper- oder Sinnesbeeinträchtigung, bereit seien. Aus der Gruppe der Gesprächsbereiten wurde eine hochselektive Stichprobe nach den Gütekriterien qualitativer Forschung (Repräsentanz, nicht Repräsentativität) zusammengestellt.

Die Bereitschaft zu einem qualitativen Interview zeigt die bekannte Verzerrung: junge Frauen zwischen 25 und 35 Jahren sind im Vergleich zu einer schriftlichen Befragung mündlich gesprächsbereiter als ältere Frauen, ledige Frauen mehr als verheiratete, Frauen mit einem hohen mehr als solche mit einem niedrigen Bildungsabschluß. Diese Effekte wurden durch die selektive Stichprobensammlung überlagert.

Die endgültige **Zusammensetzung der Stichprobe** zeigt ‚*blinde Flecken*‘: So können keine Aussagen zur subjektiven Sichtweise von Heimbewohnerinnen, Frauen in Werkstätten für Behinderte oder in geschützten Arbeitsverhältnissen gemacht werden. Alle anderen Merkmale - Alter, Familienstand/Kinderzahl, Erwerbstätigkeit, Alter bei Eintritt der Behinderung, Ursache und Art der Behinderung – kommen in sehr unterschiedlichen Ausprägungen vor.

Verglichen mit anderen qualitativen Untersuchungen kann über die subjektive Sichtweise von Frauen berichtet werden, die sonst in qualitativen Studien nicht angesprochen werden bzw. sich nicht angesprochen fühlen: Frauen ohne Ausbildungsabschluß (fast 20% der Stichprobe), EU-, BU- oder Vorruhestandsrentnerinnen (ein Drittel der Stichprobe) und Frauen mit geringem Einkommen. D.h. es kommen gerade Frauen zu Wort, die nicht in einer bildungs- oder ökonomisch bedingten privilegierten Situation leben oder die mit hochindividualisierten Lebensentwürfen und gewohnt, das eigene Leben zu reflektieren, zu den sonst bevorzugten Interviewpartnerinnen gehören. Der qualitative Befragungsteil kann also über ein breites Spektrum an unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen mit einer Körper- oder Sinnesbeeinträchtigung Auskunft geben, über sehr unterschiedliche Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten und über unterschiedliche Belastungen. In den Blick geraten nicht nur Belastungen aufgrund der Beeinträchtigungen, sondern auch - oft mit der Beeinträchtigung zusammenhängend - Belastungen aufgrund sozialer Lebensbedingungen.

Die **Teilnahmemotive** geben eine andere Art von Antwort darauf, welche Frauen teilgenommen haben. Die Angaben zu den Motiven sind heterogen und reichen vom Wunsch, über die schwierige eigene Situation zu sprechen, bis zur Hilfe für andere, von der Wertschätzung des Frauenbezugs und einem Interesse an der Studie bis zur falsch verstandenen Pflichterfüllung gegenüber dem Lan-

desversorgungsamt, vom Wunsch nach Kommunikation und Austausch bis zur politischen Intention. Gerade aus der Situation als behinderte Frau in dieser Gesellschaft, aus der Erfahrung von Unverständnis und Isolation, mangelnder Teilhabe und Benachteiligung ist ein Teil der Motivation erwachsen. Auch hier unterscheidet sich die Studie von qualitativen Befragungen allgemein zum einen durch die Heterogenität der Motive bis hin zum Fehlen eines „eigenen“ expliziten Motivs (!). Für einige Befragte stellte das Interviewangebot eine Chance dar, die mehr beinhaltet als die Teilnahme an einem Forschungsvorhaben. Die Möglichkeit wurde wertgeschätzt, die eigene Geschichte einer Frau zu erzählen, von der aus eigener Betroffenheit heraus Verständnis erwartet werden konnte. Es wurde erwartet, einen Austausch zu erfahren und zu einer Verbesserung der eigenen Lebenssituation und der anderer Frauen in einer ähnlichen Lage beizutragen. Es ist davon auszugehen, daß unter den angebotenen Bedingungen auch Frauen an der Befragung teilgenommen haben, die sonst nicht zu einer Auskunft bereit gewesen wären.

Neben den üblichen Gründen, an einem biographischen Interview *nicht* teilzunehmen, von der körperlichen Verfassung über organisatorische Schwierigkeiten bis zu sozialgruppenspezifischen Hemmungen, jemand Fremdem Privates mitzuteilen, dürften die Interviews jene Frauen nicht einbezogen haben, die sich ‚nicht behindert genug‘ gefühlt haben, und jene sind eventuell zu stark vertreten, die aus Gründen der Isolation und fehlender Kommunikation heraus teilgenommen haben.

Eine allgemeine Analyse der **Interviewinteraktion** zeigt einen Effekt der spezifischen Interviewerin-Interviewten-Konstellation. Generell ist ein solcher Interviewerinnen-Effekt immer in qualitativen Interviews gegeben und in jeder Kommunikation ‚normal‘. Er wird jedoch häufig vernachlässigt, wenn die Situationsbeteiligung von Menschen ohne Behinderung zu einer selbstverständlichen ‚Normalitätsannahme‘ führt.

Es ist davon auszugehen, daß die befragten Frauen anderes und anders berichteten, als sie es gegenüber einer Interviewerin ohne eine Beeinträchtigung getan hätten. Die Interaktion ist eine andere, z.T. eine offenerere, z.T. aber auch eine - gerade aufgrund von bestehender Nähe - schwierigere. Die Interaktion wird hier als eigenständiger ‚Text‘ und eigenständige Auswertungsebene in die Interpretation mit einbezogen. Daraus werden Hinweise auf Lebens- und Beziehungsgestaltung und Bewältigungsprobleme ebenso wie Bewältigungsressourcen gewonnen. Der eigentliche Gewinn der Interviewkonstellation liegt nicht in der Produktion authentischerer oder ‚wahrerer‘ Berichte gegenüber einer Interviewerin, die ebenfalls behindert ist. Der Gewinn liegt vielmehr in einem Effekt von Solidarisierung, nämlich in einer gemeinsam geknüpften, manchmal expliziten, manchmal nur sehr unterschweligen Hoffnung, daß die privat-persönliche und/oder die gesellschaftlich-politische Situation für behinderte Frauen verändert und verbessert werden kann und daß das Interview ebenso wie das Forschungsprojekt insgesamt dazu eine Chance bietet, die über die aktuellen individuellen Möglichkeiten hinausgeht.

Es ist insgesamt gelungen eine für ein qualitatives Vorgehen nicht übliche Breite von Befragten einzubeziehen, und daß - zusammen mit den Maßnahmen zur

Sicherung der Datenqualität - die Aussagekraft des Materials als sehr gut zu bewerten ist.

6.2 Theoretische Vorüberlegungen zu psychischen und sozialen Aspekten

Als „Daten“-Material liegen Erzählungen vor, die von heute aus zurückblicken auf das Leben als Frau, auf die Erfahrungen mit körperlichen und Sinneseinschränkungen und auf Interaktionserfahrungen mit anderen Menschen. Solche qualitativen Interviews sind besonders geeignet, die subjektive Perspektive der Frauen selbst - die Art, wie sie sich, ihre Behinderung, ihre Umgebung etc. heute sehen und deuten (Deutungsmuster, „Leitmotive“) - zu rekonstruieren und die aktive Leistung von Frauen herauszuarbeiten, wie sie mit der Behinderung als körperlicher Schädigung (impairment), als Funktionseinschränkung (disability) und als gesellschaftlicher Benachteiligung (handicap) leben und zurechtkommen.

Hier wird in der Interpretation auf den in Psychologie und Soziologie verwendeten Begriff der „Bewältigung“ Bezug genommen. Der Vorteil einer „Bewältigungs“-Perspektive liegt darin, daß selbst sonst unzugängliche Sichtweisen, Verhaltensmuster oder Formen, soziale Beziehungen zu gestalten, verstanden werden können: Sie können einen bestimmten und näher zu bestimmenden Sinn haben, wenn man einbezieht, was es bedeutet, mit einer Behinderung zu leben. Die Interpretation entschlüsselt sie als Teilaspekte von intuitiven, unbewußt entwickelten „Bewältigungsstrategien“ und würdigt sie als eine eigene Leistung des (Über-)lebens. Das macht ihren „subjektiven Sinn“ im Alltag mit einer Behinderung aus; das Handeln wird als „sinnhaftes“ Handeln erkennbar, wenn es auf die Erfahrungen bezogen wird, die bewältigt werden müssen. Die Belastungen, die zu bewältigen sind, sind damit ebenso Thema wie die Kompetenzen und Leistungen der Frauen, mit den Belastungen zu leben; die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden ebenso einbezogen wie individuelle Besonderheiten der Bewältigung.

Psychische Aspekte

Die Abgrenzungen und Verästelungen innerhalb der umfangreichen und vielschichtigen Tradition der psychologischen Bewältigungsforschung - die von psychoanalytischen und neo-analytischen Ansätzen über behavioristische Streßkonzeptionen mit kognitionspsychologischen Fortführungen bis hin zu persönlichkeits-theoretischen Formulierungen reicht (vgl. Brüderl u.a. 1988) - werden hier außer Acht gelassen. Einige Ansätze sind nicht brauchbar, weil sie den Bewältigungsbegriff zu wenig alltagsnah verwenden oder den Kontext der Bewältigung zu wenig einbeziehen; für die Anwendung anderer Ansätze ist das Material nicht geeignet (z.B. tiefenpsychologische Ansätze). Wichtig sind hier vor allem einige den meisten Ansätzen gemeinsame Grundannahmen zur Bestimmung von Bewältigung, die aufgegriffen werden:

- Bewältigung ist ein (sich verändernder) Prozeß.

- Nicht die objektive Belastung, sondern wie Menschen Belastungen subjektiv wahrnehmen, ist wesentlich.
- Nicht nur Belastungen sollten diskutiert werden, sondern auch Entlastungen, Ressourcen und Strategien sind einzubeziehen.
- Von „Bewältigung“ zu sprechen, setzt nicht einen „Erfolg“ voraus. Entscheidend ist der Versuch oder Prozeß, nicht ein (erfolgreiches) Ergebnis (Trautmann-Sponsel 1988, 18).

Brauchbar ist die psychologische Definition von Bewältigung als „sich ständig verändernde, kognitive und verhaltensmäßige Bemühungen einer Person, die darauf ausgerichtet sind, sich mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen auseinanderzusetzen, die ihre adaptiven Ressourcen stark beanspruchen oder übersteigen“ (Trautmann-Sponsel 1988, 15).

In der Forschung werden **unterschiedliche Formen von Bewältigung** beschrieben. So kann Bewältigung über Tun oder über Denken geschehen: Als kognitive Bemühungen werden z.B. Versuche eingeordnet, die Situation zu analysieren, sie umzudeuten, Alternativen zu finden oder sich von ihr zu distanzieren. Bemühungen auf der Verhaltensebene sind z.B. die Suche nach entsprechenden Informationen, Handlungen, die zur Veränderung der äußeren Situation führen, oder auch problemzentrierte Gespräche. Als weitere Bewältigungsformen werden z.B. aktives problemlösendes Handeln, Suche nach sozialer Unterstützung, defensiv-abwehrende Formen (z.B. Verleugnung) beschrieben oder positive problemabschwächende Umdeutungen der Belastung, evasive Formen (z.B. aus dem Feld gehen, realitätsentfliehende Wunschträume), Varianten der Ablenkung, Selbstmitleid, passiv-resignatives Verhalten oder expressive Reaktionen, die den Ausdruck und die Kontrolle von Emotionen betreffen (Zusammenstellung bei Weber 1993, 116f). Innerhalb der einzelnen Interviews kann diskutiert werden, inwieweit das Verhalten und die Deutungsmuster als solche Bewältigungsformen interpretiert werden können.

Die Diskussion darüber, in welchem Sinn Bewältigungsstrategien stets „funktional“ oder „zielgerichtet“ sind, kann hier nur angerissen werden. In einem alltagsnahen Sinn wird davon ausgegangen, daß die „**Ziele**“ der **Bewältigungsstrategien** vielfältig sind und auf psychischer Ebene die Minderung von emotionalen Belastungen und die Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls umfassen. Die Strategien ermöglichen ein Leben oder „Überleben“ mit schwierigen Erfahrungen. Im Fall von Behinderung und chronischer Krankheit liefert die Theorie Stichworte für Ziele auf unterschiedlichen Ebenen: auf physischer Ebene Umgang mit medizinischen Krisen, Symptomkontrolle, Umgang mit Behandlungsverfahren und den maximalen Erhalt der Körperfunktionen. Auf sozialer Ebene geht es um den Umgang mit dem Umfeld und die (Neu-)Organisation des täglichen Lebens. Ziele können sich auch noch aus der Interpretation selbst ergeben. So wurden gerade frauenspezifische Ziele wie z.B. der Umgang mit Abhängigkeit, die Verarbeitung von Erfahrungen, die Kontrolle über den Körper zu verlieren, oder das Fertigwerden mit dem Verlust der Rolle der für die Familie Sorgen als wichtig erkennbar. Ein weiteres Ziel wurde von uns explizit als ein politisches Ziel vorab definiert: ein maximal selbstbestimmtes Leben.

Auch die **Effektivität von Bewältigungsleistungen** im Leben der Frauen mit Behinderung kann nur in einem sehr alltagsnahen und prozeßbezogenen Sinn diskutiert werden, nämlich ob sich eine negative Eigendynamik der vorangegangenen Bewältigungsleistungen aus der Erzählung rekonstruieren läßt oder nicht. Strategien, mit denen eine akute Belastung gemindert werden kann, müssen nicht langfristig produktiv sein. Verdrängung kann z.B. kurzfristig dem Selbstschutz dienen oder ein sozialer Rückzug kann kurzfristig helfen, Zeit zum Aufbau neuer Beziehungen zu gewinnen. Dennoch können gerade diese Strategien langfristig zu unrealistischen Vorstellungen, Isolierung und Abkapselung führen.

Gerade bei dem Vorliegen von biographischen Erzählungen kann ein besonderes Augenmerk auf Verläufe von Bewältigungsprozessen gerichtet werden. Damit eignen sich bestimmte psychologische Ansätze weniger für die Interpretation - z.B. die an experimenteller und situationsbezogener Streßforschung orientierten Ansätze. Konzepte, die eine **Prozeßperspektive von Bewältigung** einnehmen, eignen sich besser. Dies gilt für Phasenmodelle zur Bewältigung einer belastenden Situation, die eine Abfolge verschiedener Bewältigungsstadien beschreiben (vgl. Koch/Ritter 1995). Die Grundfigur dieser Phasenabläufe hat eine Dreiteilung von:

- Schock, Abwehr, Nichtwahrhabenwollen
- Beginn der kognitiven Verarbeitung (die stärkere Bewußtseinsnähe kann Bedrohung und Streß bewirken. Als Folge können Ängste und psychosomatische Reaktionen auftreten.)
- Emotionale Akzeptanz und Integration des Traumas in das Lebenskonzept

Das dreiphasige Konzept eignet sich, um die Verarbeitung eines plötzlich eingetretenen traumatischen Ereignisses, wie z.B. eine überraschende Eröffnung der Diagnose Krebs, zu verstehen. Bei chronischen und insbesondere bei progressiven Krankheiten oder bei einer Behinderung von Geburt an eignet das Modell sich nicht, da immer wieder eine ganze Kette von Ereignissen verarbeitet werden muß: Krankheitsschübe, die Aussicht auf Mobilitätseinschränkungen, Belastungen der Therapie etc. Neuere Diskussionen zur Alltagsbewältigung mit sozialwissenschaftlichem Akzent (Faltermeier 1988) geben ebenfalls die zeitliche Ordnung „erst Belastung (Ereignis), dann Bewältigung“ zugunsten eines Konzeptes auf, bei dem Belastungswahrnehmung und Bewältigungsversuche untrennbar ineinandergreifen und Bewältigung auf Wahrnehmungs- und Handlungsebene gleichzeitig stattfinden kann. Die belastungsbezogene Funktionalität wird entsprechend weniger als ausschlaggebend erachtet und die Herausbildung von (automatisierten) Handlungsroutinen einbezogen.

Soziale Aspekte

Unter soziologischer Perspektive rücken - bei grundsätzlich ähnlicher Frage nach dem (Versuch des) „Zurechtkommen“ und dem „Sinn“ von Handeln - die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Bewältigungshandeln in das Blickfeld. Stärker als in der Psychologie ist die Bewältigung des Alltags (von Frauen)

und „Lebensbewältigung“ (im Leben von Frauen) allgemein Thema. Es werden zum zweiten die „sozialen Regeln“ der Bewältigung beschrieben und als dritter Aspekt wird rekonstruiert, wie im Zusammensein von Menschen meist negative Bewertungen von Behinderung bei Frauen vermittelt werden und wie gesellschaftliche Benachteiligungen verankert sind und als „behindernd“ wirken.

Die Konzepte von **Alltagsbewältigung** und **Lebensbewältigung** wurden für spezifische Fragestellungen entwickelt - einmal für eine Analyse der Alltagsorganisation, das andere Mal für eine Bestimmung sozialpädagogischer Interventionen in Problemsituationen -, sind aber brauchbar, um die grundsätzliche Begrifflichkeit zu verdeutlichen. Jurczyk und Rerrich verstehen unter „alltäglicher Lebensführung“ „das ganz konkrete alltägliche Tun in den unterschiedlichen Lebensbereichen und die Methoden, wie es organisiert wird. Die alltägliche Lebensführung ist eine aktive Leistung von Personen, die den Zweck hat, die verschiedenen Tätigkeiten zu einem kohärenten und konsistenten Ganzen zusammenzufügen. Dazu gehört es, äußere Anforderungen mit den eigenen Interessen in einer Art und Weise zu verbinden, daß das Leben 'läuft' und 'weiterläuft.'“ (1993, 19) Alltagsbewältigung heißt ganz allgemein: die Anforderungen der modernen Gesellschaft, das eigene Leben „auf die Reihe zu kriegen“ als etwas den Menschen „Aufgegebenes“. Für Böhnisch ist „Lebensbewältigung“ im sozialpädagogischen Kontext „das (biographisch vorstrukturierte) Zurechtkommen, insbesondere das Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit in kritischen Lebenssituationen, in denen das psychosoziale Gleichgewicht - Selbstwert und soziale Anerkennung - bedroht ist.“ (1997, 24) Hier wird Bewältigung stärker zielgerichtet verstanden und die lebensgeschichtlichen Wurzeln von individuellen und sozialen Bewältigungsstrategien werden einbezogen.

Beide Ansätze beziehen die Kategorie „Geschlecht“ ein, einmal auf der Ebene der immer wieder durchgesetzten geschlechtsabhängigen Arbeitsteilung im Alltag (Jurczyk/Rerrich 1993), das andere Mal auf der Ebene der Differenz „typischer“ weiblicher und männlicher Bewältigungsprinzipien (Böhnisch 1997, 199ff). Auch wenn beide Aspekte hier aufgegriffen werden, so verlangen doch Thema und Anlage unserer Befragung, Geschlecht und Weiblichkeit noch einmal in anderer Weise einzubringen, nämlich über sozialgruppenspezifische Vorstellungen von Weiblichkeit und Behinderung und über eine Betrachtung von Interaktionssituationen, in denen Weiblichkeit und Behinderung in ihrer sozialen Bedeutung „konstruiert“ werden. In dieser Interaktion findet geschlechtsspezifische Bewältigung statt und geschlechtsspezifische Interaktionserfahrungen sind zu bewältigen.

Der zweite Aspekt, der soziologisch diskutiert wird, betrifft die Unterschiede in den Wertvorstellungen, in den Rahmenbedingungen und in den Handlungsroutinen in sozialen Gruppen. Soziale Gruppen in diesem Sinn sind z.B. Alterskohorten, regionale Gruppen (Ost und West) und soziale Schichten. Die gruppenspezifischen kollektiven Vorstellungen und Routinen geben „soziale Regeln“ der Bewältigung auf gesellschaftlicher Ebene wieder und enthalten Aussagen zur Bedeutung und Bewertung erstens von Weiblichkeit und zweitens von spezifischen Einschränkungen. Darüberhinaus gibt es allgemein soziale Regeln, wie Menschen mit Ungemach, das ihnen wiederfährt, umgehen sollen; der Umgang

mit einer Einschränkung ist dabei nur ein Sonderfall. Jede körperliche Funktions- und Sinneseinschränkung - die für sich genommen nur bedeutet: Ich kann bestimmte Dinge nicht - ist in doppeltem Sinn relativ: Zum einen können alle Menschen bestimmte Dinge nicht, zum anderen ist eine Behinderung nur eine der möglichen Schwierigkeiten, mit denen eine Person konfrontiert werden kann (auch in den subjektiven Darstellungen spielt der Vergleich eine große Rolle: „Gibt es Schlimmeres?“). Auf der Basis der sozialgruppenspezifischen kollektiven Erfahrungen von etwas „Schlimmen“ bilden sich soziale Vorstellungen von einem angemessenen Umgang - für Frauen z.T. anders formuliert als für Männer - mit solchen biographischen Erfahrungen heraus.

Was Behinderung über die konkrete Schädigung hinaus bedeutet, erfahren Menschen über das Zusammensein, d.h. die „Interaktion“, mit anderen Menschen. Diese vermitteln ihnen eine Bewertung der Behinderung, indem sie z.B. mit Ekel, Abwenden oder Verständnis reagieren. Menschen gehen als Männer oder Frauen in diese Interaktionen, mit oder ohne (sichtbare) Behinderung. Inwieweit die Weiblichkeit oder Männlichkeit eines Menschen von dem Gegenüber anerkannt wird und was eine Behinderung - über die rein körperlichen und Sinneseinschränkungen hinaus - bedeutet, wird in dieser Situation „konstruiert“. Im Wechselspiel von eigener Gestaltung der Interaktion und Selbstdarstellung einerseits und Rückmeldung durch das Gegenüber andererseits bildet sich soziale Identität heraus. Hier wird auch zentral vermittelt, was in einer Gesellschaft oder in einer kleineren Einheit, z.B. einer sozialen Gruppe, als normal angesehen wird und was als Abweichung gilt, was toleriert oder akzeptiert wird und was nicht und wie Behinderte sich zu verhalten haben. In Interaktionen kann Frauen Weiblichkeit abgesprochen werden z.B. aufgrund einer Behinderung, indem vermittelt wird: Eine Frau mit Behinderung ist keine „richtige“ Frau. Sie werden dann nicht auf die Frauenrolle, sondern auf die Rolle der (weiblichen) Behinderten festgelegt (über die Interessen der „Nichtbehinderten“ an solchen Festlegungen: Goffman 1967). Übernehmen Frauen diese Definition? Verändern sie ihre eigenen Vorstellungen von Weiblichkeit und Behinderung? Wie verhalten sie sich in der Interaktion? Lassen sich ihre Selbstdefinitionen, ihre Vorstellungen, was Behinderung bedeutet, und ihr Verhalten als Teil eines Prozess der immer neuen Verschränkung von Lebensbewältigung als Frau und Behinderungsbewältigung als Frau interpretieren?

Eine unserer Fragestellungen bezieht sich gerade darauf, ob überhaupt und wenn ja: wie und unter welchen Bedingungen die Relevanz des „Normalen“ und „Typischen“ der Weiblichkeit von Frauen mit Behinderung subjektiv suspendiert wird (d.h. sie werden nicht als Frauen angesehen oder sehen sich selbst nicht als Frauen). Dies wird vor allem von der Art der Einschränkung und von dem biographischen Zeitpunkt ihres Eintritts abhängen. Für Frauen, bei denen die Behinderung später im Leben eintritt, haben sich vorher Muster von mehr oder weniger „typischen“ weiblichen Lebenslagen und Alltags-/ Lebensbewältigung herausgebildet; auf dieser Grundlage ist die eingetretene Einschränkung mit ihren sozialen Konsequenzen zu bewältigen. Für Frauen, die in Kindheit und Jugend bereits mit einer Einschränkung aufwachsen, steht die Suche nach der sexuellen Identität bereits unter dem Vorzeichen „eine mit einer Behinderung zu sein“. Diese Erfahrungen können durch eine Regelung der Interaktionen, d.h. der

persönlichen und sozialen Beziehungen, bewältigt bzw. beantwortet werden, z.B. durch Provokation oder durch Rückzug als Vermeidung belastender Interaktionen. Eine weitere Möglichkeit ist die Herausbildung von kognitiven Strategien und Überzeugungen bezüglich der eigenen Person und der Bedeutung von Weiblichkeit und Behinderung für die eigene Person.

Ein letzter sozialer Aspekt bezieht sich darauf, welche Strukturen eine Gesellschaft für Frauen mit Behinderung vorgibt. Die Strukturen geben Grenzen vor. Sie begrenzen oder eröffnen den Zugang zu Rechten, Orten und Chancen, sie bestimmen die finanzielle Situation.

Diskussion: Der Geschlechteraspekt

Das Zusammenspiel von frauenspezifischen Lebens- und Bewältigungsformen war für uns bei der Interpretation der Interviews von zentralem Interesse. Hier wird die vorliegende Arbeit Pionierarbeit sein: Der überwiegende Teil der Bewältigungsdiskussion und -forschung ignoriert die Kategorie „Geschlecht“. Aufgegriffen werden hier Hinweise der Forschung, *daß* Frauen Belastungen anders bewältigen als Männer. Insbesondere spielen persönliche Beziehungen und soziale Netzwerke als Unterstützung eine größere Rolle. Darüberhinaus muß in der Lebensgeschichte, die hier erfragt wurde, *Alltag und Leben als Frau bewältigt* werden - unter der Bedingung einer Behinderung. Zugleich muß *die Behinderung als Frau* mit einem bestimmten Alltag, z.B. mit einer bestimmten Arbeitsteilung zwischen Frau und Mann, und mit einem bestimmten Lebenslauf, der durch Ereignisse wie Ausbildung, Familie, Kinder etc. geformt wurde, *bewältigt* werden. Die Umgebung vermittelt Bewertungen, was Behinderung bedeutet, und zugleich, was Frausein bedeutet, und damit, was es heißt, Frau mit Behinderung zu sein. Ebenso vermittelt sie die ungeschriebenen Regeln, wie Frauen und Männer mit einer Behinderung umzugehen haben. Sie eröffnet oder versperrt den Zugang zu Rechten und Möglichkeiten subjektiv oder objektiv gebunden an die Geschlechtszugehörigkeit von Behinderten. Damit wirken die Eigenarten der sozialen Chancenzuweisung an Frauen (verglichen mit Männern) einerseits und an Behinderte (verglichen mit Nichtbehinderten) andererseits zusammen. Zu allen diesen geschlechtsspezifischen Aspekten des „Fertigwerdens“ mit dem Leben als Frau mit Behinderung gibt es weder theoretische Ausarbeitungen noch empirische Daten.

Da auch die Vertretung eigener Interessen und das offensive Vertreten eines Anspruchs auf ein maximal selbstbestimmtes Leben eine Strategie sein kann, mit Behinderung umzugehen, kann gefragt werden, welche Wege und Bedingungen dorthin und welche Wege davon weg- und in Isolation hineinführen.

6.3 Frauen leben mit Behinderung - Themen der Bewältigung in der Längsauswertung

6.3.1 Gruppierungen und Typisierungen in den Auswertungskapiteln

In diesem Kapitel werden Deutungsmuster und Strategien, unter der Bedingung einer Behinderung zu leben, rekonstruiert. Zunächst wurden für alle Interviews einzeln die zentralen Muster erarbeitet (vgl. Kap. 4.3.7). Um dabei zu verallgemeinerbaren Aussagen zu kommen, ist es wichtig, über die einzelnen Interviews hinaus Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen Interviews herauszuarbeiten und zu fragen, ob es für bestimmte Gruppen „typische“, wiederkehrende Muster gibt.

In dem Abschnitt 6.3.2 wird der Frage nachgegangen, ob es nach Alter bzw. nach **Zugehörigkeit zu einer bestimmten Alterskohorte**, die gemeinsam bestimmte historische Hintergrundserfahrungen (wie z.B. Nachkriegszeit, neu eröffneter Zugang zu Bildung für Frauen etc.) teilt, und nach **Sozialschichtzugehörigkeit oder Ausbildungsstand** „typische“ Muster der Bewältigung von Behinderung gibt. Hier wird die Stichprobe in vier Alterskohorten eingeteilt und innerhalb dieser Altersgruppen auf Bildungsunterschiede geachtet. Alterskohorten überschneiden sich mit Geburtsjahrgängen, da Einteilungskriterium nicht das Geburtsjahr ist, sondern das gemeinsame Erleben bestimmter historischer Bedingungen.

In den Kapiteln 6.3.3 bis 6.3.6 werden **Gruppen nach dem Kriterium der Behinderungsart** gebildet und innerhalb dieser Gruppen auf den biographischen Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung geachtet. Diese Einteilung wird gewählt, weil wir davon ausgehen, daß sich die Verbindung von Bewältigung im weiblichen Lebenslauf und Bewältigung der Behinderung für die Frauen je nach Behinderungsart jeweils unterschiedlich darstellt:

- Bei *chronischen Erkrankungen* stellen sich den befragten Frauen mit dem oft progredienten Verlauf spezifische zu bewältigende Situationen. Die Einschränkungen sind oft lebensbestimmend, aber nach außen nicht sichtbar. Die meisten dieser Frauen verstehen sich auch in erster Linie als krank und nicht als behindert.
- Bei *Sinnesbehinderungen* beziehen sich die zu bewältigenden Aspekte in besonderer Weise auf den Zugang zur Welt und auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben überhaupt.
- *Körperliche Beeinträchtigungen*, z.B. Einschränkungen der Motorik, machen Mobilität und Interaktion - diese Einschränkungen sind meist sichtbar - zu wichtigen Themen.
- Zusätzlich legt das Interviewmaterial nahe, noch eine weitere 'interne' Kategorie zu bilden, die wir mit *'multiple körperliche Beschwerden mit psychischer Problematik'* bezeichnen. Hier steht bei den Frauen nicht die Bewältigung der Behinderung/Krankheit im Vordergrund, sondern die Bewältigung bezieht sich auf spezielle Lebensthemen mit hauptsächlich psychischer Auswirkung.

Die Einteilung nach Behinderungsarten ist aufgrund von Mehrfachbehinderungen nicht trennscharf. Einige Befragte der Gruppe 'multiple Beschwerden mit psychischer Problematik' sind noch in den anderen Kategorien vertreten.

In Kap. 6.3.7 ist der **Zeitpunkt im Leben, zu dem die Behinderung eintritt**, Gruppierungsmerkmal. Dieser Einteilung lagen Überlegungen zugrunde bezogen auf den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung:

- Wenn eine Frau von *Geburt an bzw. in den ersten Lebensjahren* behindert ist, wächst sie mit der Behinderung auf. Für sie sind Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung gekoppelt. Wenn die Behinderung zu einem späteren Zeitpunkt eintritt, muß die bis dahin entwickelte Lebensbewältigung mit der Bewältigung der Behinderung austariert werden.

- In den einzelnen Altersphasen stellen sich jeweils unterschiedliche Lebensaufgaben. Solche Phasen mit eigenen Aufgaben sind Jugend bzw. Pubertät, Erwachsenenalter und Alter. Eine zu jeweils einem dieser Altersabschnitte eintretende Behinderung muß mit den entsprechenden Themen der Altersphase in Verbindung gebracht werden.

Tab. 33: Einteilung der Stichprobe der biographischen mündl. Befragung nach Alterskohorten/Schulbildung (absolute Zahlen)

Alterskohorte/Bestimmendes Ereignis	Anzahl der Interviews	Anzahl der Interviews, darunter		
	Gesamt	Niedrige Qualif.	Mittlere Qualif.	Hohe Qualif.
Krieg- und Nachkriegskindheit (geboren 1937 - 1945)	17	9	5	3
Jugend in der Zeit des wachsenden Wohlstandes (geboren 1940 - 1945)	19	11	5	3
Umbrüche der Frauenrolle und Zugang zu Bildung (geboren 1955 - 1975)	17	3	11	3
Hochindividualisierte Ansprüche auf ein eigenes Leben, eingeschränkte Realisierungsmöglichkeiten (geboren ab 1968)	7	3	1	3

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=60

Tab. 34: Einteilung der Stichprobe der biographischen mündl. Befragung nach Behinderungsarten (absolute Zahlen)

Art der Erkrankung <i>Mehrfachkategorisierung möglich</i>	Anzahl der Interviews	Anzahl der Interviews
Chronische Erkrankungen	29	
Krebs		9
Multiple Sklerose		5
Diabetes		3
Nierenerkrankung/Dialyse		2
Rheuma		4
Neurologische Erkrankungen		3
Sonstige chron. Erkrankungen		3
Körperliche Beeinträchtigungen	16	
Hüftbeeinträchtigungen		4
Wirbelsäulenprobleme		4
Querschnittlähmung, Gelenkversteifung		2
Beeinträchtigung der Beine		2
Beeinträchtigung der Arme		2
Polio		2
Sinnesbehinderungen	12	
bezogen auf das Sehen		6
bezogen auf das Hören		6
Multiple Beschwerden mit psychischer Problematik	16 (19)	
(Lernbehinderung, Minderbegabung)		(3)
unbewältigte Kindheitserlebnisse		6
Traumatisierungen		10

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=60

Tab. 35: Einteilung der Stichprobe der biographischen mündl. Befragung nach Eintrittsalter der Behinderung (absolute Zahlen)

Lebensabschnitt bei Eintritt der Behinderung	Anzahl der Interviews
Von Geburt an behindert	16
Eintritt der Behinderung bis zum 3. Lebensjahr	3
Eintritt der Behinderung in der Kindheit (4.-11. Jahre) (darunter zwischen 4. und 7. Lebensjahr: 4)	6
Eintritt der Behinderung in der Jugend (12.-19. Jahre)	4
Eintritt der Behinderung im Erwachsenenalter (ab 20. Jahre)	31

Datenbasis: LIVE98, eigene Berechnungen. N=60

6.3.2 Soziale Muster von Lebensbewältigung

Kohorten- und sozialschichtspezifische Muster

Alle Aspekte von Behinderung, alle Bedingungen für Behinderungsbewältigung und alle Aspekte des Lebens von Frauen als Kontext sind sowohl von der Zugehörigkeit zu einer Sozialschicht als auch von der Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe beeinflusst. So verändert sich die soziale Bewertung einer Einschränkung mit der **Sozialschicht**, je nachdem wie stark sie gegen die Werte der sozialen Gruppe (wie sie für Frauen gelten!) verstößt. Die Sozialschicht bestimmt auch das Niveau der Ansprüche, die eine Frau stellen kann oder darf, und was sie zu erdulden hat. Sie gibt milieu- und geschlechtsspezifische Verhaltensregeln ebenso vor wie die Rahmenbedingungen wie z.B. den objektiven Zugang zu Ausbildung und die subjektive Bedeutung von Bildung, den Zugang zu (selbst finanzierter) Rehabilitation, die Einbettung in soziale Netze etc.

Auch **das Alter bzw. die Zugehörigkeit zu einer Alterskohorte** spielt eine wichtige Rolle. Bewältigungsmuster, so wurde bereits dargestellt, bilden sich in der Lebensgeschichte über „aufgeschichtete“ Erfahrungen heraus und entwickeln eine Eigendynamik. Die Effektivität der Bewältigung beeinflusst die subjektive Bedeutung der Behinderung und umgekehrt beeinflusst die erfahrene Benachteiligung und Einschränkung die Notwendigkeit von Bewältigung. Damit ist die Situation für ältere Frauen eine andere als für jüngere: Zum einen haben ältere Frauen eine größere biographische Spanne „hinter sich“ und damit gehen andere Momente in ihre Bilanz und Bewertung der Einschränkung ein, als dies bei jungen Frauen der Fall ist. Zum anderen haben sie als Generation an anderen gesellschaftlich-historischen Ereignissen teilgehabt (sie haben z.B. teilweise den Krieg miterlebt, während jüngere Frauen die Frauenbewegung und neue Bildungschancen erlebt haben) und daran ihre Ansprüche und Vergleichsmaßstäbe entwickelt. Über diese Teilnahme an denselben historischen Ereignissen in derselben Altersspanne werden Alterskohorten definiert. Nicht (nur) das Alter an sich, sondern auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation oder Alterskohorte hat einen Einfluß auf Bewältigungsmuster.

Vom Material her lag es nahe, **vier Alterskohorten** zu unterscheiden, die jeweils einen Einfluß der historischen Hintergrundsbedingungen auf die Herausbildung

besonderer Bewältigungsmuster erkennen ließen (Kohorten werden über Ereignisse, nicht über Geburtsjahrgänge bestimmt, daher überschneiden sich die Angaben zu den Geburtsgruppen):

- Frauen mit einer Kriegs- und Nachkriegskindheit (etwa zwischen 1937 und 1945 geboren),
- Frauen, die ihre Jugend in einer Zeit des wachsenden Wohlstandes und der Möglichkeiten des sozialen Aufstiegs verbrachten (etwa zwischen 1940 und 1965 geboren),
- Frauen, die Umbrüche der Frauenrolle erlebten und ihre Biographie unter dem Zeichen des Zugangs zu Bildung und der Enttraditionalisierung gestalteten (etwa zwischen 1955 und 1975 geboren),
- Frauen mit hoch individualisierten Ansprüchen auf ein „eigenes Leben“, aber aufgrund der Arbeitsmarktkrise mit nur eingeschränkten Realisierungsmöglichkeiten der Ansprüche (etwa ab 1968 geboren; zu Ost-West-Unterschieden s.u.).

Diese historischen Hintergrundkonstellationen, von Preuss-Lausitz u.a. (1983) plakativ als Abfolge „Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder“ benannt, gelten in gleichem Maß für Frauen mit und ohne Behinderung.

Bei der Auswertung muß berücksichtigt werden, daß sich die Alterskohorten nicht nur durch den unterschiedlichen historischen Hintergrund unterscheiden. Da nur die Frauen in höherem Alter über später oder spät im Leben eingetretene Einschränkungen berichten können, hängt die Kohortenzugehörigkeit mit der Art der Behinderung zusammen, die ebenfalls die Bewältigungsmuster beeinflusst (vgl. Kap. 6.3.3 bis 6.3.6). Unter den Älteren finden sich deutlich mehr Frauen mit einem niedrigen Bildungsabschluß, so daß die vier Kohorten jeweils andere Zusammensetzungen nach Sozialschicht haben. Zudem hat sich im Zeitverlauf die Bedeutung der Sozialschichtzugehörigkeit verändert: Z.B. gibt es die Armut der Arbeiterfamilien in der Nachkriegszeit in diesem Sinn nicht mehr, sondern es gibt neue Formen von Armut. Aus diesem Grund werden die Kohorten- und Sozialschichtzugehörigkeit in Kombination dargestellt. Im folgenden wird auf die älteste und die jüngste Kohorte ausführlicher eingegangen, da die Unterschiede gerade im Kontrast der beiden Gruppen am deutlichsten werden. Die Bewältigungsbesonderheiten der anderen beiden Kohorten werden nur angerissen.

Kriegserfahrungen und sozialer Aufstieg in der Nachkriegszeit: Folgen für Bewältigungsmuster in der ältesten Kohorte

Kriegskindheit und die eng vorgegebenen Anforderungen des Frauenlebens in Familie (und Beruf) in der Nachkriegszeit waren vor allem bei Frauen aus „einfacheren“ Verhältnissen in den Erzählungen der älteren Gruppe bestimmend. Zu den Erinnerungen gehören Erfahrungen von strenger materieller Not und einer häufig kinderreichen, die ganze Restfamilie (ohne den Vater) einbindenden Notgemeinschaft. In diesem Kollektiv mußte jeder und insbesondere jede mithelfen und mit seiner und ihrer Aufgabe zum Überleben beitragen. Z.T. - aber nicht immer - wurde darüber und über die Abwesenheit des Vaters eine enge Beziehung

zur Mutter hergestellt. Bedrohliche Fluchterfahrungen werden geschildert. Die Erinnerungen an die (Nach-)Kriegskindheit sind aber nicht in jedem Fall negativ; einige Frauen heben die positiven Seiten auch der Armut hervor (Liebe der Eltern und kollektiver Zusammenhalt). Für alle Befragten war sozialschichtunabhängig eine Ehe selbstverständlich. Der Lebenslauf wird v.a. bei fehlendem Zugang zu Bildung als weitgehend vorgezeichnet und ohne Wahlmöglichkeiten („im Gleis“) dargestellt.

Die Darstellung der Kindheitsgeschichte enthält bereits **lebensgeschichtliche Bewältigungsmuster**, insbesondere ein „Du mußt“ und ein Sich-Zwingen zu Anstrengungen. Dieses „Du mußt“ ermöglicht eine Konzentration auf das Überlebensnotwendige und eröffnet die Möglichkeit, bedrohliche Gefühle auszublenden oder zurückzustellen. Angesichts der Not der Kriegs- und Nachkriegszeit blieb wenig Raum, sich „zu viele Gedanken“ zu machen. Zweiter Strang der Lebensgestaltung ist eine Betonung von heiler Familie, Ordnung, Geborgenheit, Liebe etc., interpretierbar als idealisierter Kontrast zu Kriegszerstörungen. Frauen mit diesen Bewältigungsstrategien hoffen auf die Kraft der Liebe und zielen auf die Herstellung von Harmonie: Schweren Zeiten muß mit Liebe und familiärem Zusammenhalt begegnet werden.

Die Werte „Sich-Zwingen“ und „Familie“ sind sozialschichtspezifisch gefärbt und bei **Arbeiterfrauen** mit den Imperativen der harten Arbeit und des anständigen Lebens verbunden: Auch die Frauen müssen hart „schaffen“, um zusammen mit ihrem Mann den Wohlstand der Familie zu sichern und um in den 60er Jahren an dem bescheidenen sozialen Aufstieg teilhaben zu können. Dies heißt auch, die abverlangte Leistung und die Rolle als Hausfrau, Mutter und Berufstätige klaglos zu erfüllen; die individuellen Wünsche und Beschwerden haben dahinter zurückzustehen. Einschränkungen werden negativ sanktioniert (oder eine solche Sanktion gefürchtet), wenn sie die zentralen Werte des „Schaffens“ und des „sauberen Haushaltes“ verletzen. Es besteht die Angst, als eine zu gelten, die ihren Haushalt „vernachlässigt“ oder „faul“ ist. In diesem Sinn nicht mehr Leistung zu bringen, bedarf einer nicht anzweifelbaren Legitimation.

Bei den Arbeiterfrauen dieser Kohorte dominiert eine starke kollektive Einbettung, erkennbar z.B. an dem häufigen Rückgriff auf allgemeine Aussagen darüber, was „man“ tut, und an der Seltenheit von auf Individualisierung hinweisenden Texteigenschaften. Es werden Lebensmaximen oder ein Motto berichtet als kollektive Leitlinien der Bewältigung, z.B. „*Und wenn es einem noch so dreckig geht, positiv sein, Kopf hoch, wenn der Hals auch dreckig ist*“ (2). Im Zusammenhang damit stehen Bewältigungsmuster der pragmatischen Akzeptanz des Gegebenen angesichts eingeschränkter Wahlmöglichkeiten und illusionärer Ansprüche: „*So ist es eben, Punkt, aus*“ oder „*man hat dann halt...*“. Dazu gehörte auch eine Weigerung, Dinge zu problematisieren, die sich sowieso nicht ändern lassen, oder sich vorher schon Gedanken zu machen über Dinge, die möglicherweise eintreten.

Diese allgemeinen Muster der Lebensbewältigung bzw. Überlebensmuster der Kindheit finden sich bei den Arbeiterfrauen wieder in der **Bewältigung der chronischen Krankheiten und körperlichen Einschränkungen**: Sich-Zwingen („Du mußt“) mit einem Ausblenden der Grenzen und der negativen Gefühle und Äng-

ste, Ängste, als faul zu gelten und die (identitätsstiftende!) Arbeit nicht mehr zu bewältigen, eine pragmatische Anpassung an Situationserfordernisse ohne Möglichkeit einer präventiven Schonung, Hoffnung auf familiäre Unterstützung, Ablehnung einer Problematisierung ihrer Situation („Kein-Drama-draus-machen“). Die Akzeptanz des Gegebenen zusammen mit der Maxime, die eigenen Probleme nicht zu dramatisieren, steht bei den Arbeiterfrauen in dieser Gruppe im Zusammenhang mit einer Scheu, womöglich unrechtmäßig Vorteile zu beanspruchen (z.B. bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises), denn schließlich verlangt die kollektive Einordnung, daß niemand etwas Besonderes sein und sich besser dünken sollte als die anderen.

Befragte aus der Mittelschicht und mit qualifizierten Ausbildungen bzw. Berufen thematisieren weniger die Not und den Überlebenskampf in Krieg und Nachkriegszeit. Durch den Zugang zu Bildung haben sich diese Frauen eine Möglichkeit der Anerkennung geschaffen, allerdings nicht ohne Ambivalenzen in der Identifikation mit ihrer Behinderung, die ihnen eine Außenseiterrolle zuweist. Sozialer Aufstieg, Sich-Wehren und Herstellen von Überlegenheit sind hier die zentralen Motive sowohl der Lebens- als auch der Behinderungsbewältigung. Bei der Bewältigung der Behinderung stellen sie die Themen „Leistung“ (i.S. beruflicher Qualifikation und Status) und „Entwicklung(-slogik)“ in ihrem Leben in den Vordergrund und die körperliche Einschränkung in den Hintergrund; sie greifen zur Bewältigung auf diskursive und reflexive Strategien zurück.

Für einige Befragte variieren die Motive der Biographie und der Bewältigung nur ein kohortenübergreifendes Thema, nämlich das Erleben von massiven Kränkungen als Mädchen. Altersunabhängig werden Kränkungen durch die Ablehnung von seiten der Bezugspersonen berichtet; kohortenspezifisch gefärbt scheint das Versagen von Anerkennung für Leistungen und das abschlägige Bescheiden von Berufswünschen (in Benachteiligung gegenüber Brüdern) zu sein: Hier spielt eine Rolle, daß Bildung und berufliche Leistung für Mädchen allgemein wesentlich weniger zugänglich waren als heute. Das dominierende Motiv der Kränkung wird in unterschiedliche Strategien eingebettet. Die Formen, damit umzugehen, reichen von offensivem und kämpferischem Klagen und dominanten Durchsetzungsstrategien bis zu einem depressiven Rückzug. Nur in Einzelaspekten war ein kohortenabhängiger Hintergrund erkennbar, ansonsten überwiegen individualbiographische Einflüsse (vgl. ausführlich Kap. 6.3.7).

Bei anderen Frauen ist die schwere Kriegskindheit nur ein Teil einer insgesamt gescheiterten Biographie, bei der sie aus dem kollektiven Rahmen der Werte von Arbeit, Ordnung, Familie und Achtung durch tragische Lebensereignisse (Tod von Kindern/Familienangehörigen, Ehe mit gewalttätigem Mann, Überlastungen und Überforderungen, Verdrängung vom Arbeitsplatz) oder ein Aufsummieren von Kränkungen herausgefallen sind und zum Interviewzeitpunkt in Armut, Isolation und Verbitterung leben. Die Krankheit bzw. Einschränkung markiert in diesen biographischen Bilanzen „nur“ den endgültigen Zusammenbruch und ist „nur“ ein Teil dessen, was zu bewältigen ist (vgl. Kap. 6.3.7; zur lebensgeschichtlichen Dynamik der Traumafolgen vgl. Kap. 6.7).

Die „mittleren“ Kohorten: Ausdifferenzierte soziale Lagen

Der Großteil der Interviews wurde mit Frauen der „mittleren Kohorten“ geführt. Hier zeigen sich deutliche **Unterschiede nach der Länge der Ausbildung bzw. nach der Sozialschichtzugehörigkeit**. Frauen mit niedrigen Ausbildungen unterscheiden sich untereinander wenig; Frauen mit qualifizierter Ausbildung der mittleren Kohorten weisen dagegen sehr unterschiedliche Bewältigungssituationen, -ressourcen und -strategien auf. Diese größere Vielfalt ist darauf zurückzuführen, daß die Frauen mehr Wahlmöglichkeiten und Gestaltungschancen bei ihren Lebensentwürfen und Lebenswegen haben. Da Wahlmöglichkeiten an Bildung und an Freisetzung aus traditionellen Bindungen geknüpft sind, stehen sie nicht allen Frauen gleichermaßen zur Verfügung.

Die Frauen aus unteren Sozialschichten und mit kurzen Schul- und Berufsausbildungen leben eingebunden in die Muster der traditionellen Lebensentwürfe ihrer Schicht wie die ältere Kohorte. Ihre Bewältigungsmuster zeigen entsprechend die kollektiven Bewältigungsanleitungen mit einer Zurücknahme der Ansprüche als eigene Person. Die Rolle als (Haus-)Frau zu erfüllen, hat Priorität, Hilfe und Beachtetwerden kann nur soweit eingefordert werden, als dies mit dieser Rolle nicht kollidiert.

Frauen mit einem Zugang zu längeren Ausbildungsgängen und entsprechenden Biographien mit qualifizierter Erwerbstätigkeit zeigen eher selbstreflektierende, auch psychologisierende und diskursive Bewältigungsstrategien. Sie grübeln über den Sinn der Einschränkung und formulieren auf ihre eigene Person bezogene Ansprüche, deren Umsetzung aber nur im Privaten ansatzweise ein Realisierungsfeld hat.

Aufgrund der Materialfülle und Heterogenität würde die Darstellung der kohortenspezifischen Bewältigungsmuster zuviel Platz einnehmen und zudem zuviel von dem vorwegnehmen, was als Einfluß der Behinderungsart und der Lebenssituation in den nächsten Abschnitten aufgegriffen wird. So beschränkt sich hier die Analyse der kohorten- und sozialgruppenspezifischen Muster im wesentlichen auf die Kontrastierung der ältesten und der jüngsten Kohorte. Auf die in den mittleren Alterskohorten wichtigen Ost-West-Unterschiede wird gesondert eingegangen.

Die jüngste Kohorte: Bedeutung von Ausbildung und Kampf um einen Platz in der Gesellschaft

Die Auswertung ist davon beeinflusst, daß in dieser Gruppe der zwischen 1968 und 1978 Geborenen überwiegend Sinnesbehinderungen vorliegen. Auch lassen sich für die 18- bis 19jährigen entwicklungsphasenabhängige Aspekte (Ablösung vom Elternhaus) nur schwer von Kohorteneffekten trennen; Entwicklungseffekte werden aber gesondert in Kap. 6.3.7 diskutiert. Dennoch lassen sich einige Beobachtungen zusammentragen, die gerade im Kontrast zur ältesten Kohorte den Wandel von Frauenleben und den Wandel von Bewältigungsressourcen und -strategien zeigen, wobei zu berücksichtigen ist, daß diese jungen Frauen per definitionem in einem Alter eine Einschränkung erfahren haben, in

dem die Mehrzahl der Frauen der ältesten Kohorte noch ohne eine solche Einschränkung lebte.

Die jüngste Kohorte wuchs damit auf, daß sie - weitgehend unabhängig von sozialer Herkunft - prinzipiell Optionen der Lebensgestaltung annimmt. Das Spektrum der genannten Lebensziele reicht von „*Karriere machen*“ oder „*studieren*“, „*keine Kinder und nicht heiraten*“ über „*warten und erstmal Geld verdienen*“ (um den Kindern etwas bieten zu können) bis hin zu einem „*normalen Leben*“, das Familie einschließt - aber auch hier steht biographisch der berufliche Weg im Vordergrund. Hierin unterscheiden sich die Befragten nicht von allen anderen Frauen ihrer Kohorte. Doch ist gleichzeitig aus der Ausbildungs- und Berufsbiographie bis zum Interviewzeitpunkt ersichtlich, daß insbesondere die Sinnesbehinderungen, aber auch die chronischen Erkrankungen gerade diesen Lebensentwurf mit einer hohen Bewertung von Selbständigkeit erschweren.

Der Zugang zu Bildung reicht innerhalb der Kohorte vom Hauptschulabschluß mit eingeschränkter weiterer Bildungs- und Berufsmöglichkeit bis zum akademischen Studium. Dieser Unterschied wird sich eher in der weiteren Biographie auswirken, denn zum Zeitpunkt des Interviews imponiert die Gemeinsamkeit quer über die Ausbildungssituationen hinweg: *Alle* erheben einen Anspruch auf ein - so oder so gestaltetes - „eigenes Leben“ und auf Teilhabe an gesellschaftlichem Leben; für alle sind Selbständigkeit und Selbstbewußtsein das zentrale Thema sowohl allgemein, als auch bezogen auf den Umgang mit der Einschränkung. Die Strategien im Umgang mit dem eigenen Leben sind überwiegend offensiv und darauf ausgerichtet, sich selbst zu behaupten. Selbständigkeit wird dabei verstanden als (berufliche) Leistung, als Lernen, als Aktivität, als eine analytische und reflexive Grundhaltung, die es ermöglicht, Gefühle unter Kontrolle zu halten, als „bestmögliche“ Leistung, als selbständige Mobilität und Unabhängigkeit.

Leistung und Unabhängigkeit versprechen Anerkennung. Auch hier findet sich das Kränkungsmotiv in einigen Biographien im Sinn einer Ablehnung v.a. durch den Vater. Leistung verspricht, die der Person als solcher versagte Anerkennung doch noch zu erhalten. Insgesamt aber werden die Eltern verglichen mit der ältesten Kohorte wesentlich stärker positiv dargestellt, akzeptierend, aber auch fordernd und manchmal überfordernd.

Die Bewältigungsstrategien bezogen auf Behinderung zeigen bei den Frauen dieser Gruppe zwei verbreitete Grundzüge: Das erste charakteristische Merkmal betrifft ein **Doppel oder ein Nebeneinander von offensiven Strategien der Teilhabe einerseits und von Verletzbarkeiten andererseits**. Offensiv wird Diskriminierung angeprangert und werden Parolen von Kampf und Wehrhaftigkeit ausgegeben, offensiv wird Normalität präsentiert. In verletzbaren Momenten, etwa wenn diese Normalitätspräsentation brüchig wird oder wenn es den Befragten nicht gut geht („*schwarze Tage*“), ziehen sie sich zurück („*in ein Schneckenhaus*“). Gefühle von Ohnmacht und Bedrohungen, die von chronischen, progressiven Krankheiten ausgehen, werden vermieden, ausgeklammert und kontrolliert.

Zweiter Grundzug ist **(der Anspruch auf) Teilhabe an den gesellschaftlichen Chancen trotz oder mit der Behinderung**, wobei die Teilhabe an Kommunikation besonders wichtig ist. Dies läßt sich als alterskohorten- oder als entwicklungsaltersabhängig interpretieren: Zum einen ist auch für Mädchen die Geselligkeit Gleichaltriger in der Jugend, die Clique, die Freundinnen und Freunde bzw. Kolleginnen und Kollegen im jungen Erwachsenenalter wichtiger als dies in früheren Generationen der Fall war, zum anderen sind sie gerade in der Altersphase der Jugend und des jungen Erwachsenenalters wichtig. Wie schon bei der Differenz von Wunsch nach Leistung und de facto eingeschränkter Leistungsfähigkeit ergibt sich auch hier eine besondere Spannung zwischen dem Wunsch dazuzugehören und den Grenzen der Kommunizierbarkeit des „Andersseins“. Themen der Bewältigung von Behinderung in diesem Zusammenhang sind z.B. die Arbeit daran, verstanden zu werden und einen Zugang zur Welt der Nichtbehinderten zu finden, der Wunsch nach sozialer Zugehörigkeit und die Schwierigkeit, Beziehungen herzustellen.

Damit zeigt sich kohortenspezifisch ein Anspruch auf Leben, Teilhabe, Selbständigkeit, Anerkennung und Normalität, der zum Teil offensiv vorgetragen wird. Leistung scheint ein Schlüssel zu sein, diese Teilhabe zu gewinnen - mehr oder weniger die Einschränkungen überwindend, wenn auch mit einem enorm großen Kraftaufwand. Die Strategien der jungen Kohorte drehen sich so um die Herstellung von Normalität als Ticket für Teilhabe, bzw. um die Balance, normal sein zu wollen und gleichzeitig in ihrer Besonderheit gesehen zu werden (vgl. Kap. 6.5.1), um Leistung trotz Behinderung. In der Doppelstrategie von Anschluß an die Welt der Nichtbehinderten und Selbstausschluß, wenn es ihnen nicht so gut geht, wie es ihnen dem eigenen Anspruch nach gehen sollte, übernehmen die Frauen dieser Kohorte im Sinn der Individualisierung und Privatisierung der Verantwortung für die Lebensgestaltung letztlich die Norm der Nichtbehinderten und Konkurrenzfähigen (z.T. mit einem negativen Verhältnis zur eigenen Einschränkung; vgl. Kap. 6.6.1).

Ost- und West-spezifische Muster

Die Interviews zeigen vor allem in der mittleren Kohorte deutliche Unterschiede in der Alltags- und Lebensbewältigung und in den Strategien des Umgangs mit der Behinderung zwischen den Frauen, die in der DDR, und denen, die in der damaligen Bundesrepublik Deutschland aufgewachsen sind. In der jüngsten und in der ältesten Kohorten sind die Unterschiede weniger deutlich und die Gemeinsamkeiten überwiegen. Der historische Hintergrund in Ost und West unterschied sich vor allem im Ausmaß der Einbindung von Frauen in den Erwerbssektor und, daran gebunden, in den Möglichkeiten eigenständiger Existenzsicherung. Damit zusammen hing der unterschiedliche Zugang zu Berufsqualifikationen und der unterschiedliche Grad an struktureller Verankerung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Während die Muster der Familiengründung im Osten homogener und weniger abhängig vom Bildungsstatus waren, konnte im Westen eine Vielfalt von Lebensformen und Gestaltungen des familiären Zusammenlebens beobachtet werden, wobei der Zugang zu Bildung das Familienmuster deutlich beeinflusste. Frauen in der DDR hatten eine sogenannte „Doppelorientierung“ an

der Gleichzeitigkeit von Erwerbstätigkeit und Familienarbeit; Frauen im Westen folgten einem Modell der sukzessiven Phasen von Erwerbstätigkeit und Familie.

Frauen der mittleren Kohorte, die in der DDR aufgewachsen sind, unterschieden sich bezogen auf Strategien der Alltagsbewältigung und Beziehungsgestaltung - bei vielen Überschneidungen und Ähnlichkeiten (!) - von den im alten Bundesgebiet aufgewachsenen Frauen durch eine stärkere kollektive Einbindung in ihr Umfeld mitsamt einer stärkeren Orientierung an einer allgemeinen „Normalität“, die über die Erfüllung der gestellten gesellschaftlichen Anforderungen definiert war. Sie argumentieren eher pragmatisch und verfolgen Strategien der Alltagsbewältigung, aus allem das Beste zu machen. Sie betonen die Unabhängigkeit von der Versorgung und Absicherung durch einen Partner und lehnen es stärker ab, die Unterschiede zwischen Frauen und Männern hervorzuheben.

Bei im Westen aufgewachsenen Frauen gibt es neben einem sehr ähnlichen Muster von kollektiver Eingebundenheit, gesellschaftlicher Pflichterfüllung und pragmatischer Alltagsbewältigung unter bescheidenen Verhältnissen ein Muster, das so nicht im Osten (aber eben auch nicht *durchgängig* im Westen) zu finden war: Es umfaßt eine Psychologisierung der eigenen Biographie bei einer Zentrierung auf die Individualität des eigenen Erlebens, das Motiv des „Geschlechterkampfes“ und eine diskursive Aushandlungskultur mit Männern. Über diese Unterschiede, die Frauen allgemein betreffen, hinaus gibt es Unterschiede zwischen Ost und West in den Versorgungsstrukturen und in der gesellschaftlichen Bewertung von Behinderungen.

Diese Unterschiede zeigen sich nicht nur auf der inhaltlichen Ebene und der Ebene der Argumentationsstrukturen, sondern auch in der Interviewinteraktion. Die qualitativen Interviews scheinen dem individuellen Problematisierungsbedarf der Frauen aus dem Westen eher entgegen zu kommen. Die in der DDR aufgewachsenen Frauen halten sich und ihre Geschichte nicht für etwas Besonderes und damit Erzählenswertes und setzen überhaupt eher auf Praxis als auf Sprechen und Aushandeln. Sie betonen eher das Funktionieren als die Schwierigkeiten und reagieren gerade bei Fragen nach geschlechtsspezifischen Aspekten mitunter abweisend.

Für die **Bewältigung der Behinderung** ist für die in der DDR aufgewachsenen Frauen der Erhalt von Leistung(-sfähigkeit), Normalität, Selbständigkeit und Wehrhaftigkeit eine zentrale Strategie. Sie waren überwiegend in qualifizierten - z.T. technischen, also aus Westperspektive „Männer“-Berufen - tätig und beschreiben ein Gefühl von Zugehörigkeit in diesem Zusammenhang, auch wenn sie krankheitsbedingt beurlaubt waren. Die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit auch mit der Behinderung ist wichtig; eine Kündigung (einigen Frauen wurde nach der Wende gekündigt) ist schwieriger zu bewältigen als die körperliche Einschränkung als solche. Eine Befragte wies die Interviewerin ausdrücklich darauf hin, daß nicht die Behinderung ihr Problem sei, sondern die drohende Arbeitslosigkeit („*Mein größtes Problem ist, daß ich jetzt nichts mehr zu arbeiten habe*“: 33). Die im Westen aufgewachsenen Befragten sind teils erwerbstätig, teils Hausfrauen und insgesamt deutlich weniger subjektiv und objektiv in die Erwerbstätigkeit integriert; die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit ist für dieje-

nigen, die leistungsorientiert sind, wichtig, für andere kam ein Rückzug aus dem Erwerbsbereich z.T. nicht ungelegen.

In den Interviews der in der DDR Aufgewachsenen findet sich ein offensiver Kampf gegen Behinderungen im sozialen und körperlichen Bereich (eine Befragte betreibt Kraftsport) und ein besonderer Stolz auf die beruflichen Leistung als Behinderte (*und Mutter*) trotz gesundheitlicher Beschwerden, die in den Interviews der West-Frauen nicht vorkommen. Diese Leistung läßt die Befragten die Behinderung nicht fühlen (eine Befragte fühlt sich dann „*eben nicht behindert*“, 57) bzw. marginal erscheinen und stellt ein Gefühl der Zugehörigkeit her. „Normalität“, „verlässliche Kontinuität“ und „(perfektes) Funktionieren“ als zentrale Themen der Deutungsmuster kennzeichnen zugleich den Umgang mit Behinderung: die Behinderung ist irrelevant, solange der zentrale Wert, das Funktionieren, nicht infrage steht. Behinderung bedroht den zentralen Wert der Leistungsfähigkeit und des Funktionierens. In einigen Interviews findet sich deutlich ein negativer Behinderungsbegriff als „nicht gleichwertig“ mit Gesunden oder ein distanzierter Begriff, der die Einschränkung allein als ein technisches Problem betrachtet.

Die Beziehungsgestaltung seitens der Befragten, die in der DDR aufwuchsen, ist auch im Interview pragmatisch und die Gefühlsebene wird im Gespräch wenig ausgearbeitet. Problematisierungen und Psychologisierungen unterbleiben und eine Sonderrolle - als Behinderte, als Frau - wird abgelehnt. Dies betrifft auch den Vergleich mit Männern mit Behinderung: Eine spezifische Benachteiligung ist erst einmal so nicht einsichtig.

Kohortenunterschiede bezogen auf die politische Interessenvertretung als Strategie

Insbesondere finden sich kaum **Strategien** der offensiven, **politischen Interessenvertretung**, die ebenfalls als Umgangsweisen mit dem Leben mit Behinderung gefaßt werden können, wenngleich sie eine darüber hinausgehende Bedeutung haben. Im Vergleich der ältesten und der jüngsten Alterskohorte wird sichtbar, wie sich die Barrieren der Interessenvertretung verändert haben, aber nicht abgebaut wurden, so daß neue Formen der Barrieren bei den jungen Frauen auftauchen. Während die älteste Kohorte sich beschied, pragmatisch anpaßte und nicht lautstark ihre Interessen vertrat, weil sie *nichts Besonderes* sein wollte, erhebt die jüngste Kohorte modern und selbstbewußt Ansprüche auf Teilhabe bei einem gleichzeitig zwiespältigen Verhältnis zu ihrer Einschränkung, die dieser Teilhabe tendenziell entgegensteht. In beiden Kohorten sind aber auch Chancen für Interessenvertretung gegeben: kämpferische Offensiven und Reflexionen in der ältesten Kohorte (auch wenn es dabei mehr um die Verarbeitung der Kränkungen in der eigenen Biographie geht und nicht allgemein um die Verbesserung der Lebenssituation von Frauen), und selbstbewußtes Auftreten in der jüngsten Kohorte.

6.3.3 Behinderungsspezifische Anforderungen und Bewältigungsstrategien bei chronischen Erkrankungen

Lassen sich Belastungen und Bewältigungsmuster in den Dimensionen des Umgangs mit der Schädigung, der Einschränkung und der Benachteiligung feststellen, die spezifisch mit bestimmten Formen von Behinderung zusammenhängen? Als erstes soll diese Frage für chronische Krankheiten diskutiert werden.

Die verschiedenartigen Krankheiten, die in den Interviews Thema sind, stellen **hohe Anforderungen** an die Frauen, die damit umgehen müssen. So bringt z.B. Krebs eine Todesbedrohung mit möglicher Rezidiv- und Metastasengefahr mit sich. *"Ich weiß ja niemals, wann es wieder auftritt. Das ist schon eine schwere Krankheit."* (54) Bei bestimmten Krankheiten wie Rheuma und Multiple Sklerose kommt es immer wieder zu Krankheitsschüben mit insgesamt chronischem Verlauf. Die mögliche Verschlechterung mit zunehmender Abhängigkeit von Hilfsmitteln wie dem Rollstuhl oder die Inanspruchnahme von Pflege kann eine große emotionale Herausforderung darstellen.

Bei anderen Krankheiten müssen die Frauen mit einem **plötzlichen Einbruch** fertig werden, wie z.B. bei einem Schlaganfall, durch den der Körper von heute auf morgen nicht mehr derselbe ist. So kann es ein Schock sein, nach einer plötzlichen Notoperation mit diversen Ausfällen konfrontiert zu sein, zunächst weder sprechen, noch sehen zu können und lange Zeit zur Regeneration zu benötigen. *"Wenn man 49 Jahre normal gelebt hat und dann auf einmal kommt so was. Da fällt man schon in ein tiefes Loch."* (25) Die ersten Krankheitsanzeichen sind irritierend: *"das kann ja wohl nicht sein, du bildest dir das doch auch nicht nur ein, du hast irgendwas, da ist was falsch, da läuft was nicht richtig bei dir."* (2)

Diagnosemitteilung und ärztliche Ratschläge können mit den entsprechenden Implikationen wie z.B. einer schlechten Prognose (z.B. 44; vgl. Kap. 6.6.6) starke emotionale Reaktionen bei den Frauen auslösen. *"Hab erst noch überlegt, ob ich unter den roten oder unter den blauen LKW drunterfahr, der mir entgegenkam."* (56) *"Es ist eigentlich eine Welt zusammengebrochen, zumal es heißt, daß Diabetes unheilbar ist, (und) ich ein Leben lang spritzen muß."* (48) *"Also ich möchte nicht mit meiner Diabetes alt werden... Aber die Ärzte haben schon zu mir gesagt, ich werde Spätfolgen haben, weil ich so schlimm gelebt habe ..."* (44) Auch die Diagnosemitteilung 'Herzfehler' und die vom Arzt mitgeteilte Lebenserwartung lösen den Gedanken aus *"das Leben ist vorbei"* (42). Um das prophezeite Alter der Lebenserwartung (40 Jahre) kommt es zu einer Panikreaktion und der Körper wird dahingehend beobachtet, ob die prognostizierten Spätfolgen eintreten.

Die **Veränderung des eigenen Körpers** wird für viele Frauen zu einem Problem. So ist eine plötzliche Lähmung zunächst ein Schock. Eine Befragte beschreibt den Körper mit einer Art Eigenleben: der Blutdruck *"schäumt auf und ab"*, der gelähmte Arm macht, was er will: *"Wenn ich mich aufrege, schlägt der so um sich."* (25) Auch der Verlust von Kontrolle über den Körper, das Gefühl, sich nicht mehr auf den Körper verlassen zu können ist - z.B. bei der Multiple Sklerose - eine extrem große Anforderung der Krankheit. *"Je nachdem wie ich drauf bin. Das ändert sich ja immer von einer Sekunde auf die andere. Wenn*

man Pech hat. Ich kann jetzt noch hier sitzen und mich pudelwohl fühlen, und auf einmal da kommt der große Zusammenbruch... Dann wird alles taub, und dann merke ich, daß es wieder so weit ist." (24) Für andere stehen die Schmerzen im Vordergrund. "Es gibt Tage, wenn ich da was in die Hand nehme, da verkrampfen sich so die Finger. Das ist sehr, sehr schmerzhaft, das kann ich nicht steuern, da hab ich irgendwas in der Hand und kann's nicht mehr hinlegen. ...Ich hab auch ... viel, viel Schmerzen ... auch nachts. Die rasen von oben bis durch die Fußsohle durch bis zur Zehe." (40) Die Beziehung zum Körper muß immer wieder neu hergestellt werden, besonders bei chronischer Verschlechterung oder Folgeschäden (z.B. 25). Für die Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, wird der Erkrankungsort 'Brust' zum Austragungsort für die Auseinandersetzung mit ihrem Frau-Sein. "Bist du denn jetzt noch ne Frau, auch wenn man die Brust erhält." (18) Die Amputation als massiver Eingriff auf der Körperebene wird besonders im Spiegel deutlich, denn es ist schmerzhaft, diese Zerstörung durch den Krebs bzw. das Skalpell zu betrachten. "Ich kann mich heute noch nicht richtig im Spiegel angucken, man ist ja nicht mehr vollständig." (29)

Krankheitsaufgabe ist bei vielen eine **immer wieder neu zu leistende Verortung in der Normalität**. "Wir sind doch auch noch Menschen! ... Behinderung heißt nicht, daß wir dumm sind. Wir sind nur körperlich behindert. Aber geistig doch nicht." (25) Auch muß die Krankheit immer wieder realisiert werden, was bei z.B. schubhaftem Verlauf schwierig ist. Wenn die Krankheit nicht integriert werden kann, stört sie wie ein Stachel am 'normalen Funktionieren'. Wichtig ist aber eine Bestimmung des Krankheitsgefühls gerade für präventiv notwendiges Verhalten, z.B. für eine rechtzeitige Schonung - bevor über einen körperlichen Zusammenbruch auch die scheinbare Normalität wieder zusammenbricht und die Krankheit sich ins Bewußtsein drängt. In symptomfreien Zeiten sind aber z.B. weder Diabetes noch Multiple Sklerose als Krankheit fühlbar.

Wann wird für die Frauen eine **Krankheit zu einer Behinderung**? In den meisten Interviews reden die Frauen dann von einer Behinderung, wenn durch die Krankheitsauswirkungen die Beschwerden so zunehmen, daß ihre Selbständigkeit geringer wird und sie auf die Hilfe anderer angewiesen sind, z.B. durch Sehprobleme, motorische Einschränkungen oder nachlassende Kraft. "Diese Krankheit hat einen schleichenden Prozeß und die Behinderungen nehmen im Verlauf der Jahre immer stärker zu. Ich ... würde mich jetzt vielleicht als behindert bezeichnen." (37) "Ich hab mich (mit Diabetes) noch nicht behindert gefühlt, eigentlich mehr durch mein Augenlicht, durch die Spätschäden, da wurde ich behindert, da wurde ich noch mehr abgesondert. ... Behinderung ist es, wenn ich nicht hundertprozentig sehen kann und Hilfe brauche, angewiesen bin auf andere Menschen." (48) "Diabetikerin (zu sein), muß keine Behinderung sein, wenn das Umfeld Verständnis hat." (48) Eine soziale Behinderung wird bei den Befragten deutlich, die durch die Auswirkungen ihrer Krankheit aus Teilen des gesellschaftlichen Lebens herausfallen.

Die **Auswirkungen auf die Berufsbiographie** sind bei allen Frauen mit chronischen Erkrankungen groß. Viele müssen aus dem Beruf aussteigen, sind frühberentet oder längere Zeit krankgeschrieben. Ein Berufsleben ist z.B. für eine nierenkranke Frau nicht möglich, da "sie ständig etwas hat" (17). Andere können

nur mit höherem Kräfteinsatz und vernünftigem Lebensstil einer regulären Arbeitstätigkeit nachgehen. Die Auswahl an Berufsmöglichkeiten ist eingeschränkt und die Arbeitsmarktchancen z.B. bei einer Einstellung sind mit einer chronischen Erkrankung deutlich niedriger.

Der **Einfluß auf die Familienbiographie** ist nur bei den Frauen groß, welche die Familienplanungsphase noch nicht abgeschlossen haben. Es fällt auf, daß die Ärzte bei einigen chronisch kranken Frauen von vornherein von einer Schwangerschaft abgeraten haben. Andererseits besteht auch bei den Frauen selbst die Angst vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen während der Schwangerschaft oder davor, die eigene Krankheit zu vererben (vgl. Kap. 6.6.3). Es kann auch zu einer Fehlgeburt bei diagnostizierter Schädigung des Foetus (Diabetes) kommen. Bei einigen Frauen kam es vor oder während der Erkrankung zu einer Trennung vom Partner. Die Auswirkungen auf die Familie selbst sind gravierend in dem Sinn, daß viele Frauen die Hausarbeit aufgrund der fortschreitenden Einschränkungen nicht mehr ausführen können. Damit sind schwierige Umorientierungen in der ganzen Familie verbunden, wenn nun Kinder oder der Mann Aufgaben übernehmen müssen (38, 51).

Einige **Bewältigungsstrategien** stehen mit spezifischen Belastungsphänomenen in Zusammenhang, andere Strategien sind weniger krankheitsbezogen, sondern sind mit allgemeinen Themen der Lebensbewältigung verbunden. Spezielle krankheitsspezifische Bewältigungsstrategien bezogen auf die verschiedenartigen Krankheiten können sich in präventivem Verhalten zeigen: z.B. in der Einhaltung einer Diät, in der Ernährung allgemein, der gesunden Lebensführung, der körperlichen Schonung und in der Schmerzbewältigung. Daneben bestehen andere krankheitsbezogene, aber nicht krankheitsspezifische Bewältigungsstrategien u.a. darin, Anerkennung über die Rolle der ‚besonderen Kranken‘ zu erhalten, in der pragmatischen Anpassung an die Bedingungen durch die Krankheit, in einem Aktivitätsaufbau oder einem sozialen Abwärtsvergleich mit Menschen, denen es noch schlechter geht, oder in einem altersabhängigen Aufbegehren gegen die Krankheit. *"Also ich realisiere es, ich weiß, ich hab Diabetes, du bist eingeschränkt, aber ich laß mich nicht mehr einschränken, ... darum gibt es auch diese Reibereien. Ich muß ab und zu einfach richtig ausbrechen, damit es mir wieder gut geht. Und dann halte ich mich wieder dran, und dann geht es auch wieder ... Am Wochenende ist das meistens, wenn ich dann einmal so richtig ausbreche, rausgehe, feiere und dann erst spritze, wenn ich nach Hause komme, dann geht es mir gut. Einmal so gelebt haben wie alle anderen."* (44)

Bei Multiple Sklerose geben die Frauen an, einen **Kampf gegen die Krankheit** und den eigenen Körper zu führen. *"Ja, ich kämpfe gegen mich selber an. Das ist mein einziges Rezept ... Wenn ich mal nicht so laufen kann, dann haue ich feste mit der Faust auf den Tisch, daß das nur so knallt: Verdammte Scheiße, du willst laufen, du mußt laufen! Jetzt stehste auf!"* (24) *"Ich lass mir das nicht bieten von meinem Körper"* (3) *"Na ja, ich hab aber den Ehrgeiz von innen her, so du mußt und du willst, ne. Das ist einerseits verkehrt, aber andererseits vielleicht richtig ... Zwar bin ich dann natürlich total alle nachher, aber ich bin dann selber*

stolz auf mich, boh, toll, das haste geschafft. Wunderbar, du ist wieder kaputt, aber du hast es geschafft." (24)

Einige Strategien sind mit Motiven der **allgemeinen Lebensbewältigung** verbunden und neben oder zusammen mit der Behinderung sind weitere biographische Ereignisse zu bewältigen, wie eine ‚Nesthäkchen-Rolle‘, ‚narzißtische Kränkungen‘, ‚broken-home‘-Erfahrungen, Auswirkungen sexueller und körperlicher Gewalt (zur Verbindung von Behinderungsbewältigung mit der Bewältigung altersspezifischer Aufgaben wie Ablösung von den Eltern oder der Konfrontation mit körperlichen Einschränkungen infolge von Altersbeschwerden: vgl. 6.3.7). Ebenso bestimmen die Erfahrungen von Krieg, materieller Not, Flucht und Migration die Lebensbewältigungsmuster (vgl. Kap. 6.3.2). In den individuellen Biographien wurden unterschiedliche Muster verortet, vor allem Krankheitsbewältigung über die Herstellung von Beziehungen als Helfende und Gebende, über Suche nach Anerkennung für Leistung und Erfolg, Aufrechterhalten einer nach außen hin positiven Fassade, resignatives Geschehen-Lassen. Hier scheinen vorhandene Strategien für die Krankheitsbewältigung genutzt worden zu sein; die Krankheitsumstände können dabei einen biographisch entwickelten Duktus verstärken. Die lebensgeschichtlich gelernte Absicherung in persönlichen Beziehungen spielt eine Rolle, wenn bei vielen Frauen die soziale Einbindung in Familie und Partnerschaft einen hohen Stellenwert hat und die **Familienbindung i.S. von mehr Kontrolle** über die Familienmitglieder zunimmt. Die Frauen sind durch die Krankheit mehr auf andere angewiesen, die Familienmitglieder mehr zur Hilfe verpflichtet. So beschreibt z.B. eine Frau, wie sehr sie es genießt, vom Partner bedient zu werden (daß damit ein Verzicht verbunden ist, steht auf einem anderen Blatt).

Die lebensgeschichtlichen Strategien, die zunächst auch in der Bewältigung der Krankheit eingesetzt (und darüber eventuell verstärkt) werden, müssen unter den Bedingungen der Behinderung unter Umständen aufgegeben werden. Die Schwierigkeiten, um Hilfe zu bitten, die bei fehlender Sichtbarkeit der Krankheit umso größer sind, da der körperliche Zustand nicht a verbal eine Botschaft der Hilfebedürftigkeit vermittelt, führen entweder dazu, dies zu lernen oder aber isoliert zu sein. Eine **Neuorientierung** ist auch notwendig, wenn die Rolle der Fürsorgenden aufgegeben werden muß.

Weitere Strategien im Umgang mit den chronischen Erkrankungen lassen sich als persönliche und kognitive Strategien einordnen; einige davon kommen in allen Behinderungsgruppen vor (vgl. Kap. 6.3.7). Spezifischer für Krankheiten mit potentiell schlechter Prognose scheinen Strategien zu sein, die Mut machen über Vergleiche mit anderen in ähnlicher Situation, dies minimiert das vorgestellte Risiko und dient der kognitiven Kontrolle. *„Ich habe mir immer gesagt, es haben schon viele geschafft, auch aus meinem Bekanntenkreis haben viele Krebs gehabt, und die sind geheilt worden zu 100%. Also denen geht es allen genauso gut wie mir jetzt, und ich hab mir gedacht, du schaffst das.“ (56)*

Das Ignorieren von Problemen ist kurzfristig hilfreich, um mit den Emotionen umzugehen. Auf Dauer hemmt es die Verarbeitungsmöglichkeiten der Erkrankung. Bei einigen Strategien kommt es zu einer Überforderung bei zunehmender körperlicher Einschränkung. So werden z.B. der Umwelt nur ansatzweise Bedürf-

nisse und Erfordernisse vermittelt, wenn die Krankheit nicht sichtbar ist und die Frauen gleichzeitig nur sehr schwer um Hilfe bitten können, wenn sie eine positive Fassade aufrechterhalten oder selbst immer noch anderen helfen und geben wollen/müssen. Für eine effektivere Bewältigung wäre gerade diese Vermittelbarkeit der Beschwerden nach außen und der Kontakt zu anderen hilfreich (vgl. Kap. 6.4.1).

Auffallend ist, daß die Frauen in vielem auf sich allein und auf ihre Familie gestellt sind. Selbsthilfegruppen oder Beratungsangebote z.B. werden als Bewältigungshilfe kaum erwähnt. Dadurch, daß die Erkrankungen starke Einschränkungen im Berufsleben zur Folge haben, wird der gesellschaftliche Rückzug der Frauen forciert und die Isolation gefördert. Besonders deutlich wird dies bei den neurologischen Erkrankungen mit einer Angst vor gesellschaftlicher Ächtung und einem Meiden anderer Behinderter.

6.3.4 Behinderungsspezifische Anforderungen und Bewältigungsstrategien bei körperlichen Beeinträchtigungen

Die zweite Gruppe von Behinderungen, für die die Frage „typischer“, wiederkehrender Muster der Belastung und der Bewältigung diskutiert wird, sind die körperlichen Beeinträchtigungen, worunter hier Hüftschäden, Wirbelsäulenprobleme, Querschnittslähmungen und Gelenkversteifungen sowie Fehlen oder Lähmungen der oberen oder unteren Extremitäten zusammengefaßt werden. Die meisten Frauen in dieser Gruppe sind von Geburt an behindert. Für andere waren Verschleißerscheinungen und Verkehrsunfälle sowie z.T. auch chronische Erkrankungen Ursache der Schädigung.

Stärker als bei den Befragten mit einer chronischen Erkrankung betonen diese Frauen die **Frage ihrer eigenen Normalität** („im Prinzip normal“) bzw. ihres Anders-Seins und ihrer Sonderrolle. Die seit Geburt eingeschränkten Frauen berichten eine „ganz normale Kindheit“ (vgl. Kap. 6.6.1), andere haben z.B. *„eine ganz normale Beziehung, ich hab eine total schöne WG, ich hab eigentlich das, was sich viele wünschen.“* (5) *„Aber daß ich genauso biestig sein kann und eklig oder liebevoll oder zärtlich oder eben was. Oder die Sexualität, daß das genauso stimmt wie bei anderen, auf die Idee kommt man überhaupt gar nicht ... ich bin eigentlich relativ normal...“* (11) *„Jeder hat sein Päckel zu tragen. Der eine der hat es eben mit dem Rücken, oder der andere leidet an vielen Migräneanfällen und solchen Dingen. Und ich habe eben eine Beinamputation.“* (57) *„Das eine Bein fehlt, aber im Prinzip bin ich völlig normal...“* (43) *„Ich bin bestrebt, daß ich genauso ein Mitglied und ein Element in eurem Kreise bin wie ihr auch. Aber deswegen bin ich nicht schlechter als ihr oder ihr besser als ich.“* (6)

Es ist für viele Frauen wichtig, **sich als nicht behindert zu definieren**. *„Ich empfand mich als nicht behindert. Ich empfand mich als anders, aber andere sind auch anders, manche haben rote Haare, andere haben - was weiß ich - sind ganz groß oder ganz klein. Ich empfand mich nicht anders als die anderen.“* (33) *„Ich sag mir immer, ich bin nicht behindert. Mir fehlt nur ein Stück Gliedmaß.“* (57) *„Nein, ich fühle mich gesund. Ich fühle mich auch nicht minderwertig. Oh ja, vor allen Dingen, ... weil ich ja auch nirgendwo als Behinderte gesehen werde.“*

(57) Die Umwelt bestätigt dies, indem die Behinderung als geringfügig einschätzt wird i.S. von 'du bist doch gar nicht behindert'. *"Bloß weil dir ein Stück Arm fehlt, gehörst du doch nicht in den Kreis rein."* (22) Wann wird die **Beeinträchtigung als Behinderung** wahrgenommen? Behinderung wird erst zum Begriff, *"wo sie mich wirklich behindert."* (49) *"Wenn es mir mal nicht gut geht, dann sage ich: Ach, jetzt bin ich so behindert"* und *"Also heute laßt mich mal in Ruhe. Heute bin ich behindert."* (57) Biographische Punkte, an denen Behinderung stärker bewußt sind, sind zum einen die Pubertät, wenn der Körper in den Kategorien von normierter Attraktivität wahrgenommen wird, zum anderen das Alter mit der Kombination von Verschleißerscheinungen und zusätzlicher Verausgabung in Beruf und Familie. Wenn sich die körperliche Beeinträchtigung in einer nur punktuellen Einschränkung äußert, ist es schwierig, sich als behindert zu begreifen. *"Ich war ja nur behindert in dem Moment, wo ich schwer tragen mußte oder weit laufen mußte."* (30) Sich 'behindert fühlen' ist später auch phasenabhängig. *"So in glücklichen Situationen geht das bei mir ganz unter, da registriere ich überhaupt nicht, daß ich behindert bin... Ich registriere das immer nur, wenn die Schmerzen unerträglich werden, oder wenn halt irgendwelche Barrieren dann da sind."* (43) Hier wird die Behinderung durch die Umwelt angesprochen - wie behindert eine Frau ist, hängt wesentlich von Anderen und von Strukturen und nicht (nur) von ihrer Schädigung oder Schmerzen ab. *"Wenn jemand dabei ist, also ein Fußgänger dabei ist, dann gibt es für mich fast nichts, was ich nicht kann. Weil da kann i mi einfach drauf verlassen, die schleifen mi jetzt durch den Sand und irgendwo mal zwei oder drei Stufen rauf oder runter. Da gibts keine Probleme. Das steht und fällt natürlich mit dem Umfeld, von dem was man hat."* (11)

Von **sozialen Behinderungen** wird im Zusammenhang mit dem Kampf um Sonderrechte mit Behörden und Arbeitgebern oder mit Hänseleien im persönlichen Umfeld gesprochen und soziale und berufliche Nachteile werden berichtet. *"Es ist nicht normal, bestimmte Dinge einfach zu haben und machen zu können. Sondern es ist ein ganz mühsamer, langer Weg, um das machen zu können. Über Bitten, und Anträge..."* (43) Die Behinderung hat auf die **Berufsbiographien** insofern Einfluß, daß die Frauen ihre Berufs-Wünsche der Behinderung anpassen und wegen der körperlichen Einschränkung auf ihre Traumberufe verzichten müssen (57, 32, 22; vgl. Kap. 6.6.2). Es müssen Sonderkonditionen gefunden werden, z.B. behindertengerechte Arbeitsplätze und barrierefreie Wege. Die meisten Frauen sind berufstätig. Keine der Frauen berichtet von Umschulung oder Reha-Maßnahmen. Es scheint ein individuell zu lösendes Problem zu sein, die richtige Arbeitstätigkeit mit der eigenen Behinderung verbinden zu können.

Bezüglich der **Familienbiographie** hat die Behinderung kaum Einfluß auf Verheiratung bzw. Partnerschaft, auch wenn Frauen der Meinung sind, Männer seien so labil, daß sie nur eine Frau ohne Behinderung an ihrer Seite aushalten (22). Auffallend ist jedoch, daß viele Frauen nur gegen ärztlichen Rat eine Schwangerschaft austragen. Die Lebensläufe sind hier sehr unterschiedlich und reichen vom Aufziehen von sechs Kindern bei körperlich schwacher Konstitution bis zum Gefühl, keine Kinder bekommen zu können. Die meisten Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen haben Kinder bzw. waren schon einmal

schwanger. Sowohl bezogen auf den Alltag, als auch bezogen auf Beruf und Familie ist das Motiv des Behindert-Werdens - und das Leiden unter einer dergestalt behindernden Umwelt - in dieser Gruppe, verglichen mit Frauen mit anderen Behinderungen, am bedeutsamsten.

Eine Reihe von **Bewältigungsstrategien** kreisen um die **Herstellung von Normalität**. Eine Vermeidung des Kontaktes mit anderen Behinderten ist als Versuch zu sehen, das Problem zu begrenzen, sich in der Normalität zu verorten und keine Sonderrolle zu beanspruchen. *"Und mich macht das psychisch zu fertig. Das mag zwar ein gewisser Verdrängungsmechanismus sein,... aber wenn ich vier Wochen nur Krumme um mich herum sehe, die also nix mehr können, dann bin ich so down, da sage ich, nee, da mache ich lieber jeden Tag zu Hause Krankengymnastik ... Das zieht mich runter."* (46) *"Als ich mit den Behinderten zusammen war, ja (da hab ich mich behindert gefühlt). Sonst nicht... ich habe gemerkt, daß ich selber sehr darunter litt, so viele Behinderte um mich rum zu sehen."* (57) Es kommt zu einer Abgrenzung der Behinderung von Krankheiten, die als 'negativer' bewertet werden. Das Leben mit einer Behinderung sei 'normaler' als das Leben mit einer Krankheit. *"Ich bin nicht krank... Aber ich hab eine Behinderung. Oder ich kann nicht laufen... Weil mit Krankheit tut man immer was Negatives besetzen, oder Behinderung ist negativ. Und das ist net so."* (11) Frauen aus dieser Gruppe sind 'dichter' an der Normalität als Kranke; dies drückt sich in dem wiederkehrenden Motiv aus, „daß eigentlich alles normal sei, nur...“ Einige wollen auch keine Sonderrolle: Eine Frau sieht es als ihr individuelles Problem an, ob sie genügend Geld verdient, um mit einem Taxi, das sie aufgrund ihrer Behinderung benötigt, zum Arbeitsplatz zu kommen.

Die Themen Belastbarkeit, Verausgabung etc. stellen sich auch über die hohen **Leistungserwartungen** der Frauen an sich selbst und über die Leistungen, die sie 'trotz' der Behinderung erbringen (z.B. Rock 'n Roll tanzen mit amputiertem Bein, als Hauptschullehrerin im Gymnasium unterrichten etc.). Leistung bedeutet Anerkennung und Anerkennung hängt zusammen mit dem Wert der eigenen Person. *„Das hat auch unheimlich Auswirkungen auf die Psyche, wenn ich sehe, Mensch, dies kannst du nicht oder das kannst du nicht. Dann fühle ich mich auch gleich schlecht.“* (43) Leistung hat *„einen sehr hohen Stellenwert“* für eine Befragte: *„Dadurch fühle ich mich eben nicht behindert.“* (57) Die Kompensation der Behinderung ist vorrangig, *„als Ausgleich dafür, daß ich doch eben nicht alles so konnte wie die anderen.“* (49; zur Vermittlung von Leistungsorientierung als Kompensation in der Erziehung der Eltern vgl. Kap. 6.6.1). Die Bedeutung der Leistung wird auch durch die Bewertung ex post - 'trotz Behinderung' - hervorgehoben (43). *"Kann man sich das gar nicht mehr vorstellen, wie man das früher mit Kindern geschafft hat. Das begreife ich heute noch nicht ... ich habe es geschafft, trotz der Behinderung und Arbeiten."* (32) Allerdings werden diese Begriffe 'trotz Behinderung' von einigen als erneut abwertend oder als neues Etikett einer Sonderrolle kritisiert. Der Verzicht auf eine Sonderrolle wird mit zunehmendem Alter, wenn die Folgeschäden der Verausgabungen deutlich werden, schwieriger und die Frauen kommen nicht umhin, Sonderkonditionen für sich zu beanspruchen, was die Behinderung schwerwiegender erscheinen läßt.

Konfrontiert mit den eigenen oder äußeren Grenzen reagieren die Frauen. Dies führt zu kämpferischer Interessenvertretung nach außen (Kampf um die Zugänglichkeit der Räume und behindertengerechte Arbeitsplätze u.a.) oder nach innen zur Anpassung an die gegebene Situation und zum Sich-abfinden mit den eigenen Grenzen, mit dem, was aufgrund der körperlichen Beeinträchtigung geht und was nicht geht, um ein Loslassen von bestimmten Wünschen und Träumen.

Die Behinderungen sind in unterschiedlichem Maß sichtbar. Bei Nicht-Sichtbarkeit (z.B. bei Hüft- oder Wirbelsäulenbeeinträchtigungen) ist es für die Frauen wichtig, ihre Bedürfnisse nach Sonderbehandlung und Schonung entsprechend zu formulieren, was oft nicht einfach ist. Die **Sichtbarkeit der Behinderung** (vgl. Kap. 6.4.1) ist für die Frauen am stärksten beeinträchtigend, denen ein Körperteil fehlt oder bei denen ein Körperteil mißgebildet ist. Die Rollstuhlfahrerinnen scheinen dagegen eher an das Angeschaut-Werden gewöhnt zu sein. Am auffallendsten erzählen die Frauen mit Beeinträchtigungen der Arme vom "Erschrecken in den Augen der nicht-behinderten Umwelt". Aber auch eine Frau mit amputiertem Bein berichtet, sich selbst mit dem fehlenden Bein nicht im Spiegel anschauen zu können. Als ein Thema der Frauen mit Gehbehinderungen geht es um das Teilnehmen, darum, nicht zurückgelassen zu werden, in der Öffentlichkeit dabei zu sein, mobil zu sein. Hingegen steht bei den Frauen mit Beeinträchtigungen der Arme oder der Kraft allgemein (z.B. bei Polio) das Thema 'Können' mehr im Vordergrund. Neben einer deutlichen Sichtbarkeit und entsprechender Reaktion der Umwelt wird gerade auch den Frauen mit Beeinträchtigungen der Gliedmaßen - wohl wegen der von außen als gering eingeschätzten Beeinträchtigung - von ihrer Umgebung gemeldet 'du bist nicht wirklich behindert'. Diese Kombination an widersprüchlichen äußeren Botschaften erschwert auch eine innere Standortbestimmung: 'Wie behindert bin ich denn?'.

Die von den Frauen mit körperlichen Einschränkungen eingesetzten Bewältigungsstrategien unterscheiden sich z.T. von den Strategien der Frauen mit chronischen Erkrankungen. Die Herstellung von Normalität ist stärker eine Frage von **Durchsetzung und Selbstbehauptung**; Kampf, Rebellion und Unabhängigkeit sind wichtige Motive im Vordergrund. *"Ich brauche auch niemanden, um mich zu verteidigen, weil ich meine Sachen immer sehr strikt durchgesetzt habe."* (30) Dieser Durchsetzungsgestus ist mit dem Thema Wert verbunden. *"Man muß sich durchsetzen,... man muß Selbstbewußtsein kriegen, daß man trotzdem etwas wert ist, auch wenn man viele Sachen nicht machen kann."* (30) *"Ich will alles möglichst allein schaffen und machen, und das, was ich mir in den Kopf gesetzt habe, das setze ich in der Regel auch durch"* und *"ich weiß schon, wie ich mich am besten durchsetzen kann."* (31) Allen Frauen gemeinsam ist ein starkes Streben nach **Selbständigkeit und Selbstbestimmung**, bis hin zum Thema 'selbstbestimmtes Sterben'. *"Sobald ich merk', es geht nicht mehr, dann werde ich dem ein Ende setzen. Die Qualen mit meinen Schmerzen, das hab nur ich, und das kann mir kein Arzt der Welt verbieten ... das Thema 'selbstbestimmtes Sterben', das gehört halt auch zu einer Behinderung..."* (5) Selbständigkeit wird auch als Angst vor Einmischung beschrieben. *"Meine größte Angst, daß mir irgendwelche Leute etwas vorschreiben, was ich überhaupt nicht will."* (46)

Neben der Strategie der Kompensation und der Normalisierung finden sich Strategien der Verdrängung in Form eines „nicht dran Denkens“ oder einer bewußten Vermeidung, sich als schwerbehindert zu definieren, oder Kontakt mit anderen Behinderten zu haben (s.o.; vgl. Kap. 6.3.7). Dies bedeutet, das Thema Behinderung nicht „so nahe an sich heranzulassen“ (6), was einigen Frauen zu helfen scheint, ihren Alltag den eigenen Wünschen und Ansprüchen entsprechend zu gestalten.

Die Konfrontation mit den eigenen körperlichen Grenzen kann neben einem Kampf um Sonderrechte auch zur **Einhaltung und Akzeptanz des Machbaren** führen. Die Welt wird eingeteilt in 'das geht und das geht nicht'. *"Ich habe immer gesagt, ich mache das und das, und das andere kann ich nicht und das mache ich nicht ... man kann auch andere Sachen machen."* (30) Über das, was nicht geht, lassen sich Träume entwickeln, die dann aber gemessen an der Realität wieder 'über Bord geworfen werden' müssen. So wird ein bewußter Verzicht auf Dinge geleistet, die 'nicht gehen'. *"Schade, aber ... man muß ja nicht überall hin und alles mitmachen" und "ich muß nicht unbedingt meine gesellschaftliche Stellung aufwerten durch irgendwie so ne Karriere."* (20) *"Man sucht sich als Behinderter als Wunsch immer etwas aus, was man nicht kann, und dann hat man einen guten Grund, ein bißchen traurig zu sein, weil mans nicht kann. Man könnte sich ja auch auf die Dinge konzentrieren, die man kann ... Ich verzichte dann auf die Sache, wenn es nicht geht. Fertig. Aber nichts davon ist existenziell und lebenswichtig. Und darum bin ich nicht abhängig. Ich weiß ... daß das Leben trotzdem weitergeht."* (22) Wenn etwas *"nicht sein muß, ist es auch keine Einschränkung"*. (31) Die Akzeptanz und Einordnung der eigenen Behinderung in ihr übriges Leben ist für viele in dieser Gruppe ein zentrales Anliegen: *„Und ich will mich da auch nicht reinsteigern... Es ist nur eine Frage von mir, ob ich darüber unglücklich oder traurig werde, oder ob ich das als Fakt eben hinnehme.“* (22) *„Dann muß ich das halt akzeptieren oder eben tagelang darüber nachdenken.“* (43) *„Man muß das akzeptieren.“* (30)

Eine Reihe der schon für Frauen mit chronischen Krankheiten beschriebenen kognitiven Strategien der Bewältigung werden auch von Frauen mit körperlichen Einschränkungen eingesetzt, wie z.B. Positivierung, De-Problematierung oder Selbstermutigung. *"Genieße jeden Tag, wo es dir gut geht, der ist geschenkt."* (46; vgl. Kap. 6.3.7) *„Wenn man dann gute Laune hat, dann vergißt man die Schmerzen oft.“* (42) Lebensphilosophien geben Halt: *"Nicht hängen lassen. ...Es muß immer gehen ... Und ich denke halt, wenn man was möchte, daß man nicht gleich aufgibt, sondern versucht, das halt doch durchzuziehen.“* (5)

Einigen Frauen ist es besonders wichtig, selbst zu definieren, was als Problem gilt und was nicht, und sich damit die **Definitionsmacht über die Probleme** zu sichern. *"Ich fühle mich nicht so, als ob ich ein Problem hätte."* (46) Eine hohe Kontrolle über das eigene Verhalten, über ein bewußtes Gehen, Einkaufen, Zubereiten von Essen etc. ermöglicht ebenso wie eine soziale Kontrolle ('Von wem laß ich mich pflegen?', 'Mit wem kann ich essen gehen?') eine Begrenzung der Probleme und ein Höchstmaß an Autonomie. Dazu dient auch eine pragmatische Suche nach Lösungen. *"Ich mußte ja in meinem Leben immer sehr vieles für mich neu erfinden. Ich muß alleine rausfinden, wie kann ich diese Tätigkeit*

machen. Das kann mir auch keiner zeigen. ... Das probiere ich einfach aus und dann kann ichs oder ich kanns nicht. Und wenn ich es nicht kann, dann geht es wirklich nicht." (22) "Es gibt kein Nicht-Können, wenn man es nicht probiert hat". (23)

Weitere Strategien ergänzen das Spektrum der insgesamt genannten Strategien, scheinen aber weder typisch zu sein für die Form der Behinderung, noch für eine Generation von Frauen. Dazu gehören diskursive Strategien der verbalen Durchsetzung, um soziale Einflußmöglichkeiten zu haben, Humor, Schlagfertigkeit (11), entlastende Wutausbrüche (43; insgesamt aber selten genannt), kognitive, analytische Relativierungen und Umdeutungen, mit denen Emotionen kontrolliert werden können, sowie „Selbstrelativierung“ (22).

6.3.5 Behinderungsspezifische Anforderungen und Bewältigungsstrategien bei Sinnesbeeinträchtigungen

Sehbeeinträchtigungen und Hörbeeinträchtigungen erschweren den 'Zugang zur Welt' - Kommunikation und der '**Zugang zur Welt**' sind zentrale Themen in den Erzählungen der Frauen in dieser Gruppe unabhängig davon, ob die Behinderung angeboren ist, wie es bei einigen Frauen der Fall ist, oder später eintrat.

Für von Geburt an oder in den ersten Lebensjahren sinnesbehinderte Mädchen ist das Leben mit dieser Behinderung, auch wenn sie von bestimmten Spielen und Aktivitäten ausgeschlossen sind, zunächst normal, da sie als Kind nichts anderes kennen und eher den inneren Impulsen entsprechend spielen und mit den anderen Kontakt aufnehmen (vgl. Kap. 6.6.1). **Erst später im Laufe der Sozialisation wird die Behinderung zum Thema.** *"Da ist mir das doch gar nicht so klar geworden, auch das ganze Ausmaß, was mit diesen Ohren auf mich zukommen würde."* (39) Wird der geschützte Raum der Familie und der Kindheit mit seiner eigenen Normalitätskonstruktion verlassen, führen Unverständnis der Umwelt, mangelnde gemeinsame Kommunikationsmöglichkeiten oder nicht behinderungsgerechte Umgebung und Hilfen zu verstärkter Abhängigkeit (bei den Frauen mit Sehbeeinträchtigungen) oder zur Isolation und zum sozialen Rückzug (bei den Frauen mit Hörbeeinträchtigungen).

Die Probleme für Frauen mit Seh- und mit Hörbeeinträchtigung sind unterschiedlich. Sehbehinderte Frauen machen ihr 'Anders-Sein' fest an eingeschränkter Mobilität, am Angewiesensein auf die Hilfe normal Sehender, an Schwierigkeiten mit der materiellen Umwelt der Sehenden oder an geringerer Leistungsfähigkeit. *"Man kann gewisse Dinge einfach nicht, oder muß sie anders machen."* (10) *"Rucksack, Stock, Einkaufswagen, das ist immer so ein Horrortrip, sich zwischen den Regalen durchzuschlängeln."* (10) *"Ich war immer die Letzte, weil ich ja nicht gut gesehen habe."* (8; sie hat auch „ständig blaue Flecken ... , weil ich die Kurve nicht gekriegt hab.") *"Du kannst nicht sehen, da mußt du näher rangehen, das war immer mein Problem."* (36) Die Frauen mit Hörbeeinträchtigungen beklagen das Herausfallen aus der Kommunikation oder auch den Ausschluß aus der Welt der besser Hörenden. Beispielsweise sitzt ein Mädchen mit Hörbehinderung über Stunden in einer Runde durcheinanderredender Mitschüler und Mitschülerinnen, möchte Kontakt, aber versteht kein Wort. *"... bei Parties, da sitz ich so rum, ... dann hänge ich meinen Gedanken nach ... Ich krieg manchmal*

Bruchstücke mit ... dann werde ich relativ bald müde ... ich bin praktisch nur ein Zuschauer, wie die sich unterhalten, misch mich nie ein, ich kann nichts dazu sagen. Das nehmen die anderen gar nicht so wahr. ... Man muß sich so vorstellen, ich sitze vier Stunden in einem ruhigen Raum und mache nichts." (4)

Auch blinden Frauen eröffnet erst die **sprachliche Vermittlung** die Welt der Sehenden. Die auftretenden Verständigungsprobleme mit der sehenden Umwelt (z.B. können Graphiken kaum in eine für blinde Menschen verstehbare Sprache übersetzt werden) erschweren den Zugang zu bestimmten Wissensgebieten. Gerade für die Frauen mit Sehbeeinträchtigungen sind die **diskursiven Strategien** wichtig für die Teilhabe an der 'Normalität', während dieser Zugang für die Frauen mit Hörbeeinträchtigung erschwert ist.

Für die Frauen mit einer Hörbeeinträchtigung hat die Teilhabe an der Normalität der sprachlichen Kommunikation - als Verbindungsstück zwischen hörender und nicht hörender Welt - eine besondere Bedeutung; das Problem liegt in der Verständigung. Eine Frau mit Hörbeeinträchtigung muß sich zuerst als 'hörbehindert' oder 'anders' definieren und zu erkennen geben, um überhaupt für sie notwendige Voraussetzungen für Kommunikation zu schaffen: Wenn der/die Gegenüber weiß, daß die Frau schlecht hört, spricht er/sie vielleicht deutlich. Um aber diese Voraussetzung zu schaffen, muß sie bereits kommunizieren. Der schwierige Kommunikationseinstieg erfordert Zusatzstrategien: "Wie erzähle ich gleich zu Beginn eines Kontaktes, daß ich nicht so bin wie der/die andere?" Eine junge Frau löst das Problem, indem sie ein auffallendes Hörgerät trägt, so daß die Umwelt sehen kann, daß sie schwer hört. Außerdem muß in Verbindung mit einem Normalitätsgestus immer wieder entschieden werden, wann der Umwelt gegenüber eine Herausstellung der Besonderheit, des Anders-Seins notwendig ist. *"Ich mach das schon öffentlich, indem ich meinem Gegenüber sage, sprechen Sie bitte deutlich, oder die wundern sich, daß ich sie angucke."* (28) Gelingt die Lösung der Kommunikationsprobleme nicht, führt der Weg in Zusammenhang mit anderen Problemen zu Isolation und Rückzug. *"Ich ziehe mich so ein bißchen wie eine Schnecke zurück."* (26) Als soziale Folge kann es besonders für Frauen mit Hörbeeinträchtigungen sehr schwierig sein, dauerhafte Verbindungen und längerfristige Beziehungen herzustellen.

Bei einigen Befragten ist die Bewältigung der Behinderung verbunden mit der Bewältigung von familiärer Gewalt. Es ist auffallend, daß einige Befragte von massiver körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung so berichten, daß es naheliegt, die Sinnesbeeinträchtigungen als direkte Folge von Schlägen zu interpretieren. Im Teufelskreis kann eine Hörbeeinträchtigung die Probleme, die infolge einer Traumatisierung entstanden sind, verstärken: Das aufgrund der Traumatisierung entstandene Mißtrauen in andere Menschen geht einher mit der Schwierigkeit, andere Menschen akustisch zu verstehen und sich verständlich zu machen. So kommt es durch die Gewalterfahrungen z.B. zu einem inneren Rückzug, *"das ist tief innen drin"*. Dieser Rückzug entspricht der Abkapselung durch die Behinderung: *"Ich bin immer mehr in mich selbst hineingegangen, weg von der Welt der Hörenden ... alle Probleme habe ich mir immer reingefressen ... ich habe nie was gesagt, immer rein, rein, und das ist sehr schwer, damit fertig zu werden."* (52)

Aus den Interviews aller Frauen mit Sinnesbehinderungen geht der enorme und mit dem Grad der Behinderung steigende **Mehraufwand** hervor, den sie leisten müssen, **um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen**. Das Mithalten mit der hörenden bzw. sehenden Welt ist oft anstrengend und mühsam. Gerade in Gruppensituationen erfordert es viel Energie, dem Geschehen aufmerksam folgen zu können. Sich aufmerksam auf das Unterrichtsgeschehen zu konzentrieren, den Stoff und die entsprechenden Unterrichtsdiskussionen in der Klasse mitzubekommen, ist für eine Frau mit Hörbeeinträchtigung fast eine physische Hochleistung. Auch für eine blinde Frau kostet es hohen Aufwand, sich die Welt der Sehenden anzueignen, sich Konzepte über z.B. bildhaftes Unterrichtsmaterial zu erstellen. "... wie ich arbeiten muß, daß ich die Leute verstehe, daß ich sehr viel Kraft aufwenden muß, daß ich in der Schule mitkomme. ... So nach 6 Stunden Unterricht, bin ich halt einfach müd ... ich bin saumüde, die anderen quatschen noch auf dem Heimweg, und ich war froh, daß ich heimkomme. Also ich hab wirklich angestregter ... den Unterricht verfolgen müssen." (4) Ein fehlender oder eingeschränkter optischer oder hörender Zugang zur Welt muß anderweitig ausgeglichen werden, z.B. mit dem Ausbau neuer Möglichkeiten. Durch entsprechend 'strebsames Verhalten' in einer Regelschule kann es auch zu einer Außenseiterposition in der Klassengemeinschaft kommen.

Daher ist bei Frauen mit Sinnesbehinderungen die Frage der angemessenen Beschulung wichtig. Der Unterricht an reinen Behindertenschulen wird als angenehm dargestellt und bereitet z.B. eine blinde Frau gut auf den Umgang mit schwierigen Alltagssituationen vor. Andererseits ist die Vermittlung des allgemeinen Unterrichtsstoffes eingeschränkt, wodurch später im Rahmen einer Regelschule große Wissenslücken behoben werden müssen. Auf der Regelschule kommt es z.B. für die Frauen mit Hörbeeinträchtigungen zu Überforderungssituationen, z.B. wenn die Einschränkung verständnis- und rücksichtslos übergangen wird (z.B. 35, 4). Diese schulischen Probleme können z.B. zu erhöhter Kontrolle im zwischenmenschlichen Bereich, zu Isolation und Mißtrauen führen. Aber auch die Integrationsschulen werden kritisiert, da es hier wieder Sonderbedingungen für die behinderten Schüler und Schülerinnen gibt, was sie wiederum zu 'den Anderen' mache, z.B. im sog. "*Blindenblock*" an der Seite des Klassenzimmers mit den Steckdosen oder bei Hervorhebung ihrer Leistung 'trotz' Blindheit (4).

Die **Berufsbiographie** aller Frauen mit Sinnesbeeinträchtigungen ist beeinflusst durch die Behinderung, beginnend mit der Berufswahl. Der Beruf wird behinderungsspezifisch gewählt, auch wenn dabei viele Interessen und Wünsche unberücksichtigt bleiben und Berufswünsche aufgegeben werden müssen. Der Traumberuf bleibt den meisten verschlossen. Wegen einer möglichen Überanstrengung der Augen werden höhere schulische Ausbildungen nur eingeschränkt angeraten; Frauen mit Hörbeeinträchtigungen sehen sich gezwungen, einen (ungeliebten) Beruf mit wenig Kommunikationsaufgaben oder Kontakt zu Menschen erlernen zu müssen (vgl. ausführlicher für alle Behinderungsgruppen Kap. 6.6.2). Nur eine Frau wählt den Beruf nach ihrer Neigung, stößt aber in der Ausübung immer wieder stark an die Grenzen ihrer Behinderung.

Die **Familienbiographie** ist bei den Frauen mit Sehbeeinträchtigungen nur wenig betroffen. Allerdings warnen viele Ärzte vor Schwangerschaft und Geburt, da diese aus ihrer Sicht ein Risiko für die Sehfähigkeit darstellen. Wegen möglicher Erblindungsgefahr werden Sterilisationen und Kaiserschnittgeburten durchgeführt. Für die Frauen mit Hörbeeinträchtigungen hat die Behinderung eher Einfluß auf die Partnerschaftsmöglichkeiten als auf die nachrangige Frage des Kinderkriegens. Die erfolglose Suche nach einer Partnerschaft bestätigt die Unmöglichkeit einer passenden Beziehung (39: „*gescheitert an den Ohren*“, 21: „*nur wegen dieser Brille klappt das nicht*“; vgl. Kap. 6.6.3); für Hörbehinderte ist es schwierig, bei Geselligkeiten einen Partner kennenzulernen. Die jungen Frauen (seh- oder hörbeeinträchtigt) vermuten, daß es aufgrund der Behinderung bei der Kindererziehung zu Problemen kommen könnte, alles für das Kind Wichtige entsprechend mitzubekommen. *"Wenn mich Kinder ansprechen, ich versteh' die überhaupt nicht. Und ich hab dann, ehrlich gesagt, Angst, wenn ... ein kleines Kind was plappert, ... ich wär da einfach unbeholfen."* (4)

Die meisten Frauen, sofern sie nicht blind oder gehörlos sind, äußern Angst vor Verschlimmerung. Eine mögliche Erblindung, die Vererbbarkeit der Erkrankung oder andere biographische Themen verschränken sich mit der Bewältigung der Sehbehinderung. *"Hoffentlich wird es nicht schlimmer es ist doch schön, wenn man noch ein bißchen von der Welt sieht. Und wenn es nur ne Kleinigkeit ist."* (26) Mit der Angst vor Verschlimmerung ist auch die Angst vor Abhängigkeit verbunden. *"Angst ist eigentlich latent da, wenn man mal in eine Situation kommt, in der man alleine nicht so fertig wird, daß man da Hilfe von anderen braucht ... daß es eben auch mal passieren kann, daß ich hilflos werde und dann auf andere angewiesen bin. Das möchte ich nicht so gerne. ... wenn man es so weit gebracht hat, gerade mit einer Behinderung so selbständig zu leben, ist diese Angst bestimmt noch ausgeprägter."* (39) Die Angst vor Verschlimmerung der Hörschwierigkeiten ist z.B. auch gekoppelt an die Angst, sich nicht wehren zu können. *"Taubstumme ... Denn die können sich am wenigsten wehren, weil sie nicht zu hören sind..."* (28)

Der Umgang mit dem Thema **'Hilfe annehmen'** umfaßt die verschiedensten Reaktionen von 'kein Problem', 'Mühe damit', 'es zur Not selber zu können', bis zum Prinzip: 'wenn du was für mich machst, mache ich was für dich'. *"... was ein anderer schneller begreift als ich, also bitte ich den mal, das zu machen. Aber zur Not könnte ich das auch selber ... deshalb bin ich noch nicht so abhängig."* (36) *"Wissen Sie, wenn Sie immer nur auf Hilfe angewiesen sind. Man will auch nicht immer jemanden in Anspruch nehmen."* (26) *"Wenn wir Blinde, Sehbehinderte keine Hilfestellung von Normalen kriegen, dann sind wir nichts, dann würden wir wahrscheinlich nicht so weit sein wie jetzt."* (21) Bei den Frauen mit Hörbeeinträchtigungen geht es verglichen mit stark sehbehinderten oder blinden Frauen weniger um die Hilfe anderer Menschen, auf die sie angewiesen sind, als vielmehr um die Überwindung von Ausschluß, um die Herstellung von Kontakt. Die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (Hörgeräte, Hörhilfen für Telefon und Fernsehen etc.) sind nicht für alle Frauen verfügbar und können z.B. in Gesellschaften nicht eingesetzt werden.

Bezüglich der Sichtbarkeit der Behinderung kann eine starke Brille einerseits als Defekt oder Stigma wahrgenommen werden, z.B. in der Pubertät. Andererseits ist die Brille ein unverzichtbares Hilfsmittel und kann wie andere Insignien der Behinderung auch den Einstieg in behinderungsspezifische Themen erleichtern. Ein farbiges, auffallend getragenes Hörgerät erleichtert den Einstieg in die Kommunikation, denn das Gegenüber weiß so: ich muß z.B. laut und deutlich sprechen (s.o.). Auch eine Brille oder ein Blindenstock kann im Alltag schützen oder die Frage nach möglicher Unterstützung erleichtern.

Für beide Formen von Sinnesbehinderungen lassen sich allgemeine Strategien finden: Deproblematisierungen ('kein Problem mit der Behinderung'), Betonung des Positiven allgemein, Nichtbeachtung der Behinderung, defensives Aus-dem-Weg-Gehen und Vermeiden von schwierig zu bewältigenden Situationen (z.B. 28), 'keine Dramatisierung' und pragmatische Anpassung an die Realität, Akzeptanz der Einschränkung und Anerkennung der Notwendigkeit, z.B. bestimmte Rechte und Hilfen in Anspruch zu nehmen (wie Ausweis, vorzeitige Rente etc.; vgl. Kap. 6.3.7).

Für die befragten Frauen dieser Gruppe ist das Erreichen oder Beibehalten einer **größtmöglichen Selbständigkeit und die Stärkung des Selbstbewußtseins** wichtig. *"Ich hab immer ein relatives Selbstvertrauen gehabt, ... habe mich immer wieder so hochgerappelt und gesagt: Das ist so und mit dem lebst du und da machst du was draus."* (1) Mehr als in anderen Gruppen wird die Notwendigkeit betont, einen mutigen Schritt auf andere zu zugehen, um Kommunikation herzustellen. Diesen Schritt zu tun, lasten sie sich selbst als Aufgabe an, obwohl sie wissen, daß es eigentlich genauso eine Aufgabe der Hörenden ist (52; vgl. 4: *"Die Angst habe ich verloren gegenüber Menschen, mit denen zu reden ... Daß ich mich da wirklich reintrau und mit den Leuten unterhalte"*). Selbständigkeit heißt auch, sich gegen Ungerechtigkeiten zu wehren. *"Ich hab gesagt, entweder ihr guckt mich an, oder ich tret euch in' Hintern. Und den Ton haben sie verstanden."* (28; vgl. 52) Auch der Kampf um die Durchsetzung eigener Bedürfnisse stärkt das Selbstbewußtsein. *"Es waren fünf harte Jahre, aber die haben mir viel in dem Sinne gebracht, für mich selber zu kämpfen. Daß ich auch selber sagen kann, ich bin ich."* (28) *"Heute mache ich, was ich will."* (52) Eine Stärkung des Selbstbewußtseins wird außerdem angestrebt über Kompetenz, Leistung, Perfektionismus, Willensstärke und Aufmerksamkeit auf die jeweils besonderen Fähigkeiten. Mehr als chronisch kranke Frauen betonen die Befragten dieser Gruppe die verbleibenden Restfunktionen als Fähigkeiten, die eine Behinderung ausgleichen können: *"Selbstbewußtsein entwickeln und sich nicht immer der Schwäche so bewußt zu sein, sondern mal sehen und zu kontrollieren, worin liegen meine Stärken eigentlich."* (36) *"Man hat immer was Positives... Und wenn man durch seine Behinderung nicht gut hört, dann sieht man umso besser."* (39) Zu den Stärken können auch andere Hochleistungen (10) oder Werte wie Charakterstärke und Freizügigkeit gehören. Intellektuelle Leistung und die Aneignung von Wissen kann für Teilhabe an der Gesellschaft stehen, indem Wissen einen fehlenden optischen oder akustischen Zugang zur Welt ausgleicht oder eine Art Kontrolle über die Welt und damit eine gewisse Sicherheit verspricht. Einige sind stolz auf **Leistungen 'trotz Behinderung'**. *"Also wenn man so schlecht sieht, ja und dann noch Literatur gerade. Aber ich habe es gepackt, weil*

ich Freude dran hatte, das hat mich echt interessiert, das ist sowieso die Triebkraft immer ..." (36) Andere kritisieren das Motiv 'Leistung trotz z.B. Blindheit', da damit eine Festschreibung auf das Anderssein erfolgt (vgl. 6.3.4 für körperliche Einschränkungen). Die kompensativen Strategien bezogen auf Leistung, Kraft etc. sind jedoch immer nur bis zur eigenen Leistungsgrenze einsetzbar. *"Und da merke ich immer, wo meine Grenze ist. Grenze insofern, ... daß ich mich selber überschätze. Daß ich mir zu viel zumute ... Jetzt versuch ich das immer mehr bis an die Grenzen, wo ich dann merk, halt stop, weiter gehts nicht, mehr kannst du wirklich nicht."* (28)

Entsprechend der erwähnten Nähe zu Isolation stehen bei Frauen mit Hörbeeinträchtigungen eher **individuelle Bewältigungsstrategien** im Vordergrund: Betonung von Autonomie und Selbständigkeit, Kontrolle der Umwelt und Notwendigkeit des sich Wehrens. Selbständigkeit kann als defensive Strategie vor weiteren Enttäuschungen und schwierigen Beziehungskonstellationen schützen (28). Bei den Frauen mit Sehbeeinträchtigungen ist hingegen ein Eingebundensein in eine Gemeinschaft bzw. Familie eine wichtige Unterstützung. Gerade bei den Frauen mit Sinnesbehinderungen wird die **Rolle der Gesellschaft** bei der Bewältigung der Behinderung deutlich: Das Fehlen von Zugangsmöglichkeiten, von behindertengerechter Ausstattung öffentlicher Gebäude und Anlagen und von Strukturen für Übersetzungsarbeit wurde als Barriere der Verständigung zwischen den Menschen mit und ohne (Sinnes-)Behinderung immer wieder beschrieben und Veränderungswünsche geäußert. Für die Frauen mit einer Sehbeeinträchtigung besteht durch die stark visuelle Ausrichtung in der Öffentlichkeit ein eingeschränkter Zugang zum öffentlichen Leben z.B. auch, was die Mobilität anbelangt. Eine persönliche Entlastung für die Frauen mit Hörbeeinträchtigungen ist es, wenn normal hörende Menschen sich um Menschen mit Hörbeeinträchtigungen bemühen, da es für sie selbst so viel Mühe im Kontakt bedeutet. Das Unverständnis für Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung kann sich z.B. in unangemessenem Verhalten zeigen. *"Ich habe auch die Erfahrung gemacht ..., daß alle Menschen denken, Schwerhörige oder Gehörlose müßte man anschreien ... ich hab immer gesagt, warum schreit ihr so?"* (52) Eine befragte Frau teilt die Hörenden in drei Gruppen: Es gibt Menschen, die sich Mühe geben, Menschen, die nicht genügend informiert sind, und Menschen, die sich nicht bemühen wollen.

6.3.6 Anforderungen und Bewältigungsstrategien bei multiplen körperlichen Beschwerden mit im Vordergrund stehender psychischer Problematik

Die Frauen dieser Gruppe werden bezüglich ihrer Bewältigungsstrategien gesondert beschrieben, da hier zwar eine körperliche Beeinträchtigung oder chronische Krankheit vorhanden ist, aber andere Themen oder Belastungen im Vordergrund stehen. Diese Frauen sind bezogen auf ihre sonstigen Beeinträchtigungen in der entsprechenden Gruppe mit aufgeführt. Bei allen hier genannten Frauen, sei es mit Deprivationen in der Kindheit oder mit einer Anhäufung von Kränkungerlebnissen - z.T. wurden auch Lernbehinderungen einbezogen, sofern sie mit einer psychischen Problematik auftraten -, steht im

Vordergrund der Bewältigung nicht die eigentliche physische Krankheit oder Beeinträchtigung, sondern die sich ergebenden psychischen Probleme. *"Also wenn jemand fünfzig Prozent bekommt und mehrfach behindert ist und seelische Behinderungen nachgewiesen sind und festgestellt sind auch in dem Bescheid vom Versorgungsamt ... bei mir ist zum Beispiel festgestellt 'psychische Erkrankung mit körperlichen Beschwerden' - ich hatte zum Teil furchtbare Herzbeschwerden, die von der psychischen Belastung herrührten, ne. Das nannte sich ein hyperkinetisches Herzsyndrom. Und das führte zum Teil auch zu Zusammenbrüchen und zu Ohnmachts- und Schwächeanfällen ... ich konnte noch nicht mal einkaufen gehen."* (19) *"Daß meine Behinderung selber vielleicht gar nicht so das Hauptproblem war, sondern eher die Umstände."* (49)

Es handelt sich um Kombinationen schwieriger Lebensereignisse und psychischer wie körperlicher Belastungen, mit denen sich die Frauen auseinandersetzen müssen. Die Bewältigungsanforderungen, die sich den Frauen mit im Vordergrund stehender psychischer Problematik stellen, beginnen oft in der Kindheit und zwar unabhängig davon, ob die Frauen in dieser Lebensphase bereits behindert waren oder ob die Behinderung später eintrat (in Kap. 6.6.1 wird ausführlicher im Zusammenhang mit der Frage der Sozialisation von Mädchen mit Behinderung auf eine negative Sozialisation von Frauen, die seit der Geburt oder seit früher Kindheit behindert sind, eingegangen. Zwei Frauen, die in Kap. 6.6.1 in die Gruppe der Frauen mit einem negativen Leitthema/einem negativen Sozialisationsmuster eingeordnet wurden, gehören auch zu der Gruppe der Frauen mit multiplen Beschwerden und einer psychischen Problematik; ansonsten überschneiden sich die Gruppen aber nicht). Die Erziehung der Eltern wird mit den heutigen Problemen in Verbindung gebracht, sei es daß die Eltern den Erzählungen zufolge nicht den Bedürfnissen des Kindes entsprechend handelten oder die Kinder vernachlässigten (z.B. 35: die Eltern „geben nichts“, sie ist ihnen „scheißegal“; 49: nicht verfügbare psychotische Mutter), sei es, daß sie die Tochter zu sehr behüteten, übergriffig waren (z.B. 49) oder kontrollierten (47: „Aber die versuchen halt immer wieder, ihre Macht, sag ich mal, über mich zu haben oder das, was ihnen nicht paßt.“). Hintergrund der Erziehungsdefizite bilden bei einigen Befragten schwierige soziale Situationen wie Krieg und Armut.

Diese negativen Erfahrungen in der Herkunftsfamilie haben sich „eingegraben“ (19) und wirken sich bis in die Gegenwart hinein auf die Herstellung von Beziehungen überhaupt aus, sei es daß das Vertrauen zu anderen Menschen erschüttert ist, sei es, daß Abhängigkeit und Selbstaufgabe aus gescheiterten und behinderten Ablösungs- und Individuationsprozessen folgen. Die Deprivationen können zu einer immerwährenden Klage führen, die sowohl Kindheits- als auch Lebensklage ist (z.B. 49). Es wird stets das Fehlende und Negative im Leben betont, die aktuellen Themen werden über Muster der Kontinuität oder der Kompensation hergeleitet. *"Sehr behütet (Erg. aufgewachsen). Also extrem behütet, und ... eigentlich immer mit dem Gefühl, das kannst du nicht, das ist zuviel für dich.... Ich habe eben auch ganz viel mir im Laufe des Erwachsenenlebens dann von dem erarbeiten müssen, was ich versäumt habe."* (49) Diskriminierungserfahrungen wiederholen sich im Lebenslauf. Gerade bei Verletzung der eigenen Grenzen, auch durch übergriffiges oder überfürsorgliches Verhalten der Eltern,

stellt sich für die Frauen im Lebensverlauf immer wieder die Aufgabe, Grenzen zu setzen.

Eine fortwährende Lebensklage kann sich beziehen auf das Unverständnis der anderen, welche die körperlichen Probleme nicht anerkennen und quasi 'Simulation' unterstellen. *"Und wenn ich dann sage, tut mir leid, das kann ich einfach nicht mehr, dann wird das so interpretiert, sie will ja nicht, da ist sie selber schuld ... Und ich hatte gehofft, daß da Verständnis kommt ... Ich habe es erklärt, ich habe versucht, es zu erklären, wirklich, es wurde nicht akzeptiert. Man hat das einfach nicht als existent wahrgenommen. Wieso, du kannst doch hören? Das hast du doch auch verstanden! ... Das wurde natürlich auch wieder so aufgenommen, so negativ wie es nur irgend geht. Ach ja, ach du liebe Güte, jetzt jammert sie rum. - Mit Verständnis konnte man da auch nicht rechnen ... Das ist schwierig, jemandem das klar zu machen, daß man eben viele Dinge nicht mehr kann durch die Behinderung, ne. Diese Problematik, ich hab manchmal geheult."* (19) Durch das Unverständnis der Umwelt kommt es zum sozialen Ausschluß z.B. aus Freizeitvereinen und zum Verlust von Freundschaften.

Im Lebensverlauf können sich **Kränkungen und Verluste** aufsummieren: *"Ich habe allerhand durchgemacht. Und irgendwie hat das auch bei mir eine Art Dauerschaden erzeugt."* (54) Kernpunkt der erlebten Kränkungen ist ein Nicht-wichtig-Sein oder Verlassen-Werden. Die heutigen Schwierigkeiten haben mit Behinderung und Krankheiten nur zum Teil zu tun: Einsamkeit, Geldnot, Druck und Sich-abserviert-Fühlen in Ehe und Beruf. So kann auch der Einbruch einer Krankheit als dazu 'passend' erlebt werden i.S. von *"Ich habe es ja schon immer gewußt"*. Mit *"da war's natürlich bössartig"* (54) wird z.B. der Ausbruch der Krebserkrankung kommentiert.

Die Partnerbeziehungen sind schwierig und bestimmt von Abhängigkeit bei gleichzeitiger Angst vor Nähe. Es existiert immer wieder die Hoffnung, durch neue Beziehungen und Nähe könne vielleicht etwas wiedergutmacht oder nachgeholt werden. Gleichzeitig ist eine starke Angst vor Nähe vorhanden, die mit den früheren verletzenden Erfahrungen verbunden ist. Die Angst, wiederum verletzt, enttäuscht oder verlassen zu werden, bedeutet für die Frauen bei gleichzeitiger starker Sehnsucht nach Nähe eine immer wieder neu zu erlebende und auszugestaltende innere Ambivalenz. In Verbindung mit Unselbständigkeit und mangelnder äußerer Unterstützung trägt diese Ambivalenz dazu bei, daß die Frauen auch Gewaltbeziehungen eingehen. Die Ambivalenzen in den Partnerbeziehungen liegen auch darin, daß diese Ängste vor Selbständigkeit und Alleinsein binden, andererseits wird dadurch gleichzeitig die bestehende Unselbständigkeit verstärkt. Einerseits kann die Rücksichtnahme der Familienmitglieder unterstützend und die Familie Ort der Wiedergutmachtung, des 'Heil-Machens' sein. Andererseits hat die Frau wieder die Rolle der Aufopfernden, was in Kombination mit den körperlichen Einschränkungen wieder zu einer Überforderung führen kann. Das fehlende Selbstvertrauen macht abhängig von der Hilfe anderer: *"Ich habe bei sehr, sehr vielen Dingen Hilfe gebraucht. Also jetzt gar nicht mal körperlich, sondern weil ich mir so wenig zugetraut habe. Durch das, daß sie mich immer geschont haben und mir gesagt haben: das kannst du nicht. Ich denke, das Problem war immer eher, daß ich, egal worum es ging, mich an die*

Dinge nicht so rangetraut habe." (49) "Dann werde ich aber so unsicher, daß ich nicht alleine rausgehen kann, weil ich Angst habe, ich könnte plötzlich fallen oder so. Dann brauche ich ja immer Begleitung." (19)

Ein weiterer wichtiger Punkt ist frauenspezifisch: Oftmals mußten die Frauen schon früh andere Menschen versorgen; sie übernahmen vollständig den Reproduktionsbereich und wurden doch kaum darin wahr- und für wichtig genommen und erhielten keine Anerkennung. Das **Gefühl von Ineffektivität, Unwichtigkeit und fehlender persönlicher Wirksamkeit** verunmöglicht die Durchsetzung eigener Ansprüche und geht einher mit einer depressiven Kommunikationsstruktur im Interview selbst sowie mit Berichten von depressiven Episoden im Lebenslauf.

Die psychischen Probleme haben z.T. großen Einfluß auf die **Berufsbiographie**. Für einige Frauen ist die Berufswahl deutlich eingeschränkt, sei es wegen fehlender Ermutigung, sei es wegen einer Lernbehinderung. Oftmals ist die Arbeit aber wegen körperlicher und psychischer Einschränkungen oder Überarbeitung nicht durchzuhalten und es kommt zu Krankschreibungen. In ihrer Verbindung verstärken sich körperliche Einschränkung oder Krankheit, psychische Probleme und jahrelange Arbeitslosigkeit gegenseitig. Einerseits ist der Beruf für die Frauen zweitrangig, da sie sich mit anderen lebenswichtigen Problemen auseinandersetzen müssen. Arbeit wird hier zur Notwendigkeit einer materiellen Existenzsicherung für sich und andere. Andererseits ist der Beruf bzw. Leistung und Arbeit wichtig, um Anerkennung zu bekommen und ein Gefühl für die persönliche Wirksamkeit zu entwickeln. Im beruflichen Feld wiederholen sich die Lebensthemen: Kränkungen durch Kündigung, das Gefühl, durch Jüngere zur Seite gedrängt zu werden, und die Unfähigkeit, sich gegen den Druck im Beruf zu wehren.

Der Einfluß der psychischen Problematik auf die **Familienbiographie** weist in zwei unterschiedliche Richtungen. Zum einen kommt es zu einer Distanz von Männern oder zu schwärmerischen, idealisierenden Beziehungen. Zum anderen gehen die Frauen relativ früh Beziehungen zu Männern ein, um sich vom Elternhaus zu lösen. In diesen Ehen kommt es zu starker Abhängigkeit. Der "Lösungsversuch Ehe" scheitert entweder an der Geschlechtsspezifität oder an Gewalt. Es ist auffallend, daß die Frauen oft alkoholranke Ehemänner haben. Körperliche Probleme (Totgeburt mit Kaiserschnitt, Bauchhöhlenschwangerschaft und Sterilisation) können es verunmöglichen, ein Kind zu bekommen. *"Ich hätte gern das Kind gehabt, aber ... ich war zu schwach auf dem Unterleib."* (58) Verlufterlebnisse wie der Tod eigener Kinder oder Kontaktverweigerung der heute erwachsenen Kinder gehen in die allgemeinen Lebenskränkungen mit ein.

Das Spezifische in diesen Biographien liegt in dem weitgehenden Fehlen von angemessenen Bewältigungsstrategien, die durch die biographischen Erfahrungen zerstört wurden. Traumatische Erfahrungen, die gerade darüber definiert werden, daß sie die üblichen Bewältigungsfähigkeiten übersteigen, wirken sich so aus, daß Selbstbewußtsein und Selbständigkeit untergraben werden. Selbständigkeit und Unabhängigkeit sind ebenso wie die Fähigkeit zur Abgrenzung und „Sagen, wenn ich mal was nicht kann“ (15) wichtige, aber ferne Ziele: *"Unabhängigkeit, daß man auch irgendwann mal lernt, daß man vielleicht auch mal*

selbst auf sich angewiesen ist, daß man das auch besser gelernt hat." (15) Zum Zeitpunkt des Interviews überwiegen **Probleme der Alltagsbewältigung**. Die bei körperlichen Beeinträchtigungen oft wichtigen Normalisierungs- oder Deproblematierungsstrategien werden von den Frauen mit psychischer Beeinträchtigung weniger angewandt, im Gegenteil, die Probleme stehen im Mittelpunkt; eine Besinnung auf das Positive soll höchstens dazu dienen, nicht (noch stärker) in ein depressionsgefährdetes Grübeln zu geraten. Sonstige sozialgruppenspezifische Bewältigungsstrategien wie pragmatische Alltagsbewältigung, Leistung, Arbeit, Anstand können zwar Halt geben, aber füllen emotionale Leerstellen nicht auf. Das Hauptproblem liegt in der Herstellung zufriedenstellender Beziehungen.

Neben der Suche nach Selbständigkeit existiert jedoch auch immer der Wunsch nach Unterstützung und Halt, aber vertraute Beziehungen stehen nicht (immer) zur Verfügung. *"So komisch halt eben: Warum krieg ich das jetzt? Und dann hab ich dann irgendwann, wurde ich dann aufgebaut: Komm, du kannst dich doch nicht verkriechen deswegen. Und halt eben so aufgebaut und jetzt geht es halt wieder."* (15)

Direkte Durchsetzungsstrategien verlangen Selbstbewußtsein, so daß in den Erzählungen eher indirekte Strategien beschrieben werden. Z.B. sollen die Kolleginnen einer Befragten dazu gezwungen werden, die Krankheit als Handicap begreifen. Dies durchzusetzen ist jedoch schwer („Das ist furchtbar“), so läßt die Befragte sich demonstrativ krankschreiben (47). In diesem Sinn kann auch die Klage über die Behinderung dazu dienen, Ansprüche auf Schonung und Freiräume durchzusetzen, die vor Leistungsansprüchen schützen. Die gesundheitlichen Probleme entschuldigen die fehlende Leistung; der Grad der Schwerbehinderung legitimiert die Forderung nach Rücksicht durch andere. *"Und daß ich gefragt werde: Mutti, kannst du das? Mutti ist das nicht zu viel für Dich? Du mußt es uns sagen! Also so weit habe ich meine Familie."*(19) Die körperlichen Beschwerden bringen in diesem Sinn einen Krankheitsgewinn. *"Und seitdem ich jetzt diese Anerkennung habe mit fünfzig Prozent Schwerbehinderung, schriftlich, so daß es jeder lesen kann (Lachen) ... das klingt albern, aber es ist tatsächlich so, wenn ein Mensch das lesen kann, in der Familie und so, dann wird das akzeptiert. Aha, da muß ja wohl was sein. Und von da an hatte ich es etwas leichter, Forderungen durchzusetzen."* (19)

Leistungsfähigkeit und Arbeit wirken für die Frauen mit Deprivationen oder Kränkungen als selbstbewußtseinsschaffendes Moment und fördern Autonomie. Oft sind diese Strategien wegen Überlastung oder zusätzlichen Problemen nicht beizubehalten. So ist zum Beispiel Autonomie wichtig, um sich aus Abhängigkeit zu befreien, andererseits kann das Streben nach Autonomie aber auch wieder zur Überforderung werden. Die Suche nach Freiräumen kann helfen, einen eigenständigen Bereich aufzubauen, der das Selbstwertgefühl stärkt.

Trotz Fehlen von selbstbehauptenden Bewältigungsstrategien sind Widerstand und Kampf Motive, allerdings stehen sie in einem speziellen Zusammenhang, sie sind nämlich verbunden mit Hinweisen auf erlittene Kränkungen und negative Befindlichkeiten ('Es geht mir schlecht'), die so indirekt thematisiert werden. *"Ich hab mich trotzdem behauptet irgendwie, ich war immer, immer selbständig und nie unterzukriegen. Entweder man geht zugrunde oder wird stark. ... Das*

hab ich alles allein bewältigt ... weil ich eben an sowas gewöhnt bin, daß ich alles ganz alleine packen muß." (54) Strategien der Verdrängung und Aushalten kommen ebenfalls vor, und zwar sowohl bezogen auf die Behinderung, als auch bezogen auf Erfahrungen mit Gewalt in der Ehe und Druck im Beruf (z.B. 45).

Körperliche Beeinträchtigungen oder Krankheiten können im Dienste von indirekten Durchsetzungsstrategien stehen, die notwendig sind, weil bei fehlendem Selbstvertrauen offensive Durchsetzungsstrategien fehlen. Sie werfen durchaus einen gewissen „Krankheitsgewinn“ ab, indem sie Forderungen nach Rücksicht legitimieren und Freiräume verschaffen. Andererseits kann eine Krankheit ein schon bestehendes biographisches Problem verstärken, kann bestimmte Lebensmöglichkeiten zerstören, biographischen Absicherungs- und Aufbaulinien zuwider laufen und eine fehlende soziale Zugehörigkeit noch gravierender machen. Ein Zusammenwirken von z.B. Lernbehinderung und Hörbehinderung führt zu einer Potenzierung der sozialen Auswirkung wie z.B. des Mißtrauens in andere Menschen.

Gerade die Frauen mit im Vordergrund stehender psychischer Problematik hatten eine spezifische Interviewmotivation: Sie wollten ein Gegenüber zum Reden und zur Entlastung (45: *"Etwas wird hier oben so ein bißchen frei."*). Die Interviewerin ist die Adressatin für eine Klage, da sie sich als Hilfsperson anbietet und mit der Art des Fragens eindeutig parteilich auf Seiten der Frauen steht.

6.3.7 Gruppenübergreifende Strategien, Zusammenspiel von Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung

Einige Strategien kommen gruppenübergreifend vor. Einige dieser Muster korrespondieren mit den Antworten, die auf die im zweiten Teil des Interviews gestellte Frage nach Ratschlägen an andere Frauen in ähnlicher Lage gegeben wurden. Die Ratschläge der befragten Frauen sind im folgenden zusammengefaßt und nach fünf verschiedenen Motiven gruppiert (nicht immer entsprechen die Ratschläge den eigenen Strategien, manche Frauen geben sich indirekt selbst einen Rat!):

- **Lebensfreude, Mut und Positivismus**

Stichworte bei Ratschlägen: eine positive Einstellung zum Leben behalten, nach vorne schauen und sich die Lebensfreude erhalten, Ermutigung, sich nicht aufgeben und nicht verzweifeln, versuchen, das Beste aus der Situation machen und auch die Vorteile der körperlichen Einschränkungen und die eigenen Stärken sehen. In den in den Gesamtinterviews herausgearbeiteten Mustern schließt hier neben direktem Bezug auf die „*heitere Seite*“ (45), auch der Vergleich mit Anderen, denen es noch schlechter geht, sowie Selbstermutigung an. „*Es gibt auch Schlimmeres.*“ (32) „*Es hilft mir, - es gibt Leute, denen geht es schlechter als mir. Mir geht es gut, ich hab kein verkorkstes Leben.*“ (5) „*Halt stop, dir gehts besser wie denen, weil dann immer mal zum Bewußtsein kommt, so schlecht gehts dir ja gar nicht, du kannst ja noch hören, was die nicht können.*“ (28) „*Ich hab immer gesagt, es geht irgendwie weiter ... Ich sehe es nur immer positiv, ich sehe nichts Negatives ... selbst wenn ich mal verzweifelt bin .*“ (32) „*Ich kann*

mittlerweile sehr gut damit umgehen ... Ich drehe es einfach um. Ich tue mir dann selber einreden, daß es net so schlimm ist und das hilft manchmal.“ (42)

- **Kontakt**

Stichworte bei Ratschlägen: Kontakt zu anderen, auch selbst betroffenen Menschen suchen und Freundschaften aufbauen, in denen es möglich ist, über Probleme und Schwierigkeiten offen zu reden, sich "nicht abkapseln" und in sich zurückziehen (besonders häufig bei jüngeren Frauen)

- **Kämpfen und Erhalt der Selbständigkeit**

Stichworte bei Ratschlägen: sich "nicht unterkriegen" lassen und anderen gegenüber selbstbewußt auftreten, die eigene Selbständigkeit und Unabhängigkeit erhalten. In den interpretativ herausgearbeiteten Mustern kam dieses Thema vor allem bei jungen Frauen und bei Frauen mit körperlichen Einschränkungen und Sinnesbeeinträchtigungen vor, z.B. behinderungsunspezifisch: *„Nicht aufgeben und weiterkämpfen, Und sagen, ich bin ich. Und ich will was. Und das, was ich will, will ich auch erreichen.“ (28)*

- **Selbstakzeptanz**

Stichworte bei Ratschlägen: die eigene Behinderung als zu sich gehörig akzeptieren bzw. sich so annehmen, wie man ist.

- **Pragmatische Alltagsbewältigung**

Stichworte bei Ratschlägen: nicht so viel über die eigenen Probleme nachdenken und sich auf den gegenwärtigen Tag konzentrieren, anderen Benachteiligten helfen und eigene Erfahrungen weitergeben, gesund leben, sich Zeit für Erledigungen nehmen und Unterstützung und Hilfe annehmen lernen. Insbesondere bei den Mustern der in der DDR aufgewachsenen und der Frauen aus der älteren Kohorte schließen hier Strategien der Deproblematisierung und Normalisierung an: *„aus einer Mücke einen Elefanten machen“, „Problemchen und Nöte haben in Anführungsstrichen (...) Und ach, denke ich, Mensch mei, habt ihr ein Gedöns.“ (40)*

Weitere übergreifende Strategien können nicht in Ratschlägen formuliert werden, weil sie intuitive kognitive Strategien im Umgang mit Bedrohlichem enthalten. Dazu gehört die Suche nach Ursachen und Erklärungen von Krankheit (möglicherweise verbunden mit einer Frage nach Mitschuld) oder „Gedankenstopp“. Abwehr der bedrohlichen Aspekte von Behinderung läßt sich aktuell nur rekonstruieren, wird aber häufiger im Nachhinein beschrieben. *„Ich hab alles abgeblockt, ich hab nichts an mich rankommen lassen... Mir geht's ausgezeichnet, ich hab nichts.“ (29) „Ich fühl mich gesund, ich fühlt mich geheilt. Manchmal zweifle ich sogar an, ob ich jemals etwas hatte.“ (56) „Klar, überlegt man dann, was ist jetzt, wenn... aber da drüber darf man auch nicht nachdenken.“ (56) „Ich versuche also, diese Behinderung entweder nicht zu sehen oder zu verdrängen oder überhaupt nicht dran zu denken.“ (43) „Daß ich mich dann in dem Moment behindert fühle, weil ich sehe, daß irgendwas fehlt. Und daß mein Unterbewußtsein sich vielleicht dagegen sperrt. Es will es erst gar nicht sehen.“ (57)*

Behinderung im Lebenslauf

Biographische Erfahrungen, seien es individuelles Erleben von Kränkungen, sei es das kollektive Schicksal von Krieg und Not (vgl. Kap. 6.3.2) und ebenso das Eintrittsalter und die Ursache der Behinderung bestimmen die miteinander verschränkten Prozesse Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung. Wenn die Frauen **von Geburt an oder in den ersten Lebensjahren** unter einer Krankheit oder körperlichen Beeinträchtigung leiden, greifen beide Bewältigungsformen zunächst so ineinander, daß eine getrennte Erfassung nicht möglich ist. Es ist 'normal', behindert zu sein. Es gibt kein Vorher, keinen Vergleich, es ist keine Umstellung nötig: "Ich kenn's nicht anders". Probleme tauchen oft erst mit Beginn der **Pubertät** auf, wenn äußerliche Attraktivität beginnt, eine Rolle zu spielen, oder wenn in der peer-group bestimmte Anforderungen gestellt werden, welche die Mädchen nicht erfüllen können. Jetzt müssen eventuell neue Strategien entwickelt werden, um mit dem neu empfundenen Anders-Sein umzugehen (4; vgl. Kap. 6.6.1).

Bei **später im Lebensverlauf einsetzenden Krankheiten/Beeinträchtigungen** ist der Verlauf von Bedeutung. Kommt es zu schleichenden chronischen Verschlechterungen, werden meistens solange wie möglich die bisherigen Lebensbewältigungsstrategien beibehalten. *"Ich hab manches Mal vielleicht schon ein bißchen Angst... Aber, ich glaub nicht, daß mich das wahnsinnig belastet. Ich versuch, das als ganz normal hinzustellen."* (1) Erst wenn es zu einer Krise kommt (z.B. in Zusammenhang mit beruflicher Überforderung und privaten Problemen), brechen die bisherigen Strategien zusammen. Jetzt müssen neue Strategien entwickelt werden. So kann beispielsweise aus der Strategie, "kein Drama daraus zu machen", ein neues Bewußtsein erwachsen, die Probleme doch ernst zu nehmen. Hier kann z.B. der Behindertenausweis bei der offiziellen Anerkennung der Beschwerden helfen. Der Ausweis berechtigt die Frauen, bestimmte ihnen zustehende Regelungen in Anspruch zu nehmen, wie z.B. eine frühzeitige Berentung.

Bei schubweisem Verlauf von Krankheiten werden von den Frauen Bewältigungsstrategien eingesetzt, bei denen über eine Anpassung der Strategien an jeweils neue Stadien der Krankheit eine neue spezifische Balance in jeder Phase herzustellen ist. Wenn eine Krankheit/Behinderung hingegen schlagartig eintritt, ändert sich für die Frauen das Leben ebenso schlagartig und z.T. sehr umfassend, bezogen auf Berufstätigkeit, Familie, Mobilität, Freizeit, Beziehungen, Lebensgewohnheiten, Körper etc.: *"So, und da ging dann die Hölle los."* (55) Es kommt zu einem Bewältigungsprozeß mit verschiedenen Phasen, die jedoch keinem klaren Ablaufschema folgen über eine Beschreibung von Schockreaktionen zu Beginn und die Entwicklung von Alltagsstrategien im späteren Verlauf hinaus. Erst wenn sich die biographisch entwickelten Strategien als paradox erweisen (z.B. Willensstärke und Kontrolle), müssen sie mit Zunahme der Behinderung/Krankheit (z.B. Kontrollverlust) revidiert werden. Bei den verschiedenen weiteren allgemeinen Phasen der Bewältigung stehen jeweils andere Themen im Vordergrund; eine Schockreaktion kann auch im späteren Verlauf wieder auftreten (z.B. bei Operationen bei Brustkrebs). Erstarrung durch neu auftretende (Todes-)Ängste oder ein Wandel von Bewältigungsformen und ein Einschlagen

neuer Wege der Bewältigung können sehr unterschiedliche Auslöser haben. Solche Prozeßverläufe von Bewältigung lassen sich z.B. im Zusammenhang mit dem Leben mit einer Krebserkrankung nachvollziehen (3).

Nach dem Eintritt einer Behinderung oder Krankheit werden **bisherige Lebensbewältigungsstrategien** oft verstärkt eingesetzt in Richtung 'mehr desselben'. Die Krankheit oder Beeinträchtigung wird in vorher bestehende Lebensmuster 'eingepaßt'. Sie kann z.B. die schon vorher bestehende Verbitterung ergänzen und sich einreihen in eine auf dem Hintergrund negativer Erlebnisse erzählte Biographie (18; vgl. Kap. 6.3.2 und 6.3.6). Die Krankheit „sitzt“ auf der vorangegangenen Biographie auf. Andererseits kann es zu einem späteren Zeitpunkt auch zu einer Wende kommen. Wenn die ursprünglichen Lebensbewältigungsstrategien nicht ausreichen, sind **neue Strategien** notwendig. Die Krankheit oder Behinderung kann die vorhandenen Strategien zerstören und zur Revision von Halt gebenden Werten, Sichtweisen und Handlungsorientierungen zwingen, weil diese Handlungen und Pflichten nicht mehr erfüllt werden können. Mehrere Beispiele dafür sind in den letzten Kapiteln dargestellt worden.

Lebensphasenspezifische Bewältigungsanforderungen

Für jede Behinderung stellen sich in jeder Lebensphase andere Bewältigungsanforderungen. Behinderungsspezifische Themen mischen sich mit den **Anforderungen der verschiedenen Altersstufen**, so daß der Behinderung jeweils ein anderer Stellenwert und eine andere Bedeutung zukommt. Die Bewältigung der Behinderung ist untrennbar verschränkt mit der Bewältigung der phasenspezifischen Entwicklungsaufgabe.

Für in der **Kindheit** behinderte Mädchen können in jungen Jahren unter Umständen andere Themen als die Behinderung von Bedeutung sein (z.B. Krieg und Nachkriegszeit, Tod der Eltern). Für sinnesbehinderte Frauen ist beschrieben worden, wie die Welt der Kindheit mit einer gewissen Normalität und Selbstverständlichkeit im Umgang mit der Behinderung eingerichtet war, so daß diese nicht besonders schmerzhaft bewußt wurde (vgl. Kap. 6.3.5). In der **Jugend** kann die Behinderung dann als Stigma unter den Gleichaltrigen behandelt werden. Dann mischen sich z.B. im Fall einer Sehbehinderung Hemmungen durch eine starke Brille oder im Fall einer Prothese Scham über das fehlende Bein mit einer altersüblichen Scham über die Entwicklung des Körpers und einer Unsicherheit, ob etwas an der eigenen Person „nicht stimmt“ (vgl. Kap. 6.6.1). Eine andere Entwicklungsaufgabe in der Jugend ist die Ablösung von den Eltern. Gerade der Eintritt einer schweren Krankheit und/oder körperlichen Beeinträchtigung erzwingt, anstatt z.B. auf eine größere Selbständigkeit hin auszurichten, sich mit Abhängigkeit und Versorgtwerden auseinanderzusetzen. Diese Erfahrung kann von den Betroffenen als Rückschritt verstanden und mit einem umso massiveren Bedürfnis nach Autonomie und Unabhängigkeit beantwortet werden. Dies kann sich auch in selbstschädigendem Verhalten zeigen, wenn z.B. ärztlich empfohlenes Gesundheitsverhalten nicht eingehalten wird, z.B. bezüglich Diäten, Vorsorgemaßnahmen etc. Gerade wenn eine Krankheit viel Struktur vorgibt, entsteht vermehrt der Wunsch nach Freisein von Pflichten. Je mehr die Krankheit Begrenzungen in verschiedenen Lebensbereichen schafft, desto stärker

zeigt sich für junge Frauen das Bedürfnis nach Entgrenzung und Bewegungsfreiheit. Gesundheitsverhalten kann z.B. als 'Pflicht' empfunden werden. Besonders wenn bei jungen Frauen Disziplin und vernünftiges Verhalten eingefordert wird, löst dies innerlich eine Gegenbewegung aus, da altersentsprechend andere Aufgaben sozialer Art gegeben sind (Parties, Kontakte, Weggehen etc., 2). Es kann kränken, wenn schon eine eigene Wohnung, ein erster Job vorhanden war, aufgrund der Erkrankung zurück zu den Eltern ziehen zu müssen.

Während **Adoleszenz und Erwachsenenalter** kann es durch das Einschlagen eines typischen weiblichen Lebenslaufes über Heirat und Mutterschaft zu einem 'normalen Frauenleben' kommen. Durch Rückhalt in der Ehe und Erfüllung der Mutterrolle kehrt 'Normalität' ein. Dies kann sich auch in gefestigten außerfamiliären sozialen Bezügen zeigen. Das Thema Behinderung kann in dieser 'Normalität' bezüglich der Ausfüllung der Rollen als Ehefrau und Mutter auftauchen (z.B. Sterilisationsvorschlag von Ärzten, Frage der Vererbbarkeit der Behinderung). Eine weitere im Lebensverlauf eintretende Verschlechterung der körperlichen Beeinträchtigung kann als bedrohlich erlebt werden.

Im **Alter** kann sich die Behinderung weiter verschlechtern, was ein Angewiesensein auf die Unterstützung durch Andere verstärken kann. Altersbeschwerden und -ängste mischen sich mit Ängsten aufgrund der Behinderung in den Themen Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit. Eine Lebenskrise in Verbindung mit weiteren körperlichen Erkrankungen (z.B. Melanom, Osteoporose etc.) kann sich z.B. am Schnittpunkt der Wechseljahre einstellen. Die Bewältigung der Aufgabe des Übergangs in das Alter als Frau - mit Aspekten wie Trennung von den Kindern, Akzeptanz des alternden Körpers etc. - ist auch hier untrennbar verbunden mit dem Umgang mit der Behinderung: Der Übergang ist unter der Bedingung der vorhandenen Einschränkung zu bewältigen.

Die Behinderung äußert sich in verschiedenen Lebensaltern unterschiedlich. *"Ja sie war stärker in Kindheit/Jugend ... weil ich mich ja dann doch nicht so bewegen konnte ... ich durfte vieles nicht und konnte vieles nicht ... und da habe ich mehr drunter gelitten ... dann war se ne Zeitlang besser, und jetzt aufgrund dessen, daß man ja älter wird, und das erschlaßt ja alles, ... kommt sie mehr zum Vorschein."* (32) Eine Begrenzung durch Krankheit oder Behinderung kann aber auch - insbesondere im Alter - die Lebensbewältigung fördern und stärken: Sie kann Schutz vor Überforderung bieten, zu vermehrter Ruhe und Selbstbezug der Frauen führen und sie kann die Revision bisher unproduktiver und schädigender Lebensbewältigungsstrategien erzwingen. Das Thema Krankheit/Behinderung kann Frauen erlauben, sich vermehrt mit sich und ihren Sorgen zu beschäftigen. (1)

6.4 Frauenspezifische Bewältigung

6.4.1 Sichtbarkeit der Behinderung

In der Literatur wird davon ausgegangen, daß eine sichtbare Behinderung dem Schönheitsideal widerspricht und daß Frauen prinzipiell unter einer sichtbaren Behinderung leiden. Umso überraschender war es festzustellen, daß unter be-

stimmten Bedingungen die Sichtbarkeit der Behinderung von den befragten Frauen nicht nur negativ bewertet wird und noch andere Aspekte in das Thema hineinspielen als die Frage der Schönheit.

Viele Frauen leiden unter ihrer sichtbaren Behinderung und wollen eindeutig, daß sie **nicht sichtbar** sei. Die sichtbare Behinderung zeigt etwas, offenbart durch z.B. langsames Gehen, „*daß irgendetwas mit mir nicht stimmt*“ (7) und daß die Befragte Normen z.B. von Schönheit nicht genügt. Überwiegend ist es der Blick der Anderen im sozialen Kontext, der Probleme macht. Die Behinderung wird über die Reaktion der anderen zum Problem. *„Wenn dann der Arm so ein Stückchen rausguckte, und das war natürlich so ein Horroranblick für alle Leute, die an mir vorbeigingen, und diese Blicke habe ich schon immer als schrecklich empfunden.“* und *„Daß man mit dieser optischen Ausnahmeerscheinung zu recht kommen muß. Daß die Leute so frustriert oder schockiert gucken und weg-gucken.“* (22) Aufgrund von negativen Erfahrungen und antizipierten negativen Reaktionen können im sozialen Kontext Minderwertigkeitsgefühle entstehen. *„Ich hab mich nie sehr wichtig genommen. Ich hatte überhaupt kein Selbstwertgefühl.“* (16) *„Der erhöhte Schuh sah aus wie ein Klumpfuß.“* (16) Sowohl die negativen Reaktionen, als auch das fehlende Selbstbewußtsein, dem etwas entgegenzusetzen, erschweren (unbefangene) Kontakte. *„Die Kontaktaufnahme (zu Männern), denke ich, ist (für behinderte Frauen) um ein Vielfaches schwerer als für nicht-behinderte Frauen.“* (22) Aber nicht für alle Frauen zählt nur der soziale Kontext, in dem Behinderung über den Blick der Anderen als Stigma konstruiert wird. Eine Befragte leidet hauptsächlich und in starkem Maße unter (der Sichtbarkeit) ihrer Behinderung, wenn sie sie selbst sehen muß. *„Ich kann mich nicht ohne Beinprothese im Spiegel angucken. Da fühle ich mich behindert.“* (57)

Die Bewertung der Sichtbarkeit der Behinderung ist **ambivalent**, wenn einerseits z.B. eine dicke Brille als "Defekt" empfunden wird, der erst die eigentliche soziale Behinderung darstellt, und andererseits dieses Hilfsmittel benötigt wird: *„Ohne Brille bin ich ein halber Mensch.“* (21) Einerseits soll die Umwelt die Einschränkungen z.B. durch Hüftbeeinträchtigungen oder Wirbelsäulenschäden nicht merken, damit sich eine Befragte in der Normalität verorten kann, andererseits wünscht sie sich von den Anderen Anerkennung und Akzeptanz mit der Einschränkung. Diese bekommt sie aber nur, wenn die Anderen die Behinderung registrieren, also sehen. (57)

Diese Ambivalenz berührt einen weiteren Aspekt der Nicht-Sichtbarkeit einer Behinderung: für manche Frauen wäre es in anderen Lebensbereichen - außerhalb der Schönheits-Debatte – einfacher, wenn die Behinderung sichtbar wäre. Die **Sichtbarkeit** könnte eine Art **Signal an die Umwelt** sein, daß ihnen eine Sonderrolle zusteht (z.B. ein Sitzplatz bei den Ämtern) oder Verständnis entgegengebracht wird, ohne daß sie dies selbst von sich aus ansprechen müssen. Hier fließt wiederum ein, daß viele Frauen Mühe haben, ihre Beschwerden mitzuteilen und um Hilfe zu bitten (vgl. Kap. 6.4.3). Die Sichtbarkeit nach außen erleichtert es, daß die Behinderung von anderen Menschen anerkannt wird, wohingegen die Nicht-Sichtbarkeit der Behinderung es erschwert, Rücksicht und Schonung durchzusetzen. *„Wenn man nichts sieht, dann sagt man, was soll denn da sein?“* (55) Das kann als Unverständnis kränken. *„Ich sehe auch auf*

den ersten Blick nicht krank oder behindert aus, und dann gucken die mich ganz fragend an, dann muß ich halt, - oder sagen wir mal so, vielleicht ist es nur der Blick. Ich fühle mich einfach so verpflichtet zu erklären, warum ich das nicht kann." (37) Auch die Umwelt sei verunsichert, wenn sich die Frauen auf eine spezielle Art verhalten und keine sichtbare Behinderung zugeordnet werden kann. "Also ich bin nicht krumm, ich bin nicht sichtbar so behindert. Die Leute denken alle, warum tut sie das nicht? Warum kann sie das nicht? Das ist für viele unverständlich." (19) Gerade bei Frauen, die wegen einem Verlust ihrer Leistungsfähigkeit (z.B. in der Versorgung der Familie) befürchten, verurteilt zu werden, besteht in besonderem Maße die Notwendigkeit, die Grenzen der körperlichen Leistungsfähigkeit selbst anzuerkennen und (z.B. über die Sichtbarkeit) an die Umwelt zu vermitteln. Die Nicht-Sichtbarkeit der Krankheit kann aber auch innerlich in Zusammenhang mit einer Strategie der Deproblematierung wirken im Sinn: 'wenn man's nicht sieht, kann's ja nicht so schlimm sein'. So antwortet eine Frau auf die Frage, ob sie sich diskriminiert fühle: "Nein, da ich körperlich keine Merkmale hab." (40)

Bei der direkten Frage nach dem gesellschaftlichen Schönheitsideal bewerten die Befragten die Benachteiligung von Frauen mit Behinderung umso stärker, je sichtbarer die Behinderung ist. Normen der Schönheit werden als Ansprüche an Frauen verstanden, immer attraktiv, schick und vollkommen auszusehen. Manche Befragte sind überzeugt, daß schöne Frauen besonders im Arbeitsleben, aber auch ganz allgemein bevorzugt werden. In den neuen Bundesländern wird den Schönheitsnormen im Kapitalismus eine besondere Bedeutung zugesprochen. Schöne Menschen hätten in diesem System bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt (53). Die Befragten beziehen sich dabei vor allem auf den Blick von Männern: "Männer haben einfach ein anderes Bild von einer Frau, als eine Frau im Rollstuhl." (11) "Wenn das eine körperliche Behinderung ist, glaube ich nicht, daß die Frau sehr große Chancen haben wird bei normalen Männern.... Außer die Männer haben sexuelle Phantasien und stehen auf Frauen, die ein Bein haben oder so ..." (30) In diesem Zusammenhang wird auch die Vermutung geäußert, daß behinderte Männer weniger Probleme in bezug auf Attraktivität haben als behinderte Frauen.

Zur gesellschaftlichen Einschätzung von Behinderung und Schönheit zitiert eine Befragte ihre Umgebung mit der Einstellung, die Attraktivität einer behinderten Frau sei als Verstoß gegen die 'Regeln der Natur' besonders schlimm: "Wehe eine behinderte Frau ist eine Schönheit... dann heißt's ja also, da kann was nicht stimmen, da hat die Natur einen Fehler gemacht." (8) Neben der Ansicht, daß behinderte Frauen wissen, daß sie nicht so schön sein können, wird auch vermutet, daß es Frauen mit Behinderung "nachgesehen" werde, wenn sie nicht so schön sind. (8) In Verbindung mit weiblicher Kleidung hat z.B. ein mißgebildeter Arm eine negative Bedeutung im Sinne eines weiblichen Schönheitsideals. "Weil der Arm unterscheidet sich vom anderen und er ist dünn und spirrelig. Das heißt, das sind so Sachen, die mich ärgern dann, daß ich eben nicht Motorrad fahren kann, oder daß ich Cocktailkleider, die schulterfrei sind, einfach nicht anziehen mag, weil das ... also ich find es unästhetisch." (23)

Andere Befragte gestehen Frauen mit Behinderung Schönheit im herkömmlichen Sinne zu. Ein attraktives Aussehen kann zur Kompensation einer Behinderung eingesetzt werden. *"Vielleicht noch mehr als jede andere... vielleicht noch was rausholen kann und imponieren kann, versucht es vielleicht eine behinderte Frau mit einem attraktiven Äußeren, von den Haaren, vom Gesicht her."* (31) *"Ich schminke mich. Ich mache mich zurecht, das ist ja auch eine Art, meine Behinderung zu kompensieren."* (16) *"Das war auch für mich immer ein Ausgleich (lacht). Ne, aber ich denk mal so, auch wenn ich schlecht lief, ich habe mich immer, - früher so, ich war immer ganz niedlich und hübsch, so, ne."* (49)

Einige Interviewte lehnen die Einordnung unter den gängigen Schönheitsbegriff ab. *"Wenn eine so aufgedonnert und wunderschön ist, die finde ich häßlich."* (42) Sie lösen das Dilemma der Schönheitsideale, indem sie einen **eigenen Begriff von Schönheit** definieren. *"Schönheit ... es ist vielleicht auch eine Bestätigung dafür, daß man sich wohl fühlt."* (27) Dann hängen Schönheit und gutes Aussehen von jeder Frau selbst ab, davon, wie sie mit sich umgeht und ob sie sich selbst schön findet. Schönheit wird in den Interviews auch als relativer Begriff verstanden und mit inneren Werten, wie z.B. Charakter und Ausstrahlung einer Person, der sog. 'inneren Schönheit' assoziiert.

6.4.2 Kommunikation

Kommunizieren und das Herstellen von Beziehungen sind als sozialisierte sog. 'weibliche' Strategien besonders wichtig für Frauen. Auch für Frauen mit Behinderungen ist Kommunikation, Reden und Reflektieren eine wichtige Bewältigungsform im Umgang mit den verschiedenen Beeinträchtigungen.

Kommunikation ist ein verbales Mittel der Durchsetzung, um **Selbständigkeit und Unterstützung einzufordern**. Der Kontakt zur nicht-behinderten Umwelt muß durch klare und deutliche Verbalisationen und durch diskursive Strategien hergestellt und Problemlösungen ausgehandelt werden. Dies wurde in fast allen Bereichen berichtet, auch im Zusammenhang mit sexuellen Begegnungen. *"Also da muß man den Mann erst sensibel heranführen ... Da muß man etwas sensibel sein ... Also man muß sich getrauen, darüber zu reden."* (11)

Kommunikation sowohl mit sich selbst als auch mit anderen kann analysieren und reflektieren helfen. Nach innen können Befragte Gefühle in den Griff bekommen, indem sie sich an rationale Überlegungen halten; nach außen kann so Selbstbewußtsein und Überlegenheit dargestellt werden. Sprache und Kommunikation bilden eine Brücke. Wenn die Bedeutung von Behinderung und von Weiblichkeit in der Interaktion „konstruiert“ wird, ist Kommunikation ein entscheidendes wichtiges Mittel, um diese Konstruktion im eigenen Sinn zu beeinflussen und Verständnis herzustellen für die Sicht aus der Perspektive einer Frau mit Behinderung. **Sprachliche Vermittlung hilft, Verständnis zu wecken:** *"Daß man das in angemessene Worte kleiden kann... ,daß man verstanden wird... da ja das Innerste im Menschen den Umgang mit einem Menschen berührt."* (10)

Für blinde, sehbehinderte und hörbehinderte Frauen bildet die (sprachliche) Kommunikation noch in einem elementareren Sinn den Zugang zur Welt der

Nichtbehinderten. Für Hörbehinderte ist Kommunikation und ihre Beeinträchtigung das Hauptthema für das ganze Leben. Seh- und Hörbehinderte sind auf die Vermittlung von Informationen angewiesen und versuchen, mit kognitivem Mehraufwand die Welt zu begreifen. Sie sind gefordert, ihre Behinderung schon beim ersten Kontakt mitzuteilen. *"Ja also gleich sagen, ich kann nichts sehen .. das verlangt natürlich auch Selbstbewußtsein .. man muß selber die Leute drauf hinweisen."* (36; vgl. Kap. 6.3.5 mit einem Beispiel für Hörbehinderung). Auch die Diskrepanz zwischen Erfordernissen der Behinderung und der hörenden Umwelt muß über Kommunikation verringert werden (vgl. Kap. 6.3.5). Bei einer psychischen Problematik kommt der sprachlichen Vermittlung des Leidens an die Umwelt eine besondere Bedeutung zu (vgl. Kap. 6.3.6; zur Bedeutung des Redens bei traumatisierten Frauen vgl. auch Kap. 6.7.3). Allgemein besagte die Erfahrung bei der Durchführung der Interviews, daß das Reden mit anderen über alltägliche Probleme für die meisten Frauen sehr entlastend ist.

Kommunikation ist ein wichtiges **Mittel der Integration**. Reden und sich in das Gegenüber hineinversetzen hilft, Brücken zu den Nichtbehinderten zu bauen und ihnen die Normalität eines Lebens mit Behinderung (z.B. im Rollstuhl) zu vermitteln. *"Wir müssen die Nichtbehinderten besser verstehen in ihren Aussagen und in ihren Ängsten, ja, bei uns heißt da, na ja, du mußt die Ängste verstehen, wo ich sag, erklär dich mir, wo ist deine Angst. Also immer in Kommunikation, sagen wir mal so."* (11; vgl. 10) *"Wenn der Arm gut zu sehen ist, und mich ...Kinder ansprechen oder so. Was hast du da? Tut das weh?... die kommen auf mich zu, dann zeige ich denen das und erklär denen das... Weil die Kinder kommen, die fragen ganz ehrlich, die fragen offen, die kriegen Antworten und dann ist es für die dann auch gut."* (23) *"Es gibt keine dummen Fragen, es gibt nur dumme Antworten. Der Behinderte muß halt immer daran denken, keine Frage ist so daneben, auch wenn sie innerlich einen im Moment kränkt. Der muß versuchen, eine vernünftige, ruhige Antwort darauf zu finden."* (10)

Die 'weiblichen' Strategien des Redens und des Herstellens von Beziehungen haben in den meisten Interviews einen herausragenden Stellenwert, aber sie haben auch ihre Schwierigkeiten und Grenzen. So ersetzen sie nicht sog. 'männliche' und handlungsbezogene Strategien, z.B. der Selbstbehauptung und des aktiven Eingreifens.

6.4.3 Umgang mit Hilfe und Abhängigkeit

Herstellung von Beziehungen über Helfen und Geben und die Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen

Der Bereich der Sorge für Kinder, Mann, Familie oder Hilfebedürftige ist im Zuge der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, wie sie den Alltag vieler, vor allem der meisten älteren Frauen in den Interviews bestimmt, Aufgabe der Frau. Ihr obliegt es, sich um menschliche Beziehungen zu kümmern und sie trägt die hauptsächliche Verantwortung für die Kindererziehung. Dies gilt auch für viele berufstätige Frauen.

In den Interviews wurde deutlich, daß viele Frauen gerade das Geben, **Helfen** und sich um andere kümmern als eigene machtvolle 'weibliche' Strategie, Beziehungen herzustellen und zu kontrollieren, ausgebaut haben und durchaus mit Selbständigkeit und selbstbewußtem Auftreten vereinbaren (z.B. 38, die einen 'weiblichen' Berufswunsch sehr 'männlich' durchsetzt). Das Helfen wollen ist schon als ein zentrales Teilnahme-Motiv an den Interviews herausgearbeitet worden (s. Kap. 6.1.2). Eine besondere Bedeutung kann das Helfen im Rahmen einer von traumatischen Kindheitserlebnissen oder Kränkungen gezeichneten Biographie entfalten: Im Erwachsenenalter kann der Wunsch zu helfen einen Aspekt von Wiedergutmachung i.S. von "etwas Heiles herzustellen" oder "alles gut zu machen" enthalten oder ein Versuch sein, Anerkennung für Hilfe zu gewinnen. Diese Bewältigungsform der - allerdings zumeist nicht honorierten - Aufopferung kann die eigene Behinderung klein halten. *"Ich mußte ja meines irgendwie ein bisschen immer wegstecken und mich mehr um ihn kümmern."* (60)

Bei (im Erwachsenenalter) eingetretenen Behinderungen werden zunächst die lebensgeschichtlich ausgebildeten Strategien angewendet. Dies trifft auch auf die Strategie der Herstellung von Beziehung als Helfende und Gebende zu, die als Kehrseite die Zurückstellung eigener Bedürfnisse hat. So kümmerte sich eine Befragte verstärkt um andere, als sie krank wurde (55). Nach außen hin werden die typisch weiblichen Rollenerwartungen erfüllt, angepaßt, freundlich, nett, fröhlich und positiv, und die Fassade wird aufrechterhalten - in Diskrepanz zum inneren Erleben der Krankheit. *"Vor allen Dingen nach außen hin, da mußte alles heile Welt sein, und wenn's innen drin auch nicht so war."* (38) *"Mir ging's immer ausgezeichnet, obwohl es mir nicht ausgezeichnet ging. Mir tut ja alles weh" und "ich wirke immer sehr ruhig .. aber innerlich..." und "Sie gehen mit Ihren Gedanken bis zum Äußersten, was alles kommt, und danach versuchen Sie... mit noch mehr Liebe.... noch mehr zu helfen, noch mehr da zu sein."* (29)

Dies funktioniert jedoch nur bis zu einem bestimmten Punkt, denn bei zunehmender Belastung und Beeinträchtigung wird es zu einer nicht mehr einholbaren Überforderung, die Fassade aufrechtzuerhalten. *"Ich hatte nur noch Nervenentzündungen und war trotzdem ein fröhlicher Mensch nach außen hin. Aber innen hat es mich schon geschlaucht. Und dann habe ich irgendwann auch gedacht: Nee, das kannst du einfach nicht mehr."* (1) Erst mit einem Zusammenbruch, wenn es z.B. einer Frau so schlecht geht, daß sie körperlich am Boden ist, erfährt sie die Notwendigkeit, aber auch die Legitimation, anderen nicht mehr zu helfen und eigene Grenzen zu setzen.

Wenn die Frauen aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung selbst **Hilfe benötigen**, müssen sie ihre Position der Helfenden zumindest teilweise aufgeben. Dies kann den Verlust einer Betätigung und alltagsstrukturierender Anforderung bedeuten. Jetzt kommen gerade die Frauen, deren wichtigste Strategie selbst darin bestand, Beziehungen über Helfen herzustellen, sich nutzlos vor. *"... in dem Moment fühl' ich mich so überflüssig wie nur was. Gut, ihm macht es nichts aus, daß er mir hilft. Aber ich komm' mir manchmal so blöd vor, wenn ich (frage), bitte hilf mir da oder hilf mir da."* (2) Es kann auch ein Verlust der Macht der Helfenden sein und Angst auslösen, in der Rolle der Versorgten und von Hilfe Abhängigen Ohnmacht zu erfahren. Fällt das Helfen weg, so wird deutlich, daß

das Helfen auch Selbständigkeit bedeutet hat. Die Angst wird sichtbar, anderen zur Last zu fallen, dankbar sein zu müssen für die Unterstützung anderer (7). Hilfe annehmen müssen, so wissen die Helferinnen aus der komplementären Position der Helfenden heraus, kann in eine abhängige Position bringen. *"Wenn ich ... unheimlich Schmerzen hab und gar nicht laufen konnte..., da ist das ganz schlimm, weil ich fühle mich nicht gebraucht und jeder nimmt mir alles ab und alle springen und sagen, ich mach das schon. Das ist also ganz, ganz schlimm für mich, das ... dieses Helfen-lassen-müssen."* (43)

Viele Frauen äußern **Schwierigkeiten, um Hilfe zu bitten**. *"Wenn ich jemanden fragen muß, könntest du mir das oder das machen oder ... da beiße ich mir eher die Zunge ab ... bis daß ich da wirklich mal jemanden frage."* (14) *"Es ist dann schon unangenehm, immer so in der Bittstellersituation zu sein, weil ich mir denken, des hat kein anderer Mensch. Und dann immer freundlich und höflich zu bleiben. Immer ein bitte, und: ach, wären Sie so nett, ach, könnten Sie doch mal ... Ja, und manchmal ist einem halt nicht danach."* (11) Ein Festhalten am Normalitätskonzept, das die Unabhängigkeit von Hilfe miteinschließt, am Motiv der Selbständigkeit oder an einer Strategie, alles alleine zu machen, nur auf sich selbst gestellt sein zu wollen, erschwert es, Hilfe anzunehmen. *"Hilfe von anderen anzunehmen und zu akzeptieren, das ist schwer, weil ich gerne allein... selbständig bleiben möchte."* (38) Auffällig oft betonen die Befragten, daß sie Hilfe nur bei „wirklichem“ Bedarf in Anspruch nehmen und so viel wie möglich allein bewerkstelligen (v.a. bezogen auf die Hausarbeit: 59).

Hilfe einzufordern ist oft **ambivalent**: Es ist notwendig, wenn die Grenzen der Leistungsfähigkeit erreicht sind, aber es ist schwierig. So können beide Aussagen hintereinander kommen: *"Ich brauche keine Hilfe"* und *"Man muß lernen um Hilfe zu bitten, man ist immer abhängig."* (30) Hilfe anzunehmen ist dann kein Problem, wenn die Kontrolle über die helfende Person oder die Situation und **Selbstbestimmung** gegeben ist, wer helfen soll und wie das geschehen soll; dann kann ein Gefühl von Abhängigkeit gebannt werden (54: *"Ich hab sie ja alle hier im Griff."*) *"Daß ich mich nicht in den Rollstuhl setze und sage, ich bin ein armer Behinderter, ich bin vom Leben geschlagen, bitte kommt alle auf mich zu! Sondern daß ich auch auf die Leute zugehe und sag, ich brauch Hilfe, kannst du mir bitte helfen."* (5; vgl. 33: *"... daß man ohne Scheu auf andere zugeht, auch sagt, wenn man Hilfe braucht."*) Es gibt auch eine **pragmatische 'weiblich charmante' Art**, um Hilfe zu bitten. *"Auf, jetzt seh ich nichts mehr, nehmt mich in den Arm.... Ich sage Entschuldigung und bitte um Hilfe. Wenn mal einer dumm guckt, dann lächle ich einfach und dann kann er nicht nein sagen."* (1) Der Umgang mit Hilfe hängt zusammen mit der Art und Ausprägung der Angst vor Abhängigkeit.

Die subjektive Bedeutung von Abhängigkeit und Autonomie

Abhängigkeit wird von den meisten befragten Frauen als problematisch und sogar ängstigend und bedrohlich erlebt und ist mit negativen Vorstellungen verbunden: z.B. ist Abhängigkeit *"eklig und grausig"* (11), *"absolut das Schlimmste, sei es jetzt materiell, sei es finanziell, sei es ideell, egal"*, *"furchtbar"* (14). Schlimm ist insbesondere das Gefühl, eine *"Bürde und Last"* (37; vgl. 30) zu sein

und sich selbst nicht mehr helfen zu können (s.o.). Die Vorstellung von Abhängigkeit gipfelt in der Vorstellung absoluter Pflegebedürftigkeit, **völliger Angewiesenheit auf fremde Hilfe** etwa im Pflegeheim und das Ende jedes selbstbestimmten Lebens. *"Größte Angst? Ja ... was es für jeden wohl ist, ne. Daß man mal wirklich so dermaßen von fremder Hilfe abhängig ist. Pflegefall oder sonst was, das wäre für mich das absolut Schlimmste. Daß ich mal so total mich in Abhängigkeit begeben muß, daß ich wirklich auf jede Hilfestellung... angewiesen wäre, also das wäre für mich das Schlimmste."* (14; vgl. 37: die größte Angst ist es, *"mein Leben nicht mehr selbst gestalten zu können."*) „Also dieser Gedanke, wenn ich dann mal so schlimm behindert bin, daß ich jeden Tag ne Hilfe brauche, das, davor habe ich Angst." (51) *"Wenn ich mir nicht helfen kann, da heule ich auch, da fühle ich mich so abhängig, wie noch nie in meinem Leben."* (5) „Ich hasse es, auf andere Leute angewiesen zu sein.“ (44) Autonomie hat als Gegenvorstellung von Abhängigkeit einen sehr hohen Wert. Die meisten Frauen erleben sich als weitgehend selbständig, was auch den Merkmalen aus der Stichprobenbeschreibung entspricht (s. Kap. 6.1.1).

Ängste vor Abhängigkeit beziehen sich oft auf den **Verlust frauenassoziierter Bereiche**, z.B. nicht mehr allein essen oder sich nicht waschen zu können. Autonomie hat für die Frauen die entsprechende Bedeutung, den Haushalt selbständig führen, kochen und einkaufen gehen, aber auch berufstätig sein zu können. Wichtige Aspekte sind außerdem die Möglichkeit, selbständig Entscheidungen zu treffen, intellektuell rege zu sein, körperlich beweglich zu bleiben, alleine zu wohnen. Ein behinderungsbedingter Verlust an Mobilität wird nicht oder weniger mit Abhängigkeit assoziiert, sondern mit Handlungsroutinen überdeckt (vgl. 53), obwohl ein wichtiger Aspekt der Autonomievorstellung der Wunsch nach mehr Mobilität ist, der vor allem darin besteht, eine Fahrerlaubnis zu erhalten. Angstbesetzt sind auch die Vorstellungen, an einen Rollstuhl gebunden zu sein, vom Partner verlassen zu werden, keine Familie mehr zu haben und im Alter allein zu sein. Mit der Angst vor dem Älterwerden wird z.T. auch die Befürchtung geäußert, die eigenen Kinder mit notwendigen Hilfeleistungen zu überfordern. Ein anderer Aspekt der Angst vor Abhängigkeit beruht darauf, daß körperliche Hilflosigkeit zu gewalttätigen Übergriffen auffordern könnte und die Frauen nicht in der Lage wären, sich zu wehren.

Strategien im Umgang mit der erlebten Abhängigkeit

Phantasierte oder erlebte Abhängigkeit als extremes Angewiesen-Sein auf Pflege und extreme Hilflosigkeit (assoziiert mit Bewegungsunfähigkeit, vollständiger Blindheit) löst **Verzweiflung** bis zum Gedanken an Suizid aus (z.B. 9). Die Bewältigung der Abhängigkeit hängt eng zusammen mit der Existenz vertrauter Beziehungen, denen die Hilflose sich anvertrauen kann. Gibt es keine solchen verfügbaren Beziehungen, taucht die Frage auf: *„Wer hilft mir? Oder wen kann ich fragen?“* (6) Von Fremden abhängig zu sein, ist wesentlich schlimmer, als Hilfe von vertrauten Personen annehmen zu müssen. *„Daß ich mich dann oft so zu Entschuldigungen gezwungen sehe: ach, könnten Sie mir bitte helfen... Ich fühle mich einfach so verpflichtet zu erklären, warum ich das nicht kann. Das sind Sachen, die mich stören an einer solchen Abhängigkeit.“* (37)

Abhängigkeit ist leichter zu ertragen, wenn eine **Gegenseitigkeit der Hilfe** möglich ist: *"...also immer versuchen, nicht so zu bitten und nicht zu fordern. ... Man sollte sich nicht unbedingt jemanden suchen, von dem man zuviel verlangt, dem man selber mit nichts entgegenkommen kann."* (10) Das Vertrauen auf die eigene Selbständigkeit und Selbstkontrolle hält ebenfalls die Bedrohung durch Hilflosigkeit in Schach. *"Ich fluche innerlich immer, daß ich in dem Augenblick abhängig sein muß. Aber ich halte es in Grenzen. ... Ich zwingen mich aber oft auch, diesen inneren Schweinehund zu überwinden und zu mir zu sagen: und du machst das jetzt, das mach ich auch."* (6; vgl. 33 und 32) Das Gefühl von Abhängigkeit kann gerade auch bei jüngeren Frauen Aggressionen auslösen (44).

Andere Frauen akzeptieren **pragmatisch** ein bestimmtes Ausmaß an Abhängigkeit und reduzieren ihre eigenen Ansprüche an Autonomie. *"Es bedeutet für mich, daß ich mich selbst in meinen Ansprüchen einschränken muß, weil ich eben auf der einen Seite abhängig bin. Ich würde vielleicht mehr Ansprüche stellen, wenn ich nicht so abhängig wäre."* (37) Abhängigkeit kann aus einer ganz anderen Perspektive nicht nur Bedrohung, sondern als ‚versorgt werden‘ auch Schutz bedeuten. Diese Aussage ist in dem gesamten Interviewmaterial sehr selten, obwohl Abhängigkeit im Grunde eine prinzipielle und existenzielle Bedingung menschlichen Lebens ist. *"Das ist eine sehr gespaltene Sache: auf der einen Seite habe ich gelernt, daß Abhängigkeit meine einzige Rettung ist, weil abhängig zu sein, bedeutet für mich Sicherheit und ein gewisses Wohlfühlen, auf der anderen Seite leide ich auch ein Stück drunter, weil Abhängigkeit ist das Gegenteil von Autonomie. Ich denke, ich habe gelernt, mit Abhängigkeit mich zu arrangieren."* (49)

6.5 Grundlegende Dilemmata

6.5.1 Normalität und Akzeptanz, Gesundheit und Krankheit

Die Interpretation stieß vor allem im Zusammenhang mit den behinderungsspezifischen Bewältigungsmustern immer wieder auf das Thema der Normalität. Viele Frauen schildern (Aspekte ihres) Lebens als „*ganz normal*“, seien es Beziehungen, Kontakte (32), die Ehe (22), sei es der Umgang mit Behinderung und Hilfen z.B. in der Kindheit (23) oder allgemein: *"Ich hab meine Brille getragen und für mich lief das Leben normal dann weiter."* (26) *"Ich bin ja genauso wie die anderen, nur daß ich sehbehindert bin, daß ich schlechter sehen kann, aber sonst habe ich keinen Unterschied zu den anderen."* (21) Das Thema der Normalität ist besonders bedeutsam für Frauen mit körperlichen Einschränkungen, die sich von den –„negativeren“ - Krankheiten abgrenzen und darauf hinweisen, daß nur Teilbereiche behindert sind.

Andere Befragte sehen sich von der Normalität weit entfernt und sehnen sich danach. *"Ich möchte ‚normal‘ sein, was ich nie sein kann. Was ich auch eigentlich akzeptiere und weiß, daß es nicht so sein kann, aber ich denke, ich laufe dem immer noch hinterher. Und das heißt eben: alleine leben können, alleine für sich sorgen können und autark zu sein. Und das bin ich halt nicht, und ich denke, ich werde es auch nie werden, auch wenn ich mich noch so abstrample."* (49)

Das **Streben nach Normalität** zeigt sich auch darin, daß Probleme im Hinblick auf die Behinderung z.B. als 'Ausnahmen' eingepackt und in das Normalitätskonzept integriert werden. Die Behinderung wird in die Normalität mit hineingenommen als Versuch, mit Behinderung normal zu sein.

Wann ist die eigene Verortung als normal und die Versicherung der eigenen Normalität wichtig? Sie ist besonders wichtig, wenn durch eine plötzliche Erkrankung oder Behinderung die 'Welt aus den Fugen' gerät und in die gewohnte Normalität des Alltags das Fremde, Andere, die Welt der Kranken und Behinderten einbricht. Die Betonung von Normalität ist wichtig als ein Gegenmittel gegen Stigmatisierung und Ausschluß, denn wer normal ist, gehört dazu (vgl. auch die Abgrenzungen von geistigen Behinderungen bei Befragten wie bei 6 oder bei 9 mit einem Hirntumor). Das Konzept der Normalität regelt den Zugang und Bezug zur Welt (vgl. Kap. 6.4.2). Die Verortung zwischen 'normal' und 'nicht-normal/anders' bestimmt die Wahrung und Veränderung der Identität (vgl. 2 nach der Erkrankung: *"Ich bin ja immer noch ich und durch die Krankheit habe ich mich ja nicht verändert."*). Diese Verortung muß im Krankheitsprozeß immer wieder neu geleistet werden (vgl. Kap. 6.3.3), d.h. auch eine Krankheit muß immer wieder realisiert werden und zum 'nicht-kranken' Zustand in Beziehung gesetzt werden.

'Normal' zu sein, sich als 'normal' zu sehen und zu präsentieren, kann z.B. trösten, indem das Leid als universell und 'normal' für alle bestimmt wird: *"Naja, jedem, auch wenn er nicht behindert ist, gelingt mal was nicht ... Jeder Mensch hat mal einen Wadenkrampf... das hat jeder normale Mensch."* (53) Eine Einbettung in eine Normalität hilft auch, sich - trotz Ausnahme - nicht isoliert zu fühlen. Ist damit eher ein Anschluß an die Normalität der Nichtbehinderten gemeint, so ist im Alltag Behinderung oft auf eine andere Weise normal, weil sie den Alltag strukturiert: *"Andere fahren zur Arbeit und wir eben zur Dialyse."* (55) Die Andersartigkeit der körperlichen Beeinträchtigung und der Begleitumstände im Alltag sind vertraut und gewohnt. Prinzipiell ist Normalität paradox, denn Normal-Sein kann auch heißen: **'Es ist normal, daß es nicht normal ist'** (vgl. 23; vgl. 26: *"Das war halt so"*) und auch Nicht-Normalität hat eine Normalität. Die Bedeutung der Frage der Normalität läßt sich auch an der Verknüpfung mit positiven Aspekten ablesen: *"Das (die Ehe) war eine sehr glückliche Zeit eigentlich, weil das so normal war."* (22)

Strategien der subjektiven Herstellung von der Normalität

Einige Strategien der Herstellung von subjektiver Normalität wurden ebenfalls bereits in den Abschnitten zu behinderungsspezifischen Bewältigungsmustern dargestellt, unter anderem Ablehnung oder Vermeidung, Kontakt zu anderen Menschen mit Behinderung aufzunehmen zur Distanzierung von der eigenen Behinderung (z.B. 33). Eine Befragte mit einem Schlaganfall schildert einen Kur-aufenthalt als schrecklich, lehnt andere an Epilepsie Erkrankte ab, indem sie eine irrationale Angst vor (symbolischer) Ansteckung äußert (7). Sie äußert den Gedanken, daß der Kontakt mit anderen Behinderten die Gesundheit gefährde, weil er bei der Krankheit festhalte, während der Kontakt zu Gesunden die Genesung unterstütze. Weitere auf Normalität zielende Strategien sind: Ablehnung,

die Behinderung zu problematisieren (32, 33), pragmatische Anpassung, Selbstbescheidung mit dem Vergleich, daß es anderen schlechter gehe (relative Normalität des eigenen Zustandes), Verdrängung, Verweigerung einer Sonderrolle. Im Gegensatz zu einer Anerkennung der Behinderung als Einschränkung werden z.B. Selbständigkeit und Selbstbehauptung betont. *"Ich bin nicht abhängig... Ich verzichte dann auf die Sache, wenn es nicht geht. Fertig. Aber nichts davon ist existentiell und lebenswichtig. Und darum bin ich nicht abhängig. Ich weiß, daß alles, was ich irgendwie nicht kann ... daß das Leben trotzdem weitergeht."* (22, zum Thema Abhängigkeit vgl. Kap. 6.4.3)

Konzepte von Gesundheit, Behinderung und Krankheit

Bei der Verortung in der Normalität geht es auch um die Bestimmung: 'Wie behindert bin ich wirklich? Was bedeutet für mich Behinderung? Wann fühle ich mich behindert?' Für Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen war es wichtig, sich nicht als behindert zu definieren (vgl. Kap. 6.3.4); aus ihren Interviews lassen sich Aspekte für Konzepte von Behinderung gewinnen. Es wurde zudem im zweiten Interviewteil danach gefragt, wann die Befragten sich wirklich behindert fühlen.

- Behinderung heißt **Angewiesensein** (vgl. Kap. 6.4.3). *"Behinderung ist es, wenn ich nicht hundertprozentig sehen kann und Hilfe brauche, angewiesen bin auf andere Menschen."* (48; vgl. 51: *"jeden Tag Hilfe brauchen"*)
- Behinderung heißt **sichtbare Abweichung** (vgl. Kap. 6.4.1). Der Rollstuhl kann ein Krankheitsinsignum sein. Nur im Rollstuhl außerhalb der Wohnung kommt es für eine Befragte zum Gefühl des Behindert-Seins (vgl. die Bedeutung körperlicher Merkmale für die Behinderungsdefinition von 40 in Kap. 6.3.4).
- Sich behindert fühlen bedeutet, **nicht (perfekt) zu funktionieren**. *"Jetzt hast du es schriftlich, daß du eben nicht mehr voll einsetzbar bist."* (55) *"Ich fühle mich in allen Tätigkeiten unabhängig, in denen mein eigenes physisches, perfektes Vorhandensein nicht gefragt ist... - aber es ist eben auf der anderen Seite, dadurch, daß im Alltag so wahnsinnig viel mit völlig perfektem physischen Klappen verbunden ist, daß man eben perfekt funktioniert, das fängt beim Türe aufmachen oder wenn ein Fenster schwergängig ist, fängt das bei mir an, da ist der ganze Alltag doch leider so, daß ich mich schon sehr behindert fühle."* (37)
- Behindert-Sein heißt **Schmerzen** und **schlechter Gesundheitszustand** (43), die das gewohnte Leben und den gewohnten Alltag unmöglich machen. Eine Befragte verbindet Behindert-Sein mit Rückzug: Wenn sie ihre Ruhe will, ist sie behindert. Damit verbindet sie die Vorstellung von einem Herausfallen oder -gehen aus der Gemeinsamkeit mit anderen und von schlechtem Gesundheitszustand im Behinderungsbegriff (57).
- Behindert-Sein heißt, auf Barrieren stoßen und **behindert werden**, daran gehindert werden, etwas zu tun, was von der körperlichen Verfassung her durchaus möglich wäre (43) und als behindert gesehen werden (22, 57). Be-

hinderung in diesem Sinn wird auch verbunden mit Mühsal, Benachteiligung, Kampf um Hilfen.

- Behinderung bedeutet **schwierige Interaktionssituationen**, in denen Menschen glotzen und schockiert sind, Ausfluß, Herausfallen aus der alltäglichen Kommunikation und damit verbunden Rückzug und fehlendes Selbstbewußtsein.
- Behindert-Sein heißt, **sich minderwertig fühlen** (57). Behinderung und Schönheit (vgl. Kap. 6.4.1) oder Behinderung und Glück schließen einander scheinbar aus (43). Behindert-Sein ist Anders-Sein (3: „*Du bist und bleibst anders.*“), festgemacht an Themen wie bestimmte Rollen nicht erfüllen können, eingeschränkte Mobilität und Leistungsfähigkeit, immer langsamer sein, „*nur noch irgendwie ein halber Mensch*“ (55) etc. - impliziter Vergleich sind Nichtbehinderte.
- Behindert-Sein heißt, **sich anpassen müssen**. Es gibt auch Erwartungen an die Normalität von Behinderten, die erfüllt werden i.S. von "wenn schon nicht gesund, dann ...": "*Behindert zu sein und böseartig, das ist ein bißchen viel für die Gesellschaft ... Also man hat schon die Verpflichtung, freundlich und nett zu sein. Ein bißchen mehr vielleicht als andere.*" (22)
- Behinderung heißt **Abweichung von der Norm**; an diese Abweichung knüpfen sich die **sozialen Folgen** in Form von Diskriminierung, Herausfallen aus dem Arbeitsleben, Frühberentung, Partnerlosigkeit etc. Viele dieser Erfahrungen werden von den Frauen immer wieder unmittelbar mit der Behinderung in Verbindung gebracht. "*So kriege ich wegen meiner Behinderung immer wieder eins verpuhlt.*" (16) "*Ich muß jetzt froh sein, wenn mich jemand lieb hat.*" (48)

Fast alle Befragten haben letztlich einen negativen Behinderungsbegriff, verbunden mit Ängsten vor Abhängigkeit. Viele Frauen mit Behinderung klammern ihre Behinderung aus, sie gehört zu einer „dunklen Seite“ (vgl. Kap. 6.3.2 für die jüngste Alterskohorte). In einigen Interviews wird die Behinderung in ein Normalitätskonzept hineingenommen, wobei aber der Normalitätsbegriff der Nichtbehinderten unhinterfragt übernommen und nicht kritisiert wird. Die Behinderung ist dann eine Art vernachlässigbarer Sonderbedingung („im Prinzip normal“: vgl. Kap. 6.3.4). Stärker auf eine Veränderung des Normalitätskonzeptes, das untrennbar mit dem Behinderungskonzept verbunden ist, zielen die Befragten, die eine Gleichstellung von Behinderten und Nichtbehinderten („genauso viel wert“) fordern. Nur in wenigen Interviews werden Stärken von Behinderten im positiven Sinn betont. „*Man hat immer was Positives... Und wenn man durch seine Behinderung nicht gut hört, dann sieht man umso besser.*“ (39) Positive Aspekte werden eher in den lebensbilanzierenden Fragen (vgl. Kap. 6.5.3 und 6.5.4) genannt: Die Behinderung hat einigen Befragten persönliche Chancen und Entwicklungen beschert, neue Fähigkeiten und positive Neuorientierungen, auf die sie nicht verzichten möchten.

Im zweiten Teil des Interviews wurde auch gefragt, was die Frauen unter Gesundheit und was sie unter Krankheit verstehen. Das **Gesundheitskonzept** deckt sich weitgehend mit dem Normalitätskonzept: Gesundheit bedeutet unter anderem, "normal" zu sein bzw. - weitgehend - "normal" leben zu können, Alltagserledigungen machen zu können, das eigene Leben ohne Einschränkungen frei gestalten zu können, leistungsfähig und belastbar zu sein und Sport treiben zu können. Mit der Bestimmung „keine (unerträglichen) Schmerzen“ und in der positiven Fassung von Gesundheit als positives Lebensgefühl, psychisches Wohlbefinden, sich etwas zutrauen und bewältigen, "glücklich" sein, erweist sich Gesundheit als Gegenbegriff zu Behinderung - auf der abstrakten Definitionsebene. Für sich selbst beschreiben sich viele Befragte als gesund. Krankheiten werden als vorübergehender Zustand betrachtet, verbunden mit Schmerzen, Erschöpfung, Grippe etc. In diesen Vorstellungen können Frauen mit Behinderung durchaus gesund sein (wenn sie sich wohl fühlen), als auch krank sein (wenn sie eine Grippe haben). Behinderung als Konzept zielt offenbar mehr auf eine Frage der Identifikation der Person, während Gesundheit und Krankheit über einen Zustand und eine Leistungsfähigkeit beschrieben werden. Die Trennlinie zwischen 'behindert' und 'nicht-behindert' hat eine andere Struktur und Bedeutung als die zwischen 'gesund' und 'krank'.

Verortung zwischen Normalität und Anders-Sein als Bewältigungsaufgabe

Je schwerer die Beeinträchtigung und die zusätzliche Belastung durch andere Umstände, desto schwieriger ist die Herstellung von Normalität z.B. darüber, aus all dem 'kein Drama' zu machen, mit der Beeinträchtigung 'kein Problem zu haben'. Es wird notwendig, die Behinderung anzuerkennen. Dies bedeutet, daß die Frauen eine Verortung zwischen Normalität und Anders-Sein zu leisten haben. So ist z.B. das Leben mit einer Sehbehinderung völlig normal und doch ist die Unterstützung durch die Sehenden notwendig.

Bei einer gelungenen **Verortung zwischen Normalität und Anders-Sein** wird die Behinderung deutlich wahrgenommen und als vollständig zur Person gehörend empfunden. Diese Verortung zwischen Normalität und Anders-Sein erfolgt entsprechend den sonstigen Lebensinhalten. So stellt z.B. eine blinde junge Frau folgende Konstruktion her: 'Ich bin eine normale junge Frau und blind' (10). Für die Sehenden schließt ihre Blindheit sie z.T. aus der Normalität aus. Sie kämpft darum, die errungene Normalität nicht abgesprochen zu bekommen. Dieses Gleichgewicht, das ihrem Selbstgefühl entspricht, kann in verletzlichen Momenten fragil werden. Dann ist die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf die besonderen Fähigkeiten, die im Anders-Sein verankert sind, wichtig.

Schwierig ist es hingegen, sich an die Normalität anpassen zu wollen und sich doch gleichzeitig aus behinderungsspezifischen Gründen abgrenzen zu müssen: 'Ich kann das nicht...'. Hier fließen andere Lebensthemen mit ein, aufgrund derer ein Herausfallen aus der Normalität bedrohlich ist. Wenn z.B. die Eltern bestimmen, daß ihr Kind nicht behindert sein darf, bedeutet diese Normalitätsforderung eine Ausklammerung der Behinderung im Alltag. Dies kann verstärkt werden, indem der Besuch einer Sondereinrichtung verboten wird. Die aus einer Normalitätsforderung der Eltern entstehenden Probleme sind dann sozialer und psychi-

scher Art und werden mit der Behinderung assoziiert. Bezüglich der Verortung zwischen Normalität und Behinderung befindet sich eine Frau, die z.B. nicht behindert sein darf, in einem ständigen (schmerzhaften und kräftezehrenden) Spagat zwischen der Anpassung an die Bedingungen der Behinderung und an die Erfordernisse der normalen Umwelt. In dem Bereich zwischen Normalität und Anders-Sein kann es auch schwierig sein, einen 'Ort der Zugehörigkeit' zu finden. *"Ich gehöre nicht in die Gehörlosenwelt rein ... und auch nicht in die hörende Welt, ich bin genau dazwischen."* (52) Die Einordnung oder Verortung zwischen Normalität und Behinderung geht ein in die Art und Weise, sich anderen Menschen zu vermitteln und in der Kommunikation die „Konstruktion“ von Behinderung und die Kommunikation zu gestalten. *"Damit (mit der Bitte um deutliche Aussprache) bin ich eigentlich schon erkenntlich, halt stop, ich bin anders als die andern. Aber daß ich mir so ein Schild umhänge: halt, ich bin behindert, - nein."* (28)

6.5.2 Minderheitenstatus

Wann kommt es für Frauen mit Behinderung zur Entwicklung eines subjektiv empfundenen Minderheitenstatus und einer Sonderrolle? In erster Linie werden **Ausgrenzung, Diskriminierung und Abwertung** aus der Sicht der Befragten angeführt. Gesellschaftliche Ausgrenzung bezieht sich nicht nur auf die Behinderung, sondern auch auf Merkmale wie alleinerziehend, frauenliebend, aus einer sozial niedrigeren Schicht stammend, von Armut betroffen oder Flüchtling sein, so daß bei vielen ein mehrfacher Minderheitenstatus vorliegt. *"Doch, doch. Aber nicht nur wegen der Behinderung. Auch wegen der Kinder. Nur weil ich allein lebe oder wenn ich mit einer Frau lebe ... Das sind die Sachen, für die die Gesellschaft einfach noch nicht offen ist."* (8) *"Dadurch, daß wir in diesem Dorf als asozial eingestuft waren, durften andere Kinder nicht mit uns spielen. ... Als ob du als Kind was dafür kannst, wenn die Eltern saufen oder was!"* (3; vgl. 22, die mit einer Kombination von Armut und Behinderung „in die Randgruppe gedrängt“ wird) Auch Traumatisierungen durch körperliche oder sexuelle Gewalt können durch das Gefühl, *"nicht zu stimmen"* bzw. *"falsch zu sein"*, zu einem ständigen Gefühl von Ausgegrenztsein führen. Bei einem mehrfachen Minderheitenstatus kann eine eintretende Behinderung eine schon vorher bestehende Außenseiterposition verstärken, z.B. dadurch, daß die Befragte das Haus kaum noch verläßt, oder bisherige Anpassungsstrategien (über Leistung, sozialen Aufstieg, Erfolg) nicht mehr funktionieren.

Bezogen auf einen Minderheitenstatus durch die Behinderung oder Krankheit selbst wird von den in jungen Jahren behinderten Frauen als prägende Zeit häufig die Schulzeit genannt, in der Außenseiterpositionen durch Hänseleien und abfällige Bemerkungen, aber auch durch vorwurfsvolle und verständnislose Lehrer festgeschrieben werden (16, 6, 26). Im Erwachsenenalter werden von den befragten Frauen Reserviertheit oder peinliche Berührtheit von Nichtbehinderten, Ignoranz und Mißachtung, kränkende Kommentare sowie Angriffe und Vorurteile als ausgrenzend erlebt (zu diskriminierenden Erfahrungen vgl. Kap. 6.6.7). Die befragten Frauen aus den neuen Bundesländern erleben das Herausfallen aus der Gesellschaft besonders deutlich durch den **gesellschaftlichen Umbruch**

nach der Wende. Für die Zeit des Sozialismus geben sie an, mit der Behinderung in der Gesellschaft und in dem sozialen Umfeld integriert gewesen zu sein: *"Der Zusammenhalt ... wie unter uns, ne, wir waren doch unser Völkchen, ne. Gut es gab hier und dort manchen Streit oder mal ne Auseinandersetzung, ne. Aber der Zusammenhalt war tausend Mal besser."* (58) Die alten Bundesländer werden hingegen mit einem kalten sozialen Klima assoziiert. *"Als ich das erste Mal als Invalidenrentner in die Bundesrepublik fahren durfte ... damals schon, als meine Verwandten sagten, guck mal, alt und krank darfst du in dieser Gesellschaft nicht werden."* (55) Verstärkt erlebt wird die Ausgrenzung durch das Herausfallen aus der Arbeitswelt aufgrund der massenhaften Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. Hier wird der Stellenwert der Arbeit für das Entstehen eines subjektiv empfundenen Minderheitenstatus als Frau mit Behinderung besonders sichtbar. Allerdings wird von Frauen aus der ehemaligen DDR das alte Regime auch als isolationsfördernd für Menschen mit Behinderung dargestellt, da es kaum Unterstützung und Hilfen gegeben hätte. *"Jeder mußte sehen, wie er allein zurecht kommt."* (22) Auch die staatliche Zuweisung zu bestimmten Behindertenberufen, wie z.B. Zahntechnikerin, führte zum Gefühl, ein Mensch zweiter Klasse zu sein (57).

Gesellschaftliche Ausgrenzung wird oft beantwortet mit eigenem **Rückzug**. Einige befragte Frauen mit Behinderung beschreiben ihr Leben als sehr isoliert und zurückgezogen. Strukturelle und kommunikative Barrieren erschweren oder verunmöglichen den Frauen eine Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten. *"Die konnten denn eben wegfahren, denn haben die auch erzählt, wir waren da, wir können das und so. Oder denn waren die zum Tanzen gegangen oder so, ja. Das konnte ich ja denn auch nicht. Das war schlimm eigentlich so."* (55) *"Andere sind Ski gefahren und ich habe zugeguckt."* (49) Eine Isolation in Gruppensituationen entsteht z.B. oftmals für Frauen mit Hörbeeinträchtigungen, die eine ständige Anpassung an die hörende Umwelt leisten müssen (s. Kap.6.3.5). Auch der Rückzug von ehemals guten Freunden und Freundinnen nach Eintritt der Behinderung grenzt aus und isoliert. *"Solange wir gesund waren, mein Mann und ich, war unser Garten immer überfüllt. Aber seitdem ich krank bin, kommt kein Mensch mehr. Da habe ich keine Freunde. Dann haben sie auch alle keine Zeit mehr."* (25)

Andere Wege, die in eine Abseitsposition führen, sind z.B. das Verbergen der Krankheit oder Behinderung aus Angst vor Ablehnung, der selbstinitiierte Abbruch von Beziehungen oder die Rollenübernahme als Einzelkämpferin. In dieser eigenständig gestalteten Rolle einer Einzelkämpferin läßt sich jedoch ein Minderheitenstatus durch positive Umdeutung auch aufheben. Für eine Reihe von Frauen hat der Ausschluß jedoch eine tragische Bedeutung in dem Sinn, daß in ihrer Vorstellung eine den Nichtbehinderten bzw. Gesunden vorbehaltene Welt existiert, zu der sie einfach keinen Zugang finden können. Dies drückt sich sprachlich in der durchgehenden Konstruktion aus „die Gesunden“ versus „die Behinderten“, „die anderen“ versus „ich“. Für diese Zweiteilung der Welt spielt es eine Rolle, daß Wissen und Verstehen subjektiv an persönliche Betroffenheit geknüpft ist. Damit können nur Menschen mit Krankheits- oder Behinderungserfahrung andere kranke oder behinderte Menschen verstehen - die tiefe Kluft zwi-

schen der Welt der Gesunden und der Behinderten kommt durch das grundsätzliche „einander nicht verstehen Können“.

Selbst einen Außenseiterplatz zu suchen oder sich zurückzuziehen, kann auch Teil einer Bewältigungsstrategie sein, denn so können schwierige Situationen im Umgang mit anderen Menschen vermieden werden. Umgekehrt muß ein gesellschaftlich zugeschriebener Minderheitenstatus bewältigt werden. Der Umgang mit dem Minderheitenstatus und der Umgang mit der eigenen Behinderung (vgl. Kap. 6.3) hängen eng zusammen. So können auch diskriminierende Situationen durch bestimmte Strategien entschärft werden, womit die subjektive Wahrnehmung eines Minderheitenstatus verhindert wird (vgl. Kap. 6.5.1 zu den Strategien, Normalität 'herzustellen'). *"Es gab zwar immer mal, daß so manche Kinder, sag ich mal, einen Spruch gemacht haben, eeh, Krüppel oder ööh, wie sieht das denn aus und ... Gut, dann phh ... das ist irgendwie so abgepeert, so war ich halt, ne."* (23) Manche Frauen begegnen der Angst vor Ausgrenzung u.a. mit einer starken Abgrenzung gegen Menschen mit Behinderung allgemein, vor allem aber gegen Menschen mit geistiger Behinderung. *"Ich möchte einfach unter gesunden Leuten sein. Die sind ja alle gesund, die um mich sind ... das tut mir gut."* (7) *"Wir sind doch auch noch Menschen! ... Behinderung heißt nicht, daß wir dumm sind. Wir sind nur körperlich behindert. Aber geistig doch nicht."* (25) Damit wird Anschluß an Normalität als Teilhabe an der Gesellschaft gesucht und (subjektiv) hergestellt. Die Frauen, die sich nicht in einer Sonderrolle sehen oder sich einer Minderheit zugehörig fühlen, begründen dies z.T. damit, daß ihre körperliche Behinderung für sie normal ist, sie es nicht anders kennen und sie nicht so störend und sichtbar ist, daß die Interaktion mit Anderen gestört wäre. Durch selbstverständlichen Umgang von nicht-behinderten Menschen mit den Einschränkungen durch die Behinderung ist es möglich, sich nicht in einer Sonderrolle zu erleben.

Eine **Sonderstellung** kann **gleichzeitig positiv und negativ** sein. Negativ bedeutet sie fehlendes Verständnis oder falsche Behandlung durch die Anderen. Positiv kann sie in der Hervorhebung des Besonderen zur Rebellion befähigen, dazu, sich durchzuboxen und selbständig zu werden. Sonderstellung heißt positiv auch Abgrenzung. Dies kann die Basis für eine fordernde Beziehung zur Welt sein, indem bei der Mehrheit der nicht-behinderten Menschen Verständnis und Einfühlungsvermögen eingefordert werden. Den Unterschied zwischen einem negativen Minderheitenstatus und einer positiven 'Sonderbehandlung' herauszuarbeiten, wie sie zur Herstellung uneingeschränkter Zugangsmöglichkeiten bei der Eingliederung in das Arbeits- und gesellschaftliche Leben notwendig ist, ist Voraussetzung für eine Integration und Vorbeugung von gesellschaftlicher Marginalisierung von Frauen mit Behinderung.

Sowohl die Anwesenheit anderer Menschen mit Behinderung, d.h. das Gefühl, nicht 'die Einzige' zu sein, als auch Verständnis und eine den Anforderungen der Behinderung entsprechende 'Sonderbehandlung' wirken einer Isolation und damit einem Minderheitenstatus entgegen.

6.5.3 Lebensziele und Erfolgsdefinitionen

Die Frauen wurden im zweiten Interviewteil danach gefragt, was sie sich für ihr Leben wünschen und wie sie Erfolg definieren. Viele Frauen mit Behinderung nennen **berufliche und familiäre Lebensziele**. Beides ist wichtig und mit Hoffnungen verbunden (vgl. Kap. 6.6.4, 6.6.2 und 6.6.3). Oftmals besteht auch der Wunsch, Familie und Beruf miteinander vereinbaren zu können. Auffallend ist, daß viele Frauen den gewünschten Beruf nicht erlernen können, den imaginierten Traumpartner nicht finden, sich im Leben mit den Gegebenheiten arrangieren und sich „abfinden“ (2, 8, 1, 14). *"Früher wollte ich gerne Pilot werden und so Berufswünsche, ich wollte wirklich das machen, was mir Spaß macht, und leben, halt schon irgendwie ..."* (4)

Zu den wichtigen Lebenswünschen zählt die Möglichkeit, **selbständig und selbstbestimmt zu leben** und etwas Eigenes zu besitzen. Diese Ziele sind schicht- und altersphasenspezifisch ausgeprägt. Für viele Frauen ist es von Bedeutung, von zu Hause aus- und in eine eigene Wohnung zu ziehen, sich von den Eltern zu lösen und unabhängig zu sein, ein eigenes Haus zu bauen. Bezogen auf das soziale Umfeld ist Verständnis, Akzeptanz und Anerkennung vor allem von den Eltern, aber auch von Freunden, Bekannten, Arbeitskollegen und -kolleginnen und der weiteren Gesellschaft ein zentraler Wunsch an das weitere Leben.

Die Lebensziele der Frauen können sich durch den Eintritt einer Behinderung oder Krankheit verändern. So bestehen für die Frauen durch eine erworbene Behinderung Impulse zu einer Veränderung in der persönlichen Entwicklung und im mitmenschlichen Bereich. Sie beschreiben dies als Chance, innerlich zu reifen und zu wachsen, Stärken zu entwickeln und sich etwas zuzutrauen. Lernprozesse zeigen sich z.B. darin, bewußter und intensiver zu leben als früher (9: *„bewußter und positiver, mehr nach innen“*), weniger oberflächlich, sensibler für die Probleme anderer zu sein, aber auch egoistischer sein zu dürfen, Großzügigkeit und Toleranz entwickelt zu haben und sich nicht mehr über Kleinigkeiten aufzuregen. **Chancen und Freiheiten durch die Behinderung** bestehen für sie auch in der Entwicklung neuer Fähigkeiten, wie z.B. neuer Formen der Kontaktaufnahme, und in neuen, als sinnvoll erlebten Beschäftigungen. Die Behinderung kann auch die 'Erlaubnis' zum Älterwerden geben. *"Die Chance für einen selber, daß man, gerade wenn man älter wird und sich sagt, gut, du mußt einfach langsam tun, du mußt nicht meinen, du könntest noch Bäume ausreißen, das ist schon auch ne Chance, daß man dann wieder zufrieden wird."* und *"Ich hab mal ganz egoistisch an mich gedacht und jetzt guckst du, daß du dir das Leben noch schön machst, weil, so schnell kann es ja vorbei sein."* (1) Andere Frauen machen deutlich, daß sie durch die Krankheit/Behinderung erlernen, Grenzen zu setzen, z.B. nicht mehr nur 'typisch weiblich' 'zu geben', sondern auch 'zu nehmen'. Die Behinderung ermöglicht eine Veränderung bisheriger unproduktiver Muster der Alltagsbewältigung. Sie ermöglicht z.B. einer Befragten zu schreiben, einer anderen gibt sie eine 'Narrenfreiheit' als einen Freiraum, denn gesellschaftliche Regeln werden auf eine Frau mit Behinderung weniger streng angewendet: *"Ja, du hast Narrenfreiheit eigentlich."* (5)

Lebensziele und **Erfolgsdefinitionen** liegen oft nahe beieinander. Die Lebenserfahrungen und gerade auch das Leben mit der Behinderung oder Krankheit haben großen Einfluß darauf, was die Frauen heute unter Erfolg verstehen. D.h. auch in der Beschreibung von Erfolg sind implizit gegenwärtige Zielvorstellungen enthalten. Erfolg ist für viele Befragte in erster Linie mit Leistung verbunden, die darin besteht, das sich selbst gesetzte Ziel zu erreichen, oder überhaupt zu sehen, daß sie etwas leisten können und daß ihnen etwas gut gelungen ist.

Erfolg heißt auch, ein **Leben mit Behinderung zu meistern** und sich darüber zu freuen. *"Für mich ist schon Erfolg, wenn ich mein Leben so meistere, wie ich es im Moment meistere. Mit allen Krankheiten und mit allem Kram zurechtkomme ..."* (54) *"Wenn ich seh, was ich den Tag über trotzdem noch geleistet hab, trotz meiner Behinderung. Da freue ich mich wie ein kleines Kind."* (2) *"Ein Stückchen ja, ich seh mich immer so wie in einer Schlucht. Und wenn ich nicht ganz runterfall, ist das auch schon ein Erfolg, wenn ich mich an der Felswand irgendwo festklammern kann, um wieder nach oben zu kommen, dann ist das auch schon ein Erfolg."* (14) Erfolg wird kaum gleichgesetzt mit einer Top-Karriere, Spitzenverdiensten und Höchstleistungen. Vielmehr ist oft der Stolz auf scheinbar kleine Erfolge im Alltag groß. *"Erfolg ist für mich jeder Tag ..."* (5) *"Ich hab' lernen müssen, daß Erfolg ganz klein sein kann, Millimeterarbeit. Und daß man genauso stolz sein kann drauf, wie wenn man wer Wunder 'was Großes geleistet hat."* (8) *"Bei meinem Strickzeug mach ich mir ein Zeichen, damit ich abends seh, was ich geschafft hab."* (2) Erfolg ist für viele mit positiven Emotionen (4: „Glücksgefühl“, 57: „Adrenalin für die Seele“) verbunden, die von den Frauen auch ausgedrückt und mit Auswirkungen auf die Gesundheit erlebt werden. *"Dann fühlt sich auch der Körper in dem Moment noch gesünder."* (57)

Gerade bei der Frage nach der Bedeutung von Erfolg wird die Problematik des eigenen Wertes als Frau mit Behinderung deutlich. Offenkundig ist es leichter, die mit dem eigenen Selbstwertgefühl verbundenen Themen bei der Frage nach der Bedeutung von Erfolg mitanzusprechen. Für viele befragte Frauen sind besonders **Anerkennung, Selbstbestätigung** und ein **positives Selbstwertgefühl** Zeichen für Erfolg. Anerkennung kann sich im subjektiven Empfinden der Frau sowohl auf ihre vollbrachte Leistung, als auch direkt auf die Behinderung beziehen, indem es als wichtig erlebt wird, als Frau mit Behinderung Bestätigung zu erfahren. *"Erfolg bedeutet für mich, daß die Sachen, die ich mache und die mir wichtig sind, von anderen Menschen anerkannt werden."* (30) *"... der Welt überhaupt mal zu zeigen, daß auch Behinderte was können."* (52) *"also wenn man irgend ein Projekt durchzieht, und ... es findet Anklang ... das macht einen dann schon selbstsicherer, zufriedener für sich selber, aber auch selbstsicherer nach außen hin."* (20) Erfolg und Selbstbewußtsein, so vertreten es mehrere Befragte, ist für Behinderte besonders wichtig: *"Das braucht man auch zur Bestätigung, daß man dadurch das Gefühl bekommt, man ist wirklich vollwertig, auch wenn man das nicht immer so erfährt, aber Erfolg ist unheimlich wichtig. Vielleicht noch wichtiger als für andere."* (39) *"Das ist was enorm Wichtiges zum Ausgleich ... meiner Behinderung, die mich oft für mich selbst so erfolglos macht."* (37)

Eine solche Anerkennung der Leistung und des Erfolges durch Kollegen und Kolleginnen und Vorgesetzte ist insbesondere im beruflichen Bereich wichtig (16, 31, 59). Aber auch oder gerade für Frauen, die keinen Beruf (mehr) ausüben, ist die öffentliche Anerkennung ihrer Arbeit ein wichtiger Erfolgsbereich. *"Indem ich mich an die Schreibmaschine setze und Geschichten schreibe ... und ich habe damit Erfolg ... ich habe jetzt zum Beispiel einen kleinen Pokal gewonnen, den zweiten Preis mit einer Geschichte ... das befreit ein wenig. Das ist grad so, als wenn sich so ein bißchen die Fessel löst, die man halt doch hat durch die Behinderung."* (19; vgl. 4: Erfolg beim Konzertauftritt; 5: Erfolg mit gemalten Bildern)

Erfolg wird verbunden mit Normalität (49: *"Erfolg zu haben oder erfolgreich zu sein, ist ein Stück Normalität."*) und damit, dazu zu gehören, eine Familie zu haben, eine zufriedenstellende Partnerschaft zu führen, einen Freundeskreis zu haben und nicht nur als Behinderte gesehen zu werden, *"mit sich selbst leben können"* (23).

Der Erfolg darf nicht zu hoch gehängt werden, er muß erreichbar sein. Die Fähigkeiten, große Ziele zu erreichen, schwinden mit zunehmender Einschränkung. Mit der Zunahme an Abhängigkeit von anderen durch die eigene Behinderung, wird Erfolg auch daran geknüpft, selbständig zu sein und **das Leben gestalten zu können, ohne in eine Bittstellerposition zu geraten**. *"Wenn ich mein Leben gestalten kann und leben kann in einer Art und Weise, daß ich mich glücklich fühle, und daß es möglichst ohne großes Bitten dauernd geht, ich meine nicht alleine, sondern daß manches eben auch Routine ist oder Normalität annimmt, des ist irgendwie Erfolg für mich. Also daß ich des allein schaff. Ja."* (11) Bezogen auf die Behinderung selbst ist Erfolg die Überwindung von damit verbundenen Schwierigkeiten: *"Wenn ich ohne große Mißverständnisse mich mit jemand unterhalten habe, oder wenn ich was gemanagt hab im Amt oder so, wo ich früher Angst hatte. Das ist toll."* (4) Wenn Hoffnung auf Verbesserung des Zustandes besteht, kann Erfolg heißen, sich („*Schritt für Schritt*“: 8) gesundheitlich wieder besser zu fühlen und körperlich beweglicher oder belastbarer zu sein, *"wieder ein bißchen mehr zu können"* (25), *"die Arbeitskraft wiederfinden"* (18).

Bei mehreren Frauen der älteren Kohorte ist das Erleben von Erfolg nicht direkt mit der eigenen Handlung oder Leistung verbunden, sondern als 'abgeleiteter' Erfolg an den Erfolg anderer, nahestehender Personen geknüpft. Besonders wichtig ist es für die Mütter zu wissen, daß ihre Kinder sich gut entwickeln. Der Erfolg bezieht sich nicht auf die Person, sondern auf den sozialen Aufstieg der Familie im Generationenverlauf (53, 40; dies ist nicht behinderungsspezifisch).

6.5.4 "Zaubermittelfrage"

Mit der "Zaubermittelfrage" („Was würden Sie tun und was würde sich verändern, wenn Sie mit Hilfe eines Zaubermittels für einen Tag oder ein Jahr ohne Behinderung leben könnten?“) sollten in projektiver Weise die Vorstellungen von einem nichtbehinderten Leben und Wünsche an eine Zeit ohne Behinderung erfaßt werden. Die Reaktion auf diese Frage war z.T. überraschend. Einige Frauen meinten, daß sich für sie nichts verändern würde (56, 32). Ein Zaubermittel ist unnötig, da sie sich subjektiv durch die Behinderung nicht eingeschränkt fühlen

und mit ihrer Lebenssituation, so wie sie jetzt ist, zufrieden sind. *"Ich glaub nicht an solche Wunder (lacht) ... So auf die Schnelle ... Aber ich weiß nicht so auf Anhieb, ... ich bin im Prinzip schon glücklich, und deswegen habe ich mir solche Wünsche noch gar nicht konkret so gestellt."* (1) *"Ich werde von meinen Kindern geliebt und respektiert, von meinem Mann auch. Meine Freunde mögen mich weiterhin und meine Bekannten. Ich möchte es nicht mehr verändern, nein."* (29)

Viele Frauen amüsierten sich und verliehen ihren Phantasien und Wünschen in sichtbar lustvoller Weise Ausdruck (47: *„in Saus und Braus leben“*; 37: *„über die Stränge schlagen“*; 43: *„die Sau raus lassen“*). In dieser Lust auf ein exzessives Leben steckt die **Überwindung der Begrenzung** im Alltag, denn die Wünsche beziehen sich auf das, was die Interviewten nicht dürfen, noch nie gemacht haben, oder was sie mit ihrer Behinderung heute nicht (mehr) für möglich halten: ein "dicke Sahnetorte" für die Diabetikerin, „tanzen“, „essen“ und „reisen“ für die in der Mobilität eingeschränkten und auf präventive Vorsicht verpflichteten Frauen und für eine Frau mit einer Hörbehinderung: *"Ich würde mich hinsetzen und ganz entspannt (Radio) hören, und würde das trotzdem verstehen. ... Und dann einfach mal mit Leuten unterhalten, ... ich schaue dabei die Sterne an oder sonst wohin, so Sachen, unbeschwerter."* (4) Frauen mit Bewegungseinschränkungen und Gehproblemen nennen als Wunsch eine ungehinderte Bewegungsfreiheit, die sich im Laufen, Klettern, Tanzen etc. ausdrückt, und für sie mit Lebensfreude und 'Normalität' verbunden ist (37: *„laufen“, „einfach rennen“, „mit meinem Kind durch den Wald tollen, steile Berge hinauffahren mit dem Fahrrad“*) *„Ich glaube, ich würde alle diese Dinge tun, um die ich andere beneide, ... ich möchte liebend gerne mal son Paragliding machen ... Oder endlose Spaziergänge ... Und all diese Spaßsachen... körperlichen Sachen."* (43) *"Ich würde bis ans Äußerste meiner Kräfte gehen, so wie ich es jetzt auch tue, nur eben ... mit dem Bewußtsein, ich hab noch ein Potential ... Ich würde all das machen, was ich die ganze Zeit nicht habe machen dürfen."* (6) *"Ich würde also mitgehen können und würde auch bis in die Nacht sitzen können und würde irgendwas mit anderen gemeinsam machen können und erleben können. Oder ... Wanderungen ... oder Ausflüge ... So was kann ich ja alles nicht. Ich bin ja ... bei mir muß das ja alles zeitlich enger begrenzt sein."* (19)

Andere nennen Alltagsunternehmungen, wie z.B. Spazieren gehen, Theaterbesuche, Kochen u.a. *"Ich hab keine großen Wünsche, aber so richtig ... mich mal wieder so richtig austanzen ... Mal richtig spazieren gehen, wie andere Leute das auch können."* (14; vgl. 2: *„bloß Spaziergehen“*) *"Also da würde ich erst mal richtig aufatmen, um das alles zu verkraften, was gewesen ist."* (58)

Die phantasierten, vermeintlich uneingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten ohne Behinderung, insbesondere das Tanzen, sind mit der **'sonnigen Seite' des Lebens** assoziiert, mit Spaß, Freude, Glückseligkeit und Feiern (6, 19, 58 nennen in dem Zusammenhang *„glücklich sein“*). *"Also so was (Wandern, Ausflüge, gemeinsame Unternehmungen) würde ich gerne wieder mitmachen, das würde mir Spaß machen."* (19)

Auch bei der Frage nach einem Leben ohne Behinderung zeigen sich implizite familiäre und berufliche Lebensziele, aber auch solche Ziele, die für die Frauen nicht erreichbar sind oder waren, wie z.B. *"noch einmal schwanger werden"* (37).

Auch bezogen auf den beruflichen Bereich wird in den Antworten das Bedauern der Frauen um das Nicht-Gelebte und um verpaßte und versagte berufliche und finanzielle Vorteile deutlich: Wären sie nicht behindert, hätten sie den Beruf gelernt, den sie lernen wollten, würden sie heute noch arbeiten, hätten sie beruflich bessere Chancen gehabt oder wären finanziell besser gestellt, als es heute der Fall ist (39, 49). Ohne Behinderung "... würde ich zum ersten einen Rentenanspruch erworben haben und hätte jetzt auch Rente, würde finanziell besser da stehen, brauchte nicht jede Mark umzudrehen." (19)

Auch an anderen Stellen in den Interviews kommen die Frauen von sich aus auf ihre **Träume von einem nicht-behinderten Leben** zu sprechen. Für viele ist damit Auseinandersetzung mit und Trauer um die Behinderung verbunden, gerade in jüngerem Lebensalter oder in psychisch schwierigen Phasen. *"Also ich kann mich erinnern, daß ich oft geweint habe in diesen Jahren, und daß ich oft geträumt habe, über Nacht ist mein Arm plötzlich gewachsen."* (22) *"Zwei gleich gerade, gesunde lange Beine. Und das ist der einzige... eigentlich der wichtigste Wunsch, den ich hätte ... Ich sag dann einfach, wenn jetzt ne gute Fee reinkäme, der würde ich als allererstes sagen, gib mir zwei gleichlange, gerade Beine."* (6)

Durch den projektiven Charakter der Zaubermittelfrage können die Frauen das ansprechen, was für sie nicht möglich ist, ohne daß das Antwortverhalten durch eine pragmatische Anpassung an den Verzicht gefiltert ist. Deshalb wird an dieser Stelle die **Verlustdimension** deutlich, d.h. in welchem Maß die Behinderung eine Einschränkung darstellt und wie groß die Sehnsucht nach 'Normalität' im Sinne von Nicht-Einschränkung ist. Allerdings wollen auch manche Frauen, die seit früher Kindheit mit ihrer Behinderung leben, keine Veränderung bzw. wollen sich ein Leben ohne Behinderung nicht vorstellen. *"Ich bin froh, daß ich es nicht anders weiß, ich kenn es einfach nicht anders, ich bin so relativ zufrieden bis auf ganz kleine Ausrutscher, wo ich denk: Mensch, wär das nicht schön! Aber das ist so wenig, das ist nicht so drängend, das ist nicht ein Wunsch, der unbedingt raus muß, das denk ich ganz kurz mal, und dann ist das schon wieder vorbei."* (4) Diese Aussage läßt sich dahingehend interpretieren, daß eine Kenntnis bzw. ein Wissen um ein Leben ohne Behinderung die Akzeptanz des jetzigen Zustandes erschweren könnte. Für andere Frauen wäre eine befristete Veränderung eine zu große Umstellung. Sie haben gelernt, mit ihrer Behinderung zu leben, ohne Behinderung müßten sie sich in ihrem Leben neu einrichten, was mit viel Anstrengung und Neu-Lernen verbunden wäre. *"Ich würde es nicht wollen, weil es eine Beschränkung wieder wäre, und ich müßte dann wieder dahin zurück, wo ich war. Ich hab jetzt gelernt, damit klarzukommen, und dann müßte ich ja lernen, mit dem anderen klarzukommen, weil es ja wieder was anderes wäre."* (5) *"Ich möchte es nicht ... also weil ich mir vorstelle, erstens, okay, ich sehe jetzt wieder, was ist das eigentlich, 'Sehen'? Ich muß lernen, meine Augen einzusetzen, ich muß die Schrift lernen, ich muß lernen, mich mit diesen vielen neuen Eindrücken, die auf mich einströmen, mich auseinanderzusetzen, die einzuordnen, die so zu bündeln, daß ich mich weiterhin normal bewegen kann, normal leben kann, und habe ich das vielleicht sogar geschafft, dann ist es wieder hin-fällig."* (10)

Neben den Phantasien und Träumen von einem nichtbehinderten Leben werden von den Frauen auch Vorteile beschrieben, die die Erfahrung des Behindert-Seins für sie gebracht hat. Für manche ist das Leben mit Behinderung eine Erfahrung, die sie psychisch und geistig reifer werden ließ und eine Entwicklung in Richtung Sinnfindung und Selbstentfaltung ermöglichte (vgl. Kap. 6.5.3). *"Ich hätte mein Leben nie so ausbauen können, so frei, so genau, was ich wirklich im Herzen möchte, wenn ich nicht krank oder behindert wäre."* (48) *"Heute lebe ich intensiver, ich habe früher oberflächlicher gelebt. ... Vielleicht wär ich jetzt auch schon krank vor lauter Streß, wie die meisten Leute, die so viel Streß machen."* (9) *"Ich muß sagen, ich hab also seelisch und geistig viel durch die Behinderung gelernt und da möchte ich eigentlich nicht drauf verzichten."* (8) Zu den **Chancen und Freiheiten durch die Behinderung** zählt auch die Freiheit, durch Ausstieg aus dem Berufsleben oder aus dem Leben als Hausfrau einen eigenen Freiraum zu entwickeln, um z.B. die Vergangenheit aufzuarbeiten, oder durch Kurzgeschichten gesellschaftliche Anerkennung zu bekommen und damit indirekt die vormals ausgeprägte Depressivität positiv zu beeinflussen. Die Gewinndimension der Behinderung bezieht sich bei einer Befragten auf die ganze Person: *"Ja, das Dominante und das Duchsetzerische, das hab ich deswegen, weil ich mich hab durchbeißen müssen. Weil ich um alles hab kämpfen dürfen, und ich denk halt, deswegen bin ich so weit gekommen, wie ich jetzt bin. Wenn ich z.B. eine nichtbehinderte Frau wäre ... ich wär nicht so, wie ich jetzt bin."* (5; vgl. 9)

6.6 Weitere Themenfelder der Querauswertung

6.6.1 Sozialisation von Mädchen mit Behinderungen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden alle Interviews einbezogen, unabhängig davon, ob die Befragten in ihrer Kindheit bereits behindert gewesen waren. In diesem Kapitel geht es nur um die Frauen, die seit Geburt oder seit der frühen Kindheit behindert waren, denn nur sie wurden als Mädchen mit Behinderung sozialisiert und erzogen. Einige bereits dargestellte Aspekte werden noch einmal aufgegriffen und unter dem speziellen Aspekt der Vermittlung von Einstellungen und Erfahrungen mit Behinderung in der Kindheit diskutiert.

Aussagen zur Sozialisation von Mädchen mit Behinderungen werden aus den Erzählungen der 19 (von 23) Frauen gewonnen, die seit Geburt oder früher Kindheit mit einer Behinderung leben. Bei den Behinderungen handelt es sich überwiegend um Sinnesbehinderungen und körperliche Einschränkungen infolge von Unfällen oder Krankheiten (v. a. Fehlen oder Mißbildungen von Extremitäten, Rücken- und Hüftprobleme) sowie um eine chronische Erkrankung - damit überschneiden sich einige Aussagen in diesem Kapitel mit den Interpretationen in Kap. 6.3.3 bis 6.3.6. Vier Interviews wurden nicht berücksichtigt: zwei davon, weil die Schädigung erst mit 14 Jahren „bemerkt“ bzw. diagnostiziert wurde (30, 42), zwei weitere, weil besondere Bedingungen der Krieg- und Nachkriegszeit die Sozialisation so stark bestimmten, daß die Behinderungen in den Hintergrund traten (32, 36).

Es zeigte sich, daß das der gesamten Erzählung zugrundeliegende Leitmotiv oder „Lebensthema“ auch in der Kindheitsdarstellung auftauchte. Hier gilt zu beachten, daß die Aussagen über die Kindheit den Charakter einer Rekonstruktion der Vergangenheit von heute aus haben und nicht als „die Wahrheit“ über „die wirkliche“ Kindheit genommen werden dürfen. Ausgehend von den heutigen Themen - also von dem Punkt der Rekonstruktion - wurden zwei Gruppen gebildet: die Gruppe derer, bei denen das zentrale Lebensthema positive und offensive Motive wie „Selbstbewußtsein“ oder „Abgrenzung“ umfaßt (9 Frauen), und eine zweite Gruppe, bei der als Motiv eine Klage und ein Leiden die Darstellung der heutigen Situation durchzog (6 Frauen). Eine dritte Gruppe bilden drei Befragte, bei denen Traumatisierungen in der Kindheit im Vordergrund standen. Im folgenden werden die Kindheitsbeschreibungen dieser Gruppen miteinander verglichen.

Elterliches Erziehungsverhalten und familiäre Sozialisation

Die erste Gruppe umfaßt vorwiegend jüngere, d.h. unter 20 bis um die 30 Jahre alte Frauen, in deren **Lebensthematik Selbständigkeit, Autonomie, Wehrhaftigkeit, Abgrenzung und Mut/Ausprobieren** eine große Rolle spielen. In den meisten Darstellungen der familiären Sozialisation wird die Normalität der Behinderung hervorgehoben. *„Nichts Außergewöhnliches“, „nichts Besonderes“, „normal angefühlt“, „ganz normal aufgewachsen“* sind entsprechende sprachliche Indikatoren. Ein subjektiver Vergleichsmaßstab für das persönliche Erleben fehlt: *„Ich kannte es nicht anders.“* (4, vgl. 23) *„Und ich hab das auch nicht gemerkt, ... wenn mich einer gerufen hat, dann hat mich halt einer gerufen, und ich hab es nicht gehört. Und dann, was ich nicht weiß, ... das macht mich nicht heiß, so ungefähr. Da bekomme ich das auch nicht mit, da hab ich ... gar nicht gemerkt, daß ich behindert bin.“* (4; vgl. auch Kap. 6.3.5 für Sinnesbehinderte und Kap. 6.5.1) Normalität wird auch am pragmatischen Umgang mit den im Zusammenhang mit der Behinderung entstehenden Problemen und notwendigen Prozeduren festgemacht oder daran, daß Eltern ermöglichten, *„alle die Dinge zu tun, die gesunde Kinder auch tun.“* (43) Die Behinderung war störend, aber selbstverständlich. Zum Teil unterschieden sich Vater und Mutter in der Akzeptanz der Behinderung. Die meisten Befragten berichten eine **Erziehung zur Selbständigkeit**: *„stark zur Selbständigkeit erzogen“* (23); *„...gewohnt von klein an, allein zu entscheiden und selbständig zu entscheiden“* (33). Eine Befragte mußte ihr Problem, wie sie ihre Hörbehinderung Fremden gegenüber kommuniziert, von Kindheit *„...schon für mich selber machen“* (4). Allen wurden Schritte in die Selbständigkeit zugetraut. Mehrere Befragte verneinen, daß ihnen eine Sonderrolle eingeräumt wurde bzw. sie lehnen heute oder lehnten damals eine solche ab. Allein eine Befragte beschrieb *„die typische Schonposition von irgendeinem behinderten Kind“* (22) und wurde der Schwester vorgezogen. Bei den Anderen war die Behinderung *„nichts Besonderes“*, es wurde **„nicht extra Rücksicht“ genommen** (4) oder nicht geschont: *„Sie haben aber nie Rücksicht auf diese Behinderung genommen, d.h. sie haben nicht gesagt: Das kann unser Kind nicht oder jenes kann unser Kind nicht.“* (43; vgl. 23) *„Ich hatte Eltern, die immer darauf bedacht waren und sehr bemüht waren, daß ich nicht verhätschelt wurde ...*

Ich wurde auch nie von meinen Eltern bemitleidet: Ach, du bist ein kleines Kindchen, du bist gehbehindert und auf dich muß man besonders achtgeben." (6) Mitleid und Einschränkungen als Kehrseite der Schonung werden strikt abgelehnt. Normalität im Sinne von „So sein wie andere“ erforderte aber, wie deutlich angesprochen wurde, eine besondere Anstrengung.

Dem Material zufolge läßt sich annehmen, daß zu einem "normalen" Umgang mit der Behinderung in der familiären Sozialisation das Aufwachsen mit vielen Geschwistern (z.B. 23) beiträgt, in Kombination mit einer egalitären Erziehung zwischen behinderten und nichtbehinderten Geschwistern und einem familiären Zusammenhalt, sowie die Existenz weiterer behinderter Geschwister.

In der zweiten Gruppe finden sich negative und belastete **Lebensmotive wie fehlendes Selbstwertgefühl, verweigerte oder unzugängliche Anerkennung bzw. Verständnis oder Isolation**. Diese Befragten sind älter als die in der ersten Gruppe (Mitte 30 bis über 50 Jahre). Behinderung taucht in der familiären Erziehung negativ auf, sei es, daß der Vater die behinderte Tochter ablehnte oder ungeduldig war, sei es, daß die Behinderung bzw. Krankenhausaufenthalte dazu führten, daß die Befragte "*viel allein*" war (17). Eine Befragte wäre gern "*ein Stück normaler behandelt worden*." (49) Nur in einem Fall wurde die Normalität der Hörbehinderung im familiären Kontext erwähnt ("*...normal, daß man einfach mit einbezogen wurde und daß man sich eben ein bißchen Mühe geben mußte*." 39); hier begannen die lebensgeschichtlichen Probleme beim Verlassen der Familie. **Fehlende Rücksicht** wird ebenso angesprochen wie **Behütung**; gemeinsam war, daß beides im Gegensatz zur ersten Gruppe in negativem Kontext stand: Fehlende Rücksicht hieß ungerechte Überforderung angesichts der realen Einschränkung, Behütung hieß fehlendes Zutrauen in die vorhandenen Fähigkeiten. "*Ich mußte genauso Unkraut jäten im großen Garten wie meine Geschwister ... Und das Bücken fiel mir ja dauernd schon schwer wegen der steifen Hüfte*." (16) "*Ich hätte es, glaube ich, ganz gut gefunden, wenn mir mehr zugetraut worden wäre und ich mehr hätte ausprobieren können*." (49) Ob Rücksicht oder Behütung, gemeinsam ist die Thematisierung von **Erziehungsdefiziten und vorenthaltenen Entwicklungschancen** aufgrund versagter Anerkennung, Ablehnung durch den Vater oder Allein- und im Stich gelassen werden von den Eltern. Zur Selbständigkeit fehlten ein grundsätzliches unbeschädigtes Selbstvertrauen oder die Möglichkeiten des Ausprobierens - höchstens zeigen die Befragten eine Art 'Zwangsselbständigkeit': "*Wenn man schon als Kleinkind und Säugling im Krankenhaus liegt (...), muß man sich ja halt durchboxen*." (17) Unabhängig davon, ob dies von den Eltern intendiert war, führte die Erziehung zu einem Sonderstatus als Außenseiterin mit fehlender Integration und niedrigem Selbstwertgefühl.

In der letzten Gruppe sind **schwierige Sozialisationsbedingungen mit traumatisierenden familiären Bedingungen** kennzeichnend. Das Alter der Befragten streut (18, 30 und 44 Jahre). Der beschriebene Erziehungsstil läßt sich als vernachlässigend charakterisieren mit Alkoholismus des (Stief-)Vaters oder beider Eltern oder Schlägen von seiten der Mutter. In einem Fall bleibt unklar, ob ein Mißbrauch durch den Stiefvater oder durch einen Nachbarn vorliegt, in einem anderen Fall wurde er offen berichtet. Generell kam der Behinderung nur eine

untergeordnete Bedeutung zu. Die Verhältnisse wurden zwar zugespitzt durch die Behinderung, aber die Erziehung wäre auch ohne Behinderung traumatisch. Schonung oder eine bewußte Erziehung zu Selbständigkeit werden nicht berichtet, bzw. eine erzwungene Selbständigkeit wird ironisch als Produkt der Vernachlässigung gedeutet (5). Positiv vermerkt nur eine der Befragten ein offenes Verhältnis zur Mutter und eine grundsätzliche Akzeptanz der Körperbehinderung, während der Vater vorgeschlagen hatte, sie mit einem Kissen zu ersticken.

Geschlechtsspezifische Aspekte der Erziehung

In der ersten Gruppe, deren Lebensmotiv Selbständigkeit und Wehrhaftigkeit beinhaltet, beschreiben die Befragten das Fehlen oder das Scheitern von (versuchter) geschlechtsspezifischer Erziehung: *“...aber ich habe gesagt, hier: gibt's nicht (...) Also so bestimmte Sachen, die nur Mädchen machen - ist nicht bei uns. Müssen alle mithalten.”* (21) *„Es ist nicht so, daß ich alles machen soll. Da würde ich mich auch weigern“* (4) *“Das ging halt so reihum, so daß wir alle die ganz normalen täglichen Hausarbeiten miterledigen mußten.”* (23; vgl. 4) *“Meine Mutter hat nie versucht irgendwie auf extreme Häuslichkeit oder so einzuwirken.”* (10) *„Die Mädchenrolle wurde nicht besonders hervorgehoben“* (22). Eine Befragte erwähnt ausdrücklich *“eine männliche Erziehung”* mit körperlicher Arbeit (6; dies galt für ihre nichtbehinderte Schwester ebenfalls). Einer Befragten riet die Mutter, doch *“zurückzuhauen”*, wenn ihr jemand *“querkommt”* (23), einer anderen wurde geraten, sich möglichst lange nicht zu binden (10).

Im elterlichen Erziehungsverhalten war **Leistung** und Ausbildung bei mehreren Befragten hoch besetzt. Eine Mutter wird zitiert: *“Es muß doch irgendwas geben, was man draus machen kann. Weil da müssen ja irgendwelche Anlagen da sein, die man jetzt fördern kann. (...) Immer besser sein als andere. Das ist auch das, was früh anerzogen wurde eigentlich. Nicht unbedingt so mit Ellenbogen: Ich will nach oben. Aber versuchen, das Bestmögliche an Leistung zu bringen.”* (10) Auch bei anderen Befragten dieser Gruppe achteten die Eltern auf eine gute Ausbildung bzw. waren *“sehr bedacht”*, daß die Tochter studiert (43) und *„nahmen Anteil an der Bildungsentwicklung“* (22). Bei anderen waren die Schulleistungen eben *„einfach gut“*. Förderung oder das Ziel, sich später selbst den Lebensunterhalt zu verdienen, waren selbstverständlich (insbesondere in der DDR). Nur in einem Fall sah der bei Geburt der Tochter 63jährige Vater die Zukunft der Tochter als *“unverheiratetes Mitanhängsel der Familie”* und wollte ihr eine gute Ausbildung verweigern, während die Mutter die Autonomiebestrebungen förderte (10).

Was die Präsenz der Eltern angeht, kommt in den Berichten meist nur die Mutter, meist Hausfrau, als praktisch Versorgende und emotionaler Bezugspunkt vor. Die Väter waren - mit einer Ausnahme - nicht vorhanden, im Außendienst oder nicht der Erwähnung wert. Bezogen auf die Identifikation mit der Mutter und die **Übernahme einer Familienperspektive** findet sich ein Spektrum von unterschiedlichen Aussagen. Während die einen - von der Mutter unterstützt - nicht eine Ehe 'wie die Eltern' oder gar keine Ehe führen wollen, wollen andere eine große Familie. Manchmal spielen behinderungsspezifische individualbiographische Aspekte eine Rolle (z.B.: *“weil ich selber in einer großen Familie aufge-*

wachsen bin“: 23). In mehreren Interviews kommen Zweifel zum Ausdruck, ob die Befragten aufgrund ihrer Behinderung mit Kindern praktisch umgehen können und ob sie später einen Mann haben werden. Insgesamt scheint die Erziehung zu Selbständigkeit und Leistung zusammen mit dem Fehlen einer geschlechtsspezifischen Erziehung die Familienperspektive und das Vertrauen in eine familiäre Zukunft nicht zu stärken (s.u.).

In der zweiten Gruppe mit den Lebensmotiven „verweigerte oder unzugängliche Anerkennung bzw. Verständnis“ und „Isolation“ werden (generationsabhängig) sowohl eine Einbindung in die Haushaltspflichten als auch das Fehlen geschlechtsspezifischer Anforderungen berichtet. Während der ältesten Befragten (26) der Zugang zur weiterführenden Schule verweigert wurde aufgrund der Behinderung, war bei den Jüngeren der Leistungsaspekt wichtig. **Leistung** wurde von der Erziehung her nicht direkt gefördert oder gefordert, aber indirekt nahegelegt als Weg, die der Person verweigerte Anerkennung doch noch zu gewinnen. Pflichtgefühl, Perfektionismus, ein ‘überhöhter Leistungsanspruch’ und “*das Gefühl: Ich bin nur was wert, wenn ich was leiste*” (49) kommen vor, einhergehend mit einem negativen Begriff von Behinderung.

Im Kontext der familiären Sozialisation sind in dieser Gruppe gerade die abwesenden oder emotional nicht erreichbaren Eltern (Vater, Mutter oder beide) wichtig. Der Wunsch nach Anerkennung durch den Vater führt eher zu einer „männlichen“ Leistungsbiographie. Auch in den anderen Interviews wird keine positive Identifikation mit der Mutter erkennbar, sei es, daß die Mutter früh gestorben oder psychotisch geworden war, sei es, daß der Vater im Vordergrund stand oder sei es, daß die Befragten nicht ‘dem Rahmen einer Frau’ entsprachen oder daran zweifelten, ob sie dies aufgrund ihrer Behinderung je könnten, weil sie für einen Partner kaum zumutbar seien (s.u.).

In der Gruppe der Vernachlässigten finden sich nur bei der Ältesten geschlechtsspezifische Erziehungsmomente. Eine Förderung in bezug auf Ausbildung erwähnt keine Befragte. Die Frauen dieser Gruppe sagen aber, daß die Abgrenzung von der Mutter ein starkes Motiv in ihrer Entwicklung war.

Sozialisation unter Gleichaltrigen

Hier sind Kindheit und Jugend als Phasen zu unterscheiden. Quer durch die drei Gruppen finden sich Beschreibungen, wie sich die Sozialisationserfahrungen mit dem Eintritt der Pubertät veränderten. Für die **Kindheit** und Kindergartenzeit werden als zentrale Erfahrungen ein Nicht-Können, z.B. “Nicht-Mittun-Können bei gewissen Spielen”, nicht hören, nicht laufen können oder umgerannt werden etc. berichtet. Wichtig waren die Eingebundenheit in die Familie und eine besondere kindliche Erlebensweise: „*Kinder nehmen es so, wie es jetzt ist.*“ (11) In der **Jugend** kommen Fragen der Attraktivität, des Umgangs mit sexueller Anerkennung und der Ablösung hinzu. Die Reaktionen der anderen werden bewußt registriert und/oder antizipiert (4: „*genervt*“, 43: „*abgestoßen*“). Der Wechsel des Kontextes von Kindheit zu Jugend bedeutet in der Regel auch eine Erweiterung des Umfeldes über die vertraute familiäre Umgebung hinaus. Eine Befragte, aufgewachsen mit Cousinen, die ihrerseits dazu erzogen waren, “*sich eben ein biß-*

chen Mühe zu geben", hatte in der Kindheit ihre Hörbehinderung "gar nicht so bewußt aufgenommen, damals, in der Kindheit nicht." (39; dies betrifft Frauen mit körperlichen und mit Sinneseinschränkungen; vgl. Kap. 6.3.5).

Ebenfalls über alle Gruppen hinweg kommt zum Ausdruck, daß "unpersönliche" und anonyme Sozialisationskontexte weniger Erfahrungen von Akzeptanz vermitteln als "persönliche", z.B. "dörfliche" Strukturen, kleine Schulklassen oder feste Cliques mit vertrauten Freunden und Freundinnen, für die es eher "normal ist", die Befragte mit ihrer Behinderung einzubeziehen, oder die "das wissen" (4, 6, 39, 35). "Die mich kannten, da war immer alles okay, da hatte ich ein gutes Verhältnis Das hatte sich so mehr bei Fremden, wenn man mit Fremden zusammen war, wie in der Schule: Ach, da kommt die Brillenschlange." (26) „Ich habe das als Kind in der Gruppe meiner Freundinnen als wenig empfunden Und die wirklichen Probleme setzten dann wirklich ein, als ich zwölf, dreizehn Jahre alt war.“ (22)

Die Befragten der **ersten Gruppe**, in deren Lebensthematik Selbständigkeit/Abgrenzung zentral ist, berichten - mit Ausnahme einer Befragten (22) für die Zeit ab der Pubertät- **überwiegend positive Sozialisationserfahrungen unter Gleichaltrigen**: Nicht alle, aber viele Beziehungsbereiche (zu Geschwistern, zu Gleichaltrigen im Kindergarten, in der Nachbarschaft oder in der Schule) bedeuteten einen "ganz normalen Umgang" (4, 6, 11, 23, 33) und Integration in einen Kreis (21, 23, 43), wobei der "Akzeptanz" durch die Freunde und Freundinnen eine Schlüsselrolle zukommt. Es werden aber ebenso Hänseleien berichtet, tätliche Angriffe, willentlicher oder unwillentlicher Ausschluß und andere Schwierigkeiten im Umgang miteinander, die teil- oder zeitweise zu einer Außenseiterrolle führten. Diese Erfahrungen werden aber überwiegend zusammen mit bewältigenden Reaktionen (d.h. als Erfahrungen, für die sie Umgangsformen gefunden haben) seitens der Befragten erwähnt. In mehreren Interviews kommt die Vermittlungsrolle von Dritten zur Sprache, sei es, daß Kindergärtnerinnen, Lehrerinnen oder andere Erwachsene den Gleichaltrigen die Bedeutung der Behinderung nahebrachten (4, 10), sei es, daß Geschwister die Befragte "mitschleppten" und ihr so den Zugang zur Vergnügungskultur der Gleichaltrigen eröffneten (11, 23).

Die Unsicherheit bezogen auf mögliche negative Reaktion von Jungen erschwerte das Ausprobieren von Kontakten zum anderen Geschlecht ("Ich weiß nicht, wie die reagieren, wenn die mitbekommen, daß ich schwerhörig bin?", "Wie wirkt das wohl?": 4). Die Zweifel, ob jemand sie mögen würde ("Mich mag keiner, die finden mich alle häßlich": 21), oder die fehlende Vorstellung, einen Freund zu haben ("Ich habe nie sehr groß für Jungen geschwärmt": 10) führten bei den meisten zu einem späten Beginn der heterosexuellen Probiererfahrungen, was wiederum die Befragten in eine Sonderrolle gegenüber den gleichaltrigen Freundinnen brachte, für die das gerade das Lieblingsthema war (10). Ab der Pubertät war eine Befragte unter den Gleichaltrigen „nichtexistent“ und „spielte für niemanden in der Klasse jetzt als Mädchen (...) in irgendeiner Weise eine Rolle.“ (22)

Trotz aller positiven Darstellung von Akzeptanz und Integration wurde **nirgendwo ein positiver Behinderungsbegriff** erwähnt. In der Sozialisation wird eher

vermittelt, daß die Übernahme von Normen der Nichtbehinderten Voraussetzung für Akzeptanz unter Gleichaltrigen sei. Mehrfach wird der Gedanke geäußert, die Behinderung könne oder müsse kompensiert werden z.B. durch Leistung (10, 23) oder durch die Betonung positiver Merkmale (6). Negative Erfahrungen in der Gleichaltrigensozialisation lassen sich über die Anstrengungen rekonstruieren, mit denen eine selbstbewußte Identität aufrechterhalten und gegen Hänseleien immunisiert wird (*„nicht an sich ranlassen“*: 6; *„Abperlen lassen“*: 23; *„nicht hinhören“*: 21; *„Verdrängen“*: 22, 43). Was die Befragten beschreiben, läßt sich als „Integrationsleistungen“ fassen.

In der **zweiten Gruppe** mit negativen Lebensthemen wird weniger von dem Zusammensein mit Gleichaltrigen erzählt. Nur diejenigen, deren Behinderung keine oder kaum Auswirkungen auf die Interaktion mit Gleichaltrigen in der Jugend hatte (nicht sichtbare und nicht oder kaum einschränkende Behinderungen bei 17, 49), erwähnen Begegnungsbereiche unter Gleichaltrigen, wo sie „ganz normal“ integriert waren. Berichtet werden ansonsten vor allem **negative Erfahrungen von Hänseleien** (26, 28) und **fehlendes Selbstbewußtsein**, das aber mehr auf die familiäre Sozialisation zurückzuführen ist, als auf die Sozialisation unter Gleichaltrigen (16, 49).

Der Kontakt zu Jungen wird als schwierig dargestellt, wobei zu berücksichtigen ist, daß diese Befragten einen anderen Generationenhintergrund haben als die Befragten der ersten Gruppe. Eine Befragte wurde als Sitzengebliebene und „Mauerblümchen“ behandelt (16), Zweifel sind üblich: *„Einen Mann kriegste später sowieso nicht ab.“* (28) *„Ich wollte eigentlich immer mal heiraten (...), auch wenn ich dann immer irgendwann gedacht habe, okay, den Partner, wie ich ihn will ... werde ich nicht finden, weil ich halt krank bin.“* (17) Das Bemühen um eine Partnerschaft scheiterte bei einer Befragten *„... an den Ohren. (...) Irgendwann hatte ich immer das Gefühl, man wird nicht akzeptiert (...) Vielleicht war man selber auch noch nicht so sicher im Auftreten und selbstbewußt (...) und dann hat man eben wenig Chancen, sich auch mal zu behaupten und so zu zeigen, daß mehr dahinter steckt, daß man nicht behindert ist, sondern daß man auch vollwertig ist.“* (39) Die Furcht bezieht sich bei den Älteren auch darauf, von der Familie des Mannes nicht akzeptiert zu werden (26).

Insgesamt werden im Zusammenhang mit der Behinderung **keine positiven und akzeptierenden Erfahrungen im Umgang mit Gleichaltrigen** geschildert. Das durch die familiäre Sozialisation untergrabene Selbstwertgefühl konnte nicht durch außerfamiliäre Sozialisationserfahrungen angehoben werden bzw. nach einer positiv dargestellten Kindheit im vertrauten familiären Rahmen konnten außerhalb dieses Rahmens keine (39) oder erst spät positive Beziehungen aufgebaut werden. In den Hänseleien und dem Ausschluß kommt ein negativer Behinderungsbegriff als soziales Stigma, das von außen hergetragen wird, zum Tragen; Hemmungen und Beziehungs- und Kontaktschwierigkeiten sind die Folge einer negativen Sozialisation.

In der **dritten Gruppe** von Frauen mit **Traumatisierungen in der Kindheit** ist das Zusammensein mit Gleichaltrigen positiv gegenüber den Erfahrungen in der Familie. Mehr oder weniger deutlich wird erwähnt, daß aber auch unter den Gleichaltrigen Quälereien, Hänseleien, Angsteinjagen und Unverständnis erfah-

ren wurden. Nur eine Befragte schildert eine Episode in der frühen Kindheit, wo Nachbarskinder sie „einfach einbezogen“ und zum Spielen „mitschleiften“ (5). Der familiäre Gewalthintergrund führte in einem Fall zur Isolation; alle Kontakte zu Gleichaltrigen wurden verboten (6). In den beiden anderen Fällen ermöglichte die Vernachlässigung bzw. die Heimunterbringung zumindest den Kontakt zu Gleichaltrigen und damit einen neuen Erfahrungsraum.

Sozialisation in Institutionen

Bezüglich der Sozialisationserfahrungen in Einrichtungen für Behinderte wie in gemischten Einrichtungen mit und ohne integrativen Charakter werden unterschiedliche positive wie negative Erfahrungen berichtet. Bei der Bewertung der institutionellen Erfahrungen steht bei der dritten Gruppe der Befragten behinderungsunabhängig das Entkommen aus der Familie im Vordergrund. Für die beiden anderen Gruppen werden behinderungsbezogen so ähnliche Pro- und Contra-Argumente angeführt, daß sie hier zusammengefaßt dargestellt werden (da insbesondere Sinnesbehinderte spezielle Schulen besuchten, wird hier auch auf Kap. 6.3.5 hingewiesen).

Regeleinrichtungen werden dann positiv-akzeptierend beurteilt, wenn *“man es relativ normal angeht”* (von den Erzieherinnen im Kindergarten her), von den Mitschülern und Mitschülerinnen *“total normal”* behandelt und Rücksicht genommen wurde und *“wenn es ganz gut funktioniert”* (6, 10, 23). Dann war wertzuschätzen, daß es *“nichts”* gab, *„was auf eine Sonderbehandlung schließen ließ.“* (6) Ohne Sonderbehandlung waren Regeleinrichtungen ein Auseinandersezungsfeld: Alle waren *“vermischt”* und *“mußten sehen, wie sie klarkommen.”* (39) Man lernte den *“ungeschützten Umgang, also Blinde in freier Wildbahn”* und *“wird nicht nur als Blinde oder Behinderte gesehen, sondern es kommt auf einen selber an.”* (10) Die fehlende Sonderbehandlung kann aber auch Leiden erzeugen. Insbesondere Sinnesbehinderte mußten mehr Kraft als die Mitschüler und Mitschülerinnen aufwenden, um mitzuhalten (4, 10, 28, 49; vgl. ausführlich Kap. 6.3.5). Mehr Kraft aufzuwenden bzw. weniger zu leisten, hatte wiederum soziale Folgen in Form von Ausschluß, Außenseiterposition, Streber-Verdacht oder Hänseleien, die regelmäßig für gemischte Einrichtungen beschrieben wurden.

Demgegenüber bieten **Einrichtungen für Behinderte** eine andere Form von Integration, bei der die *„Schwierigkeiten, sich Nichtbehinderten verständlich zu machen”* (17), wegfallen. Es konstituiert sich eine eigene *“Normalität”* der Behinderten: *“Man sitzt ja mit allen im gleichen Boot.”* (11) Ab der Pubertät boten insbesondere Internate eine Möglichkeit der familiären Ablösung und eröffneten neue Felder eigenständigen Handelns (z.B. auch bezüglich sexueller Erfahrungen): *“Da lernt man auch, ja, ein möglichst normales Leben zu führen, also da werden einem Möglichkeiten angeboten, wie man sein Leben, seinen Alltag gestalten kann.”* (10) Dies wird von mehreren Befragten positiv vermerkt; eine Befragte durfte nicht in ein Internat, weil die Mutter sie nicht *“aus dem Haus geben”* wollte, da sie im Haushalt gebraucht wurde (28). Negativ vermerkt wird dagegen die Trennung vom Elternhaus, wenn sie einherging mit einer Trennung von Freunden und Freundinnen in der Nachbarschaft und einem Verlust des *„Anschluß an Gemeinschaft und Schulkameraden”* (39).

So haben sowohl Regeleinrichtungen als auch Einrichtungen speziell für Kinder mit (bestimmten) Behinderungen **Vor- und Nachteile**. Sondereinrichtungen haben einen **Doppelcharakter**, den eine Befragte so faßt: Sie sind *„einerseits ein Schutz, aber andererseits realitätsfern.“* (11) Regeleinrichtungen erfordern dagegen die Balance, *„dieses Anderssein, dieses Nichtmittun-Können bei gewissen Spielen zu verkraften und trotzdem mich wie ein normales Kind zu verhalten.“* (10)

Diskussion

Es finden sich in den Beschreibungen der familiären Sozialisation weder das in der Literatur als „Dominanz der Konformität“ beschriebene Verstecken von behinderten Kindern, noch eine extreme Schonung, die überhaupt keine Grenzen setzt, als Muster einer „Dominanz der Abweichung“ (Balzer/Rolli 1975). Auch ist das Entweder-Oder von „am Rande stehend und nicht willkommen“ oder „überbehütet, im Mittelpunkt stehend“ (Engelbert 1989) zu grob. In der zweiten Gruppe findet sich am ehesten eine etwas andere „Dominanz der Konformität“ in den Beschreibungen der kränkenden Ablehnung als Person mit Behinderung mit einem Vorenthalten von Anerkennung und darauf aufbauenden Entwicklungschancen. In der ersten Gruppe steht „Normalität“ im Mittelpunkt der familiären Sozialisation; da aber kein positiver Begriff von Behinderung Erwähnung findet, ist zu fragen, ob nicht diese Normalität neben dem positiven Effekt der Entlastung vom Druck des Andersseins die Funktion hat, die besondere Situation und eine negative Bedeutung der Behinderung zu verdrängen, und so nur eine andere Form der Anpassung an die Normen der Nichtbehinderten darstellt.

Der Unterschied zwischen der Gruppe mit der positiven und der Gruppe mit der schwierigen Sozialisationsbeschreibung deckt sich teilweise mit einem Altersunterschied: Die Frauen in der ersten Gruppe sind im Durchschnitt deutlich jünger. Kann das bedeuten, daß sich bei den jüngeren bereits etwas geändert hat? Die Erziehung der ersten Gruppe der jüngeren Frauen mit der hohen Wertschätzung von „Selbständigkeit“, „Mut“, „Autonomie“ etc. erscheint moderner und zeigt Merkmale, die sich als **Auswirkungen der Individualisierungsprozesse** auch auf die weibliche Sozialisation von behinderten Mädchen interpretieren lassen. Weniger als in der zweiten Gruppe wird den Frauen Normalität von außen abgesprochen und sie werden weniger sozial ausgeschlossen. Selbstverständliche Integration und keine Sonderrolle sind die Stichworte. Den jüngeren Frauen wird „Normalität“ in Aussicht gestellt. Aber die Leistung einer Normalisierung wird ihnen selbst auferlegt bzw. sie verlangen diese Leistung von sich selbst: Sie müssen normal sein oder zumindest so wirken und fühlen sich verantwortlich dafür, sich selbst zu integrieren. Die Schwierigkeiten erscheinen in der Jugend in erster Linie als Produkt unzureichender eigener Kompensationsstrategien in den selbstverantworteten Beziehungsmustern und Lebensläufen. Im Zuge der Individualisierung wird gesellschaftlicher Ausschluß ersetzt durch inneren Zwang zu individuellen Anpassungsleistungen. Der Unterschied zwischen den Gruppen als Generationenunterschied interpretiert - er läßt sich sicher nicht ausschließlich auf einen Generationenunterschied reduzieren - legt die These nahe, daß die

„Dominanz der Konformität“ heute auf andere Weise vermittelt wird als früher. Denn nach wie vor gilt die Norm der Nichtbehinderten.

Auch die These einer **geschlechtsspezifischen Erziehung** von Mädchen mit Behinderung läßt sich im Zusammenhang mit einem möglichen Generationenunterschied neu diskutieren. Der Literatur zufolge werden die Mädchen mit leichteren Behinderungen zu hausfraulichen Tätigkeiten angehalten. Bei schwereren Behinderungen wird ihnen vermittelt, daß sie keine richtigen Frauen werden könnten und es werden von ihnen kompensatorisch eher Bestleistungen auf intellektuellem Gebiet verlangt (vgl. Ewinkel/Hermes 1985). In den vorliegenden Berichten werden die geschlechtsspezifischen Anforderungen unterschiedlich beschrieben, von starker Einbindung in Haushaltspflichten bis zur Anleitung zu "Männerarbeiten". Auch hier zeigt sich der allgemeine Trend, daß Jüngere weniger eindeutig auf die Frauenrolle und auf spätere Heirat hin erzogen wurden.

Die Interviews bestätigen aber unabhängig von dem Grad und der Art der Behinderung die **hohe Bedeutung von intellektuellen Leistungen und von Selbstständigkeit**. Dies entspricht einer allgemeinen Veränderung der Erziehung von Mädchen. Dieser allgemeine Trend veränderter weiblicher Sozialisation in Richtung einer höheren Bedeutung von Bildung scheint nun für *alle* behinderten Mädchen unabhängig von Grad und Art der Behinderung an Gültigkeit zu gewinnen. Leistung und Ausbildung behalten dabei - bei aller „Normalität“ als Erziehungsziele - ihre frühere behinderungsspezifische Bedeutung. Sie dienen der Kompensation und sollen alternative Möglichkeiten eröffnen. Die Schwierigkeiten in der Pubertät, wenn Attraktivität und Sexualität wichtige Themen unter Gleichaltrigen werden, die Unsicherheit der jüngeren Befragten, ob sie einen Partner finden, und die Zweifel, ob sie es sich zutrauen können, ein Kind zu haben und zu versorgen, zeigen, daß in anderen privaten „weiblichen“ Bereichen die Behinderung stillschweigend als negative Einschränkung gedacht wird.

Die Leistungsorientierung bedeutet einen starken Druck, sich den Normen der Nichtbehinderten anzupassen. Dennoch ermöglicht die Erziehung der ersten Gruppe von Frauen eine produktive Entwicklung. Auch wenn das grundsätzliche Problem, daß eine Behinderung eine Normabweichung und ein Stigma darstellt, nicht durch einen positiven Umgang ersetzt und die negative Bewertung nicht aufgehoben wird, und auch wenn sich das äußere Stigma „nur“ in einen inneren Zwang verwandelt hat, so wird jungen Frauen mehr als früher Selbstbewußtsein und ein Anspruch auf Selbstverwirklichung vermittelt. Auch wenn eine Leistungsorientierung einen Makel kompensieren soll, so bietet sie doch auch Basiskompetenzen für Bewältigungs- und Integrationsleistungen.

Ein Vergleich mit Kindheitsbeschreibungen von Frauen ohne Behinderung in einem anderen Projekt (Heffferich u.a. 1999) zeigt darüber hinaus, daß viele der **grundsätzlichen Kindheits- und Jugendthemen** der Frauen mit Behinderung in ähnlicher Weise auch bei Frauen ohne Behinderung vorkommen. Sie müssen daher als „übliche“ und „normale“ Aspekte der Entwicklung gelten, die allerdings unter der Bedingung einer Behinderung eine besondere Ausprägung erfahren. Die Frage, ob mit dem eigenen Körper etwas nicht stimmt, oder das Gefühl, anders zu sein und ausgegrenzt zu werden, sind allgemeines Begleitphänomen weiblicher Pubertät. Die Schwierigkeiten mit der Sexualisierung des Körpers

(dem Aufladen mit sexuellen Bedeutungen: Düring 1995) und den Beziehungen in der Pubertät umzugehen, haben nicht nur Mädchen mit Behinderung. Für Mädchen mit Behinderung sind aber die Integrationsleistungen schwieriger zu erbringen und die Bewältigungsmöglichkeiten eingeschränkt.

6.6.2 Bildung, Berufstätigkeit, Finanzen

In der Stichprobe der Frauen findet sich als überwiegendes Muster, wenn auch mit sehr unterschiedlichen Gewichtungen, eine Orientierung an Beruf und an Familie. Beide haben im Zusammenhang mit einem Leben mit Behinderung eine spezielle Bedeutung. Betrachtet man alle befragten Frauen unabhängig davon, ob sie zum Zeitpunkt einer Eheschließung oder einer festen Partnerschaft bereits eine Behinderung hatten oder nicht, so zeigt sich das übliche breite Spektrum von familiären Orientierungen wie in der gesamten weiblichen Bevölkerung. Die Spanne unterschiedlicher Vorstellungen reicht von einer Ausrichtung auf eine Familientätigkeit mit konservativen Werten wie Treue und Zuverlässigkeit des Partners (z.B. 48) und traditioneller Arbeitsteilung (z.B. 2) über eine Doppelorientierung an Beruf und Familie und stark partnerschaftliche Vorstellungen von akzeptierender Gegenseitigkeit (z.B. 34: „*gegenseitig helfen, gegenseitig akzeptieren*“) bis zur Dominanz von Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Beruf und Karriere in den Vorstellungen (z.B. 14: „*nur Karriere, nur voll Power*“; vgl. 13. Auf die besondere Bedeutung der geschlechtsspezifischen Sozialisation für von Geburt oder früher Kindheit an behinderte Mädchen wurde ausführlich in Kap. 6.6.1 eingegangen). Berufsorientierungen und Berufstätigkeit werden in diesem Kapitel, Partnerschaft, Mutterschaft und Familie im nächsten Kapitel behandelt.

Sowohl bezogen auf Bildung als auch bezogen auf den beruflichen Werdegang und die finanzielle Situation müssen Frauen mit Behinderung deutliche **Einbußen und Einschränkungen** hinnehmen. Wie die Übersicht im Anhang 2 zeigt, sind in der qualitativen Stichprobe viele Frauen befragt worden, die nur eine kurze Ausbildung haben. Insbesondere unter den Älteren finden sich viele Frauen mit einem Hauptschulabschluß; einige haben keine berufliche Ausbildung. An der Verteilung der Ausbildungsabschlüsse nach Alter läßt sich in der Stichprobe ablesen, wie Frauen (allgemein und Frauen mit Behinderung) erst seit den 60er Jahren Zugang zu qualifizierter Bildung bekommen haben. In dem aktuellen Ausbildungsprofil mischen sich so zum einen zeithistorische Aspekte mit behinderungsspezifischen Aspekten, wobei der Einfluß der Behinderung auf die Ausbildung nur für die gilt, die in ihrer Kindheit und Jugend behindert waren.

Die älteren der Befragten berichten allgemein über Zugangseinschränkungen zu einer qualifizierten Ausbildung, insbesondere wenn sie selbst aus „einfachen Verhältnissen“ stammten: Die Eltern stimmten den Wünschen, z.B. auf das Gymnasium zu gehen, nicht zu (z.B. 46, 25) oder es ging einfach nicht, weil „niemand fragte“ (z.B. 32, 2) oder weil Geld verdient werden mußte (z.B. 2, 7, 8). Dies gilt für die älteren Frauen unabhängig davon, ob sie in der Schulzeit bereits behindert waren oder nicht. Die Frauen mit Behinderungen mußten während der Schulzeit z.T. gravierende Benachteiligungen bezogen auf die Ausbildung in Kauf nehmen, wie sie vor allem für chronisch Kranke (vgl. Kap. 6.3.3) und Sin-

nesbehinderte (vgl. Kap. 6.3.5) beschrieben wurden: Chronisch kranke Frauen berichteten von späten Einschulungen (32, 49), von langen Fehlzeiten (17) bis hin zur Unmöglichkeit, die Ausbildung fortzusetzen (8, 15). Sinnesbehinderte Frauen berichten von Schwierigkeiten, beim Lernstoff mitzukommen. „*Wenn ich die Sehbehinderung nicht gehabt hätte, hätte ich bestimmt auch einen anderen Schulabschluß machen können.*“ (8) Allerdings finden sich auch Interviews, in denen - auch unter den älteren Befragten - eine besondere Förderung bei der Ausbildung berichtet wurde, weil Bildung ein besonderes Anliegen der Eltern war, die selbst qualifizierte Ausbildungen und Berufe hatten. Einer Befragten wurde die Berufsausbildung aufgrund der Behinderung verweigert und sie wurde nur als ungelernete Hilfskraft eingestellt.

Sowohl die Einschränkungen durch die Behinderung als auch ein Eingreifen der Eltern führten dazu, daß die Frauen, die in ihrer Jugend bereits behindert waren, in den meisten Fällen ihren Traumberuf nicht realisieren konnten (aber auch viele der in der Jugend nicht Behinderten konnten ihre Träume nicht realisieren: 25, 2). Für Frauen, die in der DDR aufwuchsen, spielte weniger als bei den in der alten Bundesrepublik aufgewachsenen Frauen die Bevormundung durch die Eltern eine Rolle als vielmehr staatliche Eingriffe bei der Berufswahl. Insbesondere gab es in der DDR bestimmte „Behindertenberufe“, d.h. Berufe, in denen speziell Körperbehinderte ausgebildet wurden, wie z.B. Zahntechnikerin (57).

Der Traumberuf von vielen Befragten lag im sozialen, medizinischen und pädagogischen Bereich (hier lassen sich zudem unterschiedliche Präferenzen der in der DDR und der im Westen aufgewachsenen Frauen ablesen; Frauen im Osten nannten eher auch „Männerberufe“ wie Schlosser etc.). Entgegen dem ursprünglichen Berufswunsch haben die Frauen mit Behinderung in ihrer Erstausbildung einen Beruf im kaufmännischen oder verwalterischen Bereich gewählt (bzw. wählen müssen). Die Bedenken der Eltern, die die Befragten berichten, bezogen sich auf die aktuelle oder zukünftige Konstitution („*zu schwächlich*“: 32); für die Befragten selbst waren überwiegend Funktionseinschränkungen und gesundheitliche Krisen ein zentrales Argument. „*Da wollte ich gerne immer Logopädin werden. Ich hab dann dieses Praktikum gar nicht gemacht, weil ich da mal wieder ins Krankenhaus mußte... Ich wäre auch gern Hebamme geworden, wußte aber bei mir mit der Mißbildung an der Hand, daß es ein zu verantwortungsvoller Beruf wäre.*“ (23) „*Ausbildung habe ich halt eben keine, weil ... die Therapie dazwischen kam ... und dann ging's halt eben gesundheitlich überhaupt nicht.*“ (15) „*Ich muß also was haben, wo ich auch viel sitzen kann, wo ich mal aufstehen kann. Gut, der Traumberuf, sag ich mal, war Büro nie, aber was ... ich muß ja auch sehen, was ist drin und draus das Beste machen.*“ (23) „*... weil ich Schauspieler und alles sowas nicht werden konnte aufgrund meiner Behinderung.*“ (33) „*Und mußte das dann abbrechen, weil man der Meinung war, daß ich als behinderte Frau mit Beinamputation keine Kinder betreuen könnte.*“ (57) „*Ich konnte aus gesundheitlichen Gründen nicht Kinderkrankenschwester werden.*“ (32) „*Ich habe mich in meiner Berufswahl behindert gefühlt. Ich hätte gerne Medizin studiert, und das wäre unmöglich gewesen.*“ (22) „*Wenn ich normal sähe, (hätte ich) auch größere Chancen, einen Beruf zu machen, den ich lieber machen würde als Hauswirtschaftsgehilfin.*“ (21) „*Dann (Erg.: auf die Frage, was ohne Behinderung gewesen wäre) hätte ich zumindestens den Beruf ausgeübt,*

den ich machen wollte, Fotojournalistin oder Innenarchitektin. Das wäre dann gar kein Problem gewesen ... Hauptsache der Beruf, der wirklich Spaß bringt." (39) „Dann habe ich Hotelfachfrau angefangen, aber das ging nicht gut wegen dem Gehör.“ (52) Vereinzelt wurden vom Arbeitsamt Ausbildungen in frauentypischen Bereichen angeboten, z.B. im Bereich der Hauswirtschaft, wo berufliche Perspektiven gering sind (15).

Insgesamt wird gerade von den Frauen mit Behinderung der **Ausbildung und dem Beruf ein hoher Stellenwert** beigemessen. Je nach Schichtzugehörigkeit ist das Ausüben eines Berufes für die Frauen von identitätsbildender Bedeutung (z.B. dem Arbeitsethos entsprechend) oder als Lohnarbeit zur materiellen Absicherung des Lebens wichtig. Für eine andere Gruppe von Frauen stehen dagegen Wünsche nach Unabhängigkeit und Selbständigkeit, Beruf und Karriere im Mittelpunkt. *"Ich wollte nicht heiraten, ich wollte keine Kinder, ich wollte eine Karriere. ... Mir war Beruf alles ... keinen Partner, ... ein weiblicher Single."* (14) *"Ich hatte den Wunsch, daß ich unabhängig sein wollte. Darum habe ich auch nicht geheiratet. Ich habe keine Lust, meinen Mann zu fragen, ob ich jetzt das mache oder jenes, ich bin gewohnt von klein an, allein zu entscheiden und selbständig zu entscheiden, ohne jemanden zu fragen."* (33) Bei vielen Frauen, die entweder keine Berufsausbildung haben oder aus diversen Gründen ihre Berufstätigkeit beenden mußten (behinderungs- oder krankheitsbedingt, Arbeitslosigkeit nach der Wende etc.) ist in den Interviews immer ein großes Bedauern spürbar. *"Ich hätte gerne mehr aus mir gemacht, aber ich war unterdrückt."* (26) *"Wenn ich nicht behindert wäre, würde ich ganz sicher noch arbeiten. Ich war in meiner Arbeit sehr glücklich, hab das gerne getan."* (13)

Unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung nimmt das Thema Beruf/Arbeitslosigkeit/Ausbildung in den Ost-Interviews mehr Raum ein als in den West-Interviews und es wird anders über dieses Thema gesprochen: Einen Beruf zu haben, ist selbstverständlich und der Umgang mit der Erwerbsarbeit ist von Pragmatismus gekennzeichnet. Die Ausbildung wird vor allem als Möglichkeit gesehen, für sich selbst zu lernen. Selbstbewußtsein und Eigenverantwortlichkeit sind weitere bedeutsame Aspekte von beruflicher Tätigkeit. *"Ich hab von Anfang an begriffen, was du lernst, lernst du nicht für Vater oder Mutter, du lernst für dich selber. Das, was du lernst, kannst du irgendwo anwenden. Das ist heute noch so."* (28) *"Das war eine Auseinandersetzung mit einem selbst ... Ich hab gelernt, selbständig zu arbeiten. Eigenverantwortlich zu arbeiten ... Ich bin sehr rebellisch geworden."* (30) *"Hat für mich 'nen sehr, sehr hohen Stellenwert. Ich glaube sogar einen höheren, als es für viele Nichtbehinderte hat. Weil man einfach, ja, über die Spur besser sein muß, um das Gleiche zu bekommen, wie der Nichtbehinderte, und weil einfach nur gute Qualifikationen heute noch die Chance auf einen Arbeitsplatz, denke ich, eröffnen."* (10)

Für Frauen mit Behinderung ist häufig sowohl der **Einstieg, als auch der Wiedereinstieg in das Berufsleben** schwierig. Einige Befragte wurden nach der Schulzeit nicht übernommen, weil befürchtet wurde, sie könnten nicht genug leisten und wären zu oft krank (z.B. 17). *„Ich ging gern zur Arbeit, wenn es ginge... Überall, wo die von Arbeitsamt für mich angerufen haben und gesagt haben, wir haben wieder eine Behinderte, die gerne die Arbeit nehmen würde, dann haben*

die gefragt, wieviel Prozent hat die denn? Wenn die gesagt haben hundert, ach, danke, schon erledigt.“ (2)

Der weitere **berufliche Werdegang** der Befragten ist wieder durch beide Aspekte, durch frauentypische Muster ebenso wie durch behinderungsspezifische Einflüsse, gekennzeichnet. Die „Gebrochenheit“ der Berufsbiographien und der häufige Wechsel von Arbeitsbereichen sind - vor allem in den Lebensläufen der Frauen aus den alten Bundesländern - einerseits auf Berufsunterbrechungen aufgrund von Erziehungszeiten („Familienpause“) oder Pflege von Familienangehörigen oder auf Umzüge im Zusammenhang mit einem Stellenwechsel des Mannes zurückzuführen. Dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung. Für Frauen mit Behinderung kommen zusätzliche Mobilitätswänge hinzu: Veränderungen bezogen auf die Anstellungsart, wie z.B. der Wechsel von einer versicherungspflichtigen in eine nicht versicherungspflichtige Arbeit, oder eine Reduzierung der Arbeitsstunden hängen oft direkt mit der Behinderung zusammen bzw. mit den körperlichen Belastungen, die der Beruf mit sich bringt. Kann die Stundenzahl an der bisherigen Arbeitsstelle nicht reduziert werden, sind die Frauen zu einem Stellenwechsel gezwungen. Krankschreibungen unterbrechen die Arbeitsbiographie häufig über einen längeren Zeitraum oder sich verschlechternde Sinneseinschränkungen fordern einen Tribut. Die Familienpause bekommt als Alternative zur Dreifachbelastung als Berufstätige, Mutter und Frau mit Behinderung eine besondere Bedeutung. Umschulungen können notwendig werden. Einige Frauen mußten sich erst lange Zeit erfolglos bewerben, um schließlich vom Arbeitamt als schwerbehindert eingestuft zu werden und damit das Anrecht auf einen Behindertenarbeitsplatz zu haben. *„Da war ich halt lang arbeitslos und auf dem Arbeitamt, die konnten da auch nicht groß weiterhelfen zuerst... Und dann haben die gemerkt, daß ich mich halt schon drum bemühe... und da wurde das dann auch eingereicht, daß ich als Behinderte eingestuft wurde... Und dann hat sie mir auch einen Behindertenplatz verschafft.“* (8)

Längere Krankschreibungen münden häufig in **Arbeitslosigkeit** bzw. in **Erwerbsunfähigkeit oder Frühberentung**. Einige Frauen fanden nach der Familienpause aufgrund der Behinderung keinen Arbeitsplatz. Arbeitslosigkeit ist ein zentrales Thema in der Berufsbiographie der behinderten Frauen. Das größte Problem stellt die unzureichende finanzielle Absicherung der betroffenen Frauen dar. Während der Zeit der Arbeitslosigkeit waren die meisten Frauen finanziell von ihrem Ehemann oder von nahen Angehörigen abhängig. Vereinzelt geben Frauen an, von Sozialhilfe, von Arbeitslosenhilfe, Krankengeld oder der finanziellen Unterstützung der Eltern gelebt zu haben. Arbeitslosigkeit wird besonders in den neuen Bundesländern im Zusammenhang mit den Massenentlassungen nach der Wende thematisiert. Aus den Äußerungen wird deutlich, daß viele mit Arbeitslosigkeit gerechnet haben und es als besonderes Glück empfinden, nicht davon betroffen (gewesen) zu sein. Es ist zu vermuten, daß das Thema von Frauen aus dem Westen deshalb weniger angesprochen wird, weil in den alten Bundesländern Arbeitslosigkeit nach wie vor als selbstverschuldeter Zustand angesehen oder eine Hausfrauentätigkeit angestrebt wird.

Insgesamt sind die meisten Frauen zur Zeit nicht erwerbstätig, viele von ihnen sind Rentnerinnen. Die **finanzielle Situation** der Interviewten ist als schlecht

einzustufen. Vor allem bei den Rentnerinnen und den Empfängerinnen von Krankengeld wird dies deutlich. Obwohl die Frauen oft angeben, zufrieden mit ihren finanziellen Mitteln zu sein, können die meisten nicht von ihrer Rente oder dem Krankengeld allein leben. Einige sind auf das Einkommen oder die Rente des Ehemannes angewiesen oder arbeiten noch stundenweise dazu, um ihre kleine Rente aufzustocken. Auch bei erwerbstätigen Frauen reicht der eigene Verdienst oft nicht zum guten Leben, denn auch hier verweisen Frauen auf das Einkommen ihres Ehemannes. *"Ich arbeite ... voll berufstätig bin ich und mein Mann auch, und das reicht gerade man so, ... daß wir uns um unser Haus finanziell kümmern können."* (57) *"Ja, so lange ich mit meinem Mann zusammen bin und er gesund ist und die Arbeit behält, geht es uns sehr gut."* (46) Die Äußerungen deuten insgesamt darauf hin, daß die Zufriedenheit aus großer Bescheidenheit und Anspruchslosigkeit resultiert. Hinzu kommt, daß Frauen aus den neuen Ländern oft ihre Möglichkeiten vor und nach der Wende miteinander vergleichen und feststellen, daß es ihnen heute besser geht. *"Und finanziell, also habe ich keine Schwierigkeiten, so, ich habe keine große Rente, das ist ja nun klar, aber auf der anderen Seite, mein Mann ist im Landwirtschaftsministerium ... deshalb gibts da keine Probleme, es sind keine Millionen, aber, wie gesagt, wir sind bescheiden..."* (53) *"Ich bekomme Erwerbsunfähigkeitsrente, bekomme ne Witwenrente, und kann vielleicht das mir nicht alles leisten oder tun, was ich gerne mal möchte, aber so hochschraubende Wünsche habe ich nicht, und eigentlich bin ich auch so erzogen, sparsam zu sein, mit Wenigem auszukommen."* (60)

Für die meisten Frauen ist die finanzielle Unabhängigkeit wichtig. Darunter wird verstanden: nicht von Sozialhilfe bzw. von den Eltern abhängig zu sein, aber auch keine Erwerbsunfähigkeitsrente zu beantragen, solange noch körperlich die Möglichkeit gegeben ist, berufstätig zu sein. Auf Rehabilitationsmaßnahmen als berufliche Unterstützung geht nur eine Befragte ein. Dies könnte daran liegen, daß die Frauen lange mit eigenen Möglichkeiten versuchen, ihre berufliche Situation zu verbessern. Auch wenn sie staatliche Unterstützung suchen, scheinen sie nicht ausreichend informiert zu sein, als daß sich hier weitere Perspektiven ergeben. Die Unsicherheit über den möglichen Wegfall der Erwerbsunfähigkeitsrente oder die Antizipation der Schwierigkeit, eine ihrer körperlichen Belastbarkeit angemessene stundenweise Beschäftigungsmöglichkeit zu erhalten, ist ebenfalls entscheidend dafür, daß die Frauen nicht wieder ins Erwerbsleben einsteigen.

6.6.3 Partnerschaft, Familie und Mutterschaft

Partnerschaft

Die Bedeutung von Partnerschaft wurde bereits in verschiedenen Zusammenhängen angesprochen. Auch hier mischen sich frauen- und behinderungsspezifische Aspekte. Partnerschaft wird von den meisten gewünscht und mit Normalität, einem "normalen, glücklichen Leben", assoziiert. *"Ich wollte halt einfach normalerweise ein ganz normales glückliches Leben. Einen netten Mann, einen guten Mann, ... und daß meine Kinder eben in eigenen vier Wänden auch groß werden."* (38) *"Ich wollte eigentlich immer mal heiraten ... ich sag mal, normal,*

was die meisten vielleicht wollen." (17) "Und wir haben dann, als ich einundzwanzig Jahre alt war, geheiratet, so daß mein Leben sich also sehr früh sehr normal entwickelt hat, für mich normal und wohltuend." (22) Die Sehnsucht nach Partnerschaft und Familie kann als Orientierungspunkt in den meisten weiblichen Lebensmustern gefunden werden.

Viele Frauen mit Behinderung glauben jedoch, keinen Partner und schon gar keinen „Traumpartner“ finden zu können. Auch wenn eine Partnerschaft erwünscht ist, sind dennoch die **Barrieren auf dem Weg zu einer Partnerschaft** hoch. Einige, aber nicht alle der seit Kindheit behinderten Frauen beschreiben für ihre Jugend Zweifel, ob sie einen Partner bekommen, ob sie nicht eine Zumutung für einen Partner wären (ausführliche Zitate: vgl. Kap. 6.6.1) oder führen ihre Partnerlosigkeit auf ihre Behinderung zurück: "Wieso ich...ich könnte jetzt genauso gut einen Freund haben, aber nur wegen dieser Brille klappt das nicht ... mich mag keiner, mich finden alle häßlich". (21) Mit dem Glauben an eingeschränkte Wahlmöglichkeiten geben sie sich bescheidener bezüglich der Ansprüche an einen Partner. „Wie ich meinen Ex-Mann kennengelernt habe, das war mehr oder weniger schon Torschlußpanik gewesen. Jetzt haste einen, den mußte festhalten, wie auch immer. Und so nach und nach bin ich wachgeworden, das war ein Alkoholiker.“ (28) „Ich konnte gar nicht verstehen, daß ein sehr gut aussehender junger Mann, der etliche Jahre älter war als ich, sich offensichtlich in mich verliebt hatte.“ (16) „Ich muß jetzt froh sein, wenn mich jemand lieb hat.“ (48) Männer, so wird beschrieben, hätten Schwierigkeiten mit behinderten Frauen. "Also ich denke, normale Männer haben es unheimlich schwer mit ihrem Selbstwertgefühl, wenn sie sich also mit einer behinderten Frau einlassen sollen, ... das ist stärker, denke ich mir, als das für Frauen zutrifft. Männer ... sind stärker angewiesen auf diese Wertschätzung der Gesellschaft: Gucke mal, was ich für eine hübsche Frau habe!" (22) "Es gibt mehr behinderte Frauen, die auf normale Männer zugehen, als normale Männer die auf behinderte Frauen zugehen..." (44).

Es wurden aber auch andere, **selbstbewußte Muster im Umgang mit Partnerschaften** insbesondere von jüngeren Frauen mit Behinderung beschrieben (z.B. 5). Einige Frauen beschreiben sich als zurückhaltend, vorsichtig und wählerisch. Sie „testeten“ ihre Partner, indem sie sie mit der Behinderung konfrontierten.

Allerdings wünschen sich nicht alle Frauen (noch) eine Partnerschaft. Dies gilt v.a. für Frauen, die den Beruf auf Platz Eins setzen oder Frauen nach Trennungen. Sie möchten z.T. ausdrücklich keine neue Beziehungen mehr eingehen, weil sie Verletzungen erlebt oder Angst vor (weiteren) Verlusterfahrungen haben. "Ich laß einfach niemanden an mich ran, weil eben die Angst immer da ist, ich werd verletzt." (12) "Ich hatte dann auch einen Bekannten und der war in Dresden ... wir haben uns auch sehr gut verstanden ... Aber der ist dann auch leider verstorben ganz plötzlich. ... und da ... fehlt einem irgendwie der Mut, ... da ist die Angst dann doch da, du bindest dich jetzt wieder an jemanden gefühlsmäßig ... dann passiert wieder was." (55). Andere bleiben allein, weil Männer allgemein Vorurteile gegenüber einer Partnerschaft mit einer behinderten Frau hätten und eine Partnerschaft mit einem Partner oder einer Partnerin mit Behinderung gesellschaftlich tabu oder stigmatisiert sei. "Und es gibt nur wenige Männer, die

irgendeine Form von Behinderung bei Frauen akzeptieren. Es gibt schon Männer, und ich habe auch mit einigen Männern Beziehungen gehabt nach meiner Scheidung. Aber ... die meisten Männer werden also sofort, wenn das nun sichtbar wird, werden sie den Kontakt abbrechen." (22)

Familie

Einige Frauen waren vor Beginn der Partnerschaft behindert, bei anderen trat die Behinderung während der Partnerschaft auf. Für beide Konstellationen gilt, daß eine Partnerschaft zwischen einem nichtbehinderten Mann und einer behinderten Frau in der Gesellschaft für unwahrscheinlich gehalten wird, was sich z.B. darin äußert, daß der nichtbehinderte Mann von Außenstehenden als Pfleger der behinderten Frau und nicht als ihr Partner angesehen wird. Ebenso kommt es vor, daß nichtbehinderte Ehemänner dafür bewundert werden, daß sie mit einer behinderten Frau verheiratet sind. Eine solche Ehe wird von Nichtbehinderten für etwas Besonderes gehalten. Interessanterweise läßt sich diese Einstellung auch bei einigen Frauen selbst finden. Sie idealisieren ihre Partnerschaft bzw. den Partner und nehmen gleichzeitig dieses Glück als etwas Besonderes wahr. *"... wird ja so und so immer nur gedacht, das ist mein Zivi oder mein Pfleger, der wo mir hilft, aber nie in Zusammenhang gebracht wird, daß das mein Partner ... oder mein Lebensgefährte sein könnte."* (11) *"Er wurde von allen Männern auch bewundert, von den Frauen sowieso. Aber von den Männern auch, daß er das macht" und "Also es war mir schon bewußt, daß ich eine Ausnahmesituation bin in solcher normalen Ehe und Langzeitehe."* (22)

Tritt die Behinderung während einer Partnerschaft ein, so ist die **Frage, ob die Behinderung gemeinsam bewältigt werden kann**. Einige der Ehen oder festen Partnerschaften wurden nach dem Eintritt der Behinderung bzw. Krankheit getrennt. Dies wurde auffallend häufig bei Krebserkrankungen berichtet. In anderen Ehen spielten gerade die Partner (z.B. 25) und die Kinder als Unterstützung und in der Pflege eine besondere Rolle. *"Hm, die Reihenfolge, mein Mann und mein Sohn, oder umgekehrt. Schwer zu sagen. Manchmal denke ich mein Mann, weil ich eben doch nicht so selbständig bin."* (20) *"Schon jetzt mein Kind in erster Linie. ... Schon auch noch der Vater von der M., weil er mir jetzt die Gelegenheit bietet, meine Freiheiten auch zu leben, also daß ich nicht zu Hause angehängt bin."* (11) *"Also ich muß sagen, inzwischen macht das auch schon mal mein Sohn für mich, zum Beispiel gibt es bei uns Detailarbeiten, wenn ... da Akkuratete nötig wäre, ... so was mache ich ungern."* (36) Die geleistete Hilfe bezieht sich insbesondere auf das Heben und Tragen von schweren Gegenständen, bei der Haushaltsführung und beim Einkaufen. Die Inanspruchnahme der Hilfe ist aber meist gebunden an die Angst, zur Last zu fallen.

Der Rückhalt in Partnerschaft und Familie ist für viele Frauen Schwerpunkt der Lebensbewältigung. *"Partnerschaft war für mich gleichbedeutend mit Wärme, mit Vertrauen. ...Überhaupt so das Gefühl, zusammen zu gehören. Geborgenheit, das war für mich Partnerschaft."* (12) *"Ich habe eine sehr gute Ehe .. Und vielleicht habe ich deswegen auch nie irgendwelche .. ganz schlimmen Probleme."* (1) Die Fürsorglichkeit und Zuverlässigkeit des Partners und seine entlastenden Bemühungen sind für die Frauen besonders wichtig im Umgang mit ihrer Erkran-

kung oder Behinderung. *"Er ist ein sehr fürsorglicher Partner, wenn er merkt, das könnte ich gar nicht, dann bremst er und fragt: Warum machst du das, laß es mich tun! Also ich, - was das betrifft, habe ich einen Menschen, der Gold wert ist."* (6) *"Er hat zu mir gesagt, es kann kommen, was da wolle, er steht wirklich in jeder Beziehung zu mir."* (31) Die hohe Bedeutung von Partnerschaft und Familie wurde so interpretiert, daß Frauen z.T. innerhalb der Familie eher um Hilfe und Unterstützung bitten können, als Bekannten oder Fremden gegenüber. *"Wenn man ernst genommen wird und wenn die Familie zu einem hält, kann man alles wieder ins Lot..."* (1) Auf der anderen Seite finden sich Schilderungen von Trennungen aufgrund der Krankheit. Es werden alkoholranke Ehemänner und häusliche Gewalt gegen die Person der Befragten und gegen die Kinder genannt.

Aus zwei weiteren Gründen ist das Thema 'Familie' für Frauen mit Behinderung besonders wichtig: Wenn sie aufgrund ihrer Einschränkungen aus der Ausbildung und aus dem Arbeitsmarkt verdrängt werden, übernehmen sie die unbezahlte Hausarbeit. Sie werden eher **auf den häuslichen Bereich beschränkt**. Einige Befragte schildern nicht nur den positiven Aspekt des Rückhalts in der Familie, sondern beklagen auch die häusliche Isolation. Zudem zeigen die Interviews neben durchgehender selbständiger Existenzsicherung eine frauentypische Entwicklung biographischer Lebensbewältigungsstrategien. „Eigene“ Bereiche (Beruf, ein Umzug an den beruflichen Einsatzort des Ehemannes) werden aufgegeben, um im Gegenzug an dem Erfolg des Mannes und später der Kinder teilzuhaben. Über die Fürsorge, Dankbarkeit und Bindung der Familienmitglieder wird damit Familie nicht nur zum Ort ökonomischer Abhängigkeit, sondern auch zum überschaubaren Machtbereich. *"Ich bin ein Mensch, der den Erfolg lieber an einem anderen sieht und seinen Erfolg, der da mitgemacht hat, gar nicht so in den Vordergrund stellt, aber der Erfolg von meinem Sohn ist mir wichtiger, weil ich dann weiß, da habe ich indirekt mitgewirkt, und das ist ne große Sache."* (53) In diesem Zusammenhang kann eine Krankheit oder Behinderung die Bindung der Familienmitglieder erhöhen. So ist ein krankheitsbedingter Rückzug auf die Familie nicht nur ein Rückzug in Abhängigkeit, sondern kann tendenziell auch ein Machtgewinn sein.

Mutterschaft

Auch Kinder zu bekommen, ist für viele Frauen Teil der 'weiblichen Normalbiographie', bei der Kinder zu einer Ehe gehören (26: *"Ich habe ja mein Soll erfüllt, indem daß ich dreimal Mutter geworden bin"*), geplant oder ungeplant. Die **Mutterrolle** bietet für viele einen wichtigen **Ankerpunkt ihres Selbstwertgefühls**, weil Schwangerschaft und Mutterschaft trotz Behinderung als Zeichen von Normalität gesellschaftliche Anerkennung bedeuten können. *"Du hast dir bewiesen, daß du ein vollwertiger Mensch bist. Du bist zweimal schwanger gewesen, hast zwei gesunde Kinder zur Welt gebracht. Das genügt doch."* (16) *"Das war sehr schön, daß ich, obwohl ich die Behinderung habe, meine beiden Schwangerschaften mit Bravour gemeistert habe."* (6)

Einige Frauen, die (noch) keine Kinder haben, äußern **Zweifel** an der eigenen Fähigkeit, eine gute Mutter zu sein. Dies wird damit begründet, daß sie nicht wissen, ob sie mit Kindern umgehen könnten und ob die Voraussetzungen zum

Aufziehen eines Kindes im Alltag gegeben wären. Sie bräuchten viel Unterstützung und Vorwissen, um sich sicher zu fühlen und sich eine Mutterschaft zuzutrauen. *"Ich würde es mir irgendwo schon wünschen, aber ich halte mich für keine sehr gute Mutter. Ich weiß nicht, ob ich die Geduld und die Wärme zum einem aufbringe, ... und zum anderen habe ich einfach Horror vorm Alltag."* (10) *"Ich glaub vor allem, ich brauche in den Dingen des Alltags Unterstützung, also ich muß mir vorher über die Wartung und Pflege Gedanken machen, wohl auch die entsprechenden Kurse belegen, sonst ... also einfach auch, um mich sicherer zu fühlen."* (10)

Von großer Bedeutung im Zusammenhang mit dem Thema Kinderwunsch ist die Frage, ob die Schwangerschaft bzw. Geburt ein **gesundheitliches Risiko** für die Mutter darstellen würde. Dieses Risiko könnte z.B. darin bestehen, daß sich die Behinderung deutlicher bemerkbar macht und die körperlichen Einschränkungen zunehmen. Ein weiterer Aspekt ist die Angst, die Behinderung könnte vererbbar sein. In der Folge verzichteten einige Frauen auf (weitere) eigene Kinder. *"Ich hätte gerne noch ein zweites Kind und das ist halt sehr, sehr fraglich, ob ich mir das gesundheitlich leisten kann."* (37) *"Ich durfte damals keine haben und später wollte ich keine mehr."* (18) *"Die ganze Krankheit, ich weiß nicht, was da auf mich zukommen wird, und wenn ich neun Monate wirklich nur in der Klinik läge, hätte ich keinen Nerv dazu. Dann wüßte ich nicht, ob ich dem Kind was vererben würde, ob das Kind gesund ist, und dann laß ich es lieber."* (17) In anderen Fällen war der Wunsch, ein Kind zu haben, stärker als die Angst vor einer möglichen gesundheitlichen Gefährdung durch Schwangerschaft und Geburt. *"Weil ich hab ja das Risiko ... das hab ich ja getragen. Ich wollte ein Kind, und daß mir dann so einer vor den Kopf stößt, das war für mich schlimm, also ... Aber ich hab ja dann einen guten Arzt gefunden. Das war auch optimal alles, muß ich sagen. Ich hatte bei dem zweiten Kind sehr viel mehr Komplikationen gehabt. Aber ich hab gedacht, das erste hat geklappt, warum soll das zweite nicht klappen."* (42)

Die **Schwangerschaft selbst** wird von einigen Frauen als **schöne Erfahrung** beschrieben, auch dann, wenn sie eine körperliche Strapaze war (6, 46). Bei anderen hat sich der gesundheitliche Zustand während der ersten, häufig aber erst während der zweiten oder dritten Schwangerschaft bzw. nach der Geburt verschlechtert (37). Mütter, die schon ein oder zwei Kinder haben, überlegten eher, ob sie ein weiteres Risiko und evtl. stärkere körperliche Einschränkungen in Kauf nehmen wollten. Vereinzelt ist die Behinderung erst nach einer ihrer Schwangerschaften oder Geburten eingetreten. Mehrere Frauen verloren ihre ungeborenen Kinder. Körperliche Schwierigkeiten bei der Geburt betreffen vor allem die ausbleibenden Wehen und das Herauspressen des Kindes aus eigener Kraft. Hier wurde vereinzelt medizinische Unterstützung benötigt, z.B. wurde das Kind mit Kaiserschnitt zur Welt gebracht.

Ein zentrales Problem beim Aufziehen eines Kindes besteht bei den befragten Müttern nicht so sehr in ihren körperlichen Einschränkungen, sondern in der - für Frauen aus den neuen Bundesländern erst seit der Wende bestehenden - besonders **erschweren Vereinbarung von Familie und Berufstätigkeit**, vor allem für alleinerziehende Mütter mit Behinderung.

Mehrere Frauen erzählen von diskriminierenden Äußerungen in bezug auf ihre Mutterschaft, sowohl von Krankenschwestern, als auch von Arbeitgebern oder Menschen auf der Straße. Sie erleben, daß ihnen das **Recht auf Mutterschaft** bzw. die Fähigkeit, ein Kind aufzuziehen, **abgesprochen** wird, oder aber, daß ihnen keinerlei Vergünstigungen zugestanden werden. *"Als ich dann mit dem Kind aus dem Krankenhaus kam und nach einem Krippenplatz fragte ... da hatte diese Sozialfürsorgestelle für mein Kind schon ein Wochenheim ausgesucht, ... mit dem Kommentar: Sie kommen doch mit dem Kind sowieso nicht zurecht."* (22) *"Es ist mir ein paar Mal passiert, daß jemand gefragt hat: Ist das Ihr Kind? Und dann: Und so was kriegt auch noch Kinder! ... Und die anderen wiederum auf der herzlichen Welle: Mei, gell da hams schon ne große Hilfe. Also, da sag i immer: Ja schon, aber i hab mir deshalb net a Kind angeschafft, weil Kinderarbeit ist heutzutage verboten."* (11)

Manche Frauen äußern Bedenken, sie seien körperlich nicht fit genug, um die Wünsche ihrer Kinder nach Unternehmungen und aktiver Freizeitgestaltung in dem Maße erfüllen zu können, in dem nichtbehinderte Mütter dazu in der Lage sind. Hier zeigt sich eine **Angst vor den Erwartungen ihrer Kinder**. Die Behinderung der Mutter könne aber für die Kinder auch positive Effekte haben, z.B. lernen sie schneller laufen, weil die Mutter sie nicht tragen kann. *"Weil natürlich mit dem Kind viele Dinge nicht möglich sind, die ne normal funktionierende Mutter leisten kann, und der Kleine dadurch natürlich auch Sachen entwickelt, die sich vielleicht sonst nicht einstellen würden. Zum Beispiel Bindungen an andere Menschen, sehr intensive Bindungen, weil ich eben rein physisch nicht für ihn da sein kann."* (37) *"Es ist für meine Kinder natürlich nicht so berauschend, eine behinderte Mutter zu haben, weil ich eben auch mit ihnen nicht so viel machen kann, wie andere Mütter machen können oder nicht immer körperlich fit bin."* (43) *"Andere Kinder werden sie vielleicht ... hänseln, weil sie jetzt a Mama hat, die wo im Rollstuhl sitzt, ... es wird die Zeit kommen, ... wo sie vielleicht sagt, ... dauernd muß ich dich schieben oder ... daß sie sich benachteiligt fühlt durch mich, weil ich jetzt nicht mir ihr stundenlang Radl fahrn kann oder mit ihr auf die Berge oder Skifahrn ..."* (11)

Eine weitere Erschwernis besteht in der **fehlenden Unterstützung** der Frauen **bei der Kindererziehung** durch ihre Partner, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in bezug auf die tägliche Versorgung der Kinder. Besonders gewalttätige Ehemänner sind ein Problem. Dieses Problem haben auch Mütter ohne Behinderung; Mütter mit Behinderung sind aber in besonderem Maß auf die Unterstützung durch den Partner angewiesen. *"Weil ich auch auf meinen ersten Mann mich nicht verlassen konnte. Der war nie da. Und dann mit dem kleinen Kind, das war sehr, sehr schlimm."* (42; vgl. 3) *"Weil ja meine Kinder wahnsinns drunter gelitten haben, mein Sohn ist dann Bettnässer geworden, mein Tochter hat zu stottern angefangen, und der hat gesagt, entweder raus aus der Partnerschaft oder die Kinder werden psychisch ihr Lebtage drunter leiden."* (12)

Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft werden **Ärzte und Ärztinnen** z.T. als engagiert, mutmachend und unterstützend beschrieben. Diese Ärzte und Ärztinnen äußerten keine Bedenken in bezug auf Schwangerschaft und Behinderung und legten die Frauen nicht vor vornherein auf eine Problem-

schwangerschaft fest. *"Als ich eine Zeitlang verheiratet war, da hat der Frauenarzt gefragt, na, wie sieht es denn aus mit dem Kinderwunsch. Wir wollten eins, es klappte also erst nicht so mit diesem Kind, ... und er sagte dann immer: Und Sie kriege ich schon noch schwanger!"* (43) *"Und dann habe ich den gefragt: Sagen Sie mal, was für ein Risiko gehe ich ein, wenn ich jetzt noch mal schwanger werde? Und da war der... ganz ehrlich. Der hat gesagt: ... Es kann sein, daß Ihr Rheuma wieder voll ausbricht, und daß es Ihnen total dreckig geht. Und es kann sein, daß Sie das Rheuma los sind."* (46) Andere Frauen machten die Erfahrung, daß Ärzte und Ärztinnen bei ihnen aufgrund ihrer Behinderung von vornherein von einer Problemschwangerschaft ausgingen. Z.T. reagierten sie abschlägig auf ihren Kinderwunsch. *"Ich wurde eingestuft unter ... Problemschwangerschaft, ... aber nur, weil ich behindert war. Und da wurden mehr Kontrollen durchgeführt als üblich. ... Aber das war in meinen Augen keine Diskriminierung, sondern ein Entgegenkommen."* (57) *"Ich habe auch schon mal mit Ärzten gesprochen, die sagen, sie würden es nicht grundwegs ablehnen, aber das Risiko wär halt da, und bevor ich den Wunsch jemals hätte, müßten einige Untersuchungen erst gemacht werden, bevor dann überhaupt eventuell Ja gesagt würde."* (17)

Mehrere Frauen erlebten, daß ihnen Ärzte oder Ärztinnen aufgrund ihrer Behinderung davon abrieten, ihr Kind auszutragen und ihnen eine Abtreibung nahe legten. Frauen, die negative ärztliche Reaktionen erfuhren, gingen zum Teil sehr selbstbewußt damit um, wechselten den Arzt und entschieden sich selbstbestimmt für eine Schwangerschaft bzw. das Austragen ihres Kindes. *"Der hat mir direkt nahe gelegt,... ich soll mir das Kind abtreiben lassen, weil das ein Risiko für mich und für das Kind ist. Und da hab ich gesagt, damit bin ich nicht einverstanden und bin zu einem anderen Arzt, und der hat mich sehr, muß ich sagen, sehr lang und liebevoll betreut."* (42) Andere arrangierten sich mit der Diagnose bzw. dem Gebot der Ärzte, aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes keine (weiteren) Kinder zu kriegen, auch wenn dies mit Leid und Trauer verbunden war. *"Damals hatte ich ja auch nen Freund, und wir hätten auch sicher geheiratet und Kinder und so, ... daß ich keine Kinder haben durfte, ... das war für mich erstmal in erster Linie ganz, ganz schlimm."* (55)

Frauen, die selbst eine **Abtreibung** in Betracht zogen, taten dies aufgrund möglicher lebensgefährlicher Beeinträchtigungen durch die Schwangerschaft, weil sie Angst hatten, daß die Behinderung vererbbar sein könnte, oder aufgrund von finanziellen Existenznöten. *"Ja, ich hatte noch eine Schwangerschaft... Und da hatte ich sehr stark mit den Nieren Malheur, Schmerzen ... das Kind konnte ich nicht bekommen. Schwangerschaftsunterbrechung, ... das war das einzige."* (7) *"Ich war schwanger,... ich bin dann zum Arzt gegangen, und der hat mir dann auch zu einer Abtreibung geraten. ... da kam schon raus, das Kind ist jetzt schon körperlich und geistig geschädigt ...Und da hat er zu mir gesagt, ... ich müßte mir überlegen, ob ich das will."* (44) *"Erstmal war mein Exmann verheiratet, zweitens das Geld und die Gehörlosigkeit, da hatte ich sehr Angst vor gehabt, nachdem die Kinder alles jetzt auch haben. ... Schweren Herzens habe ich mich zur Abtreibung entschieden."* (52)

Für Frauen mit Behinderung ist es keine Ausnahme, daß Ärzte oder Ärztinnen ihnen eine **Sterilisation als Verhütungsmethode** empfehlen. Als Gründe für

eine Sterilisation werden die Verhinderung einer Risikoschwangerschaft aufgrund der Behinderung, Unterleibsbeschwerden oder Probleme mit der Pille angegeben. *"Mein Mann war in der Nähe von Tschernobyl gewesen, und nach der Risikoschwangerschaft von meiner Tochter hat man gesagt, hab ich mich sterilisieren lassen."* (28) *"Ich vertrug die Pille nicht, es bestand Thrombosegefahr... dann sagte mir mein Frauenarzt, er riete dringend zu einer Sterilisation ... Er sagte, die Schwangerschaft würden Sie wohl überstehen, das wäre kein Problem für Sie, aber Sie wissen inzwischen, was es bedeutet, ein Kind großzuziehen."* (16) *"Ich durfte die Pille nicht nehmen,... und ich konnte ja auch kein ... Verhüterle nehmen, ich habe Unterleibsentzündungen gekriegt. Und da wir keine Kinder mehr haben wollten ... Und denn habe ich 1971 meine erste Unterleibsoperation gehabt, und da habe ich mich gleich sterilisieren lassen."* (32) Eine Gebärmutterentfernung bzw. Totaloperation wurde aufgrund von Myomen in der Gebärmutter, aufgrund von gesundheitlichen Problemen in Folge mehrerer Geburten und bezogen auf die Behinderung durchgeführt.

In diesem Zusammenhang wird bei einigen Frauen Erleichterung deutlich, daß das Verhütungsproblem nun gelöst sei. *"Ich hatte dann ein Myom an der Gebärmutter und hatte dann die Unterleibsoperation schon sehr früh mit 35, ich konnte ja ab dann keine Kinder mehr kriegen. Keine Totaloperation, die Eierstöcke habe ich noch, aber die Gebärmutter ist raus ..."* (1) *"Ich hab zwei Operationen, einmal Gebärmutterentfernung mit linkem Eierstock, einmal eine zweite mit rechtem Eierstockentfernung."* (2) *"Da kam meine Patin ... mit meinem Mann und dann haben sie gesagt, hör zu, wenn du heimkommst ... dann läßt du dir die Gebärmutter rausholen. ... ich war eigentlich schon ganz froh, ... daß ich da überhaupt keine Verhütung mehr machen mußte und so."* (38) Die befragten Frauen haben bereits Kinder, wenn sie sich sterilisieren lassen. Bei einigen ist die Behinderung erst eingetreten, als sie die Phase der Familiengründung und -erweiterung schon beendet hatten. Die anderen berichteten eher von einer Skepsis seitens der Ärzte und Ärztinnen, die Frauen könnten keine Kinder haben, ohne daß dies – anders als bei Frauen mit geistiger Behinderung – von vorneherein mit einem Rat zu einer Sterilisation in jungen Jahren und ohne daß bereits Kinder da sind, verbunden ist. Möglicherweise setzen die Ärzte darauf, daß die Frauen sicher verhüten würden. Im Fall einer Schwangerschaft wurde einigen Befragten allerdings zu einem Abbruch geraten (s.o.).

6.6.4 Soziales Umfeld

Freundschaften und das soziale Umfeld allgemein sind wichtig als emotionale oder instrumentelle Unterstützung. Sie sind bei gemeinsamen Unternehmungen häufig ein Garant für Mobilität und eröffnen einen Zugang zu neuen Erfahrungen. *„Meine Freunde, ganz wichtig, ohne die könnte ich auch nicht existieren... Ich brauch' jemanden, der auch für mein Seelenheil da ist."* (11) Einige Frauen äußern Bedauern, daß sie keine intensiveren Kontakte zu anderen Menschen haben (vgl. Kap. 6.1.2). Andere betonen, keine sozialen Kontakte zu vermissen oder sich in bezug auf Kontaktmöglichkeiten nicht eingeschränkt zu fühlen. Auffällig ist auch, daß Kontakte oder Freundschaften zu anderen Menschen mit Be-

hinderung sehr selten sind. Genauso selten sind Frauen, die sich als gesellig einschätzen und von einem großen Freundeskreis erzählen.

Beim Eintritt einer Behinderung oder Krankheit verändert sich der Freundes- und Bekanntenkreis. Bei einigen Befragten wurden die Freundschaften intensiver. Wenige, aber enge Freundschaften werden von den Frauen sehr genau ausgesucht. Es sind Freundschaften mit Menschen, die sie z.T. schon lange kennen, auf die sie sich verlassen können und denen sie auch von persönlichen Dingen erzählen können. *"Alle Freunde und Bekannte, die wir haben, die haben wir seit längerer Zeit, die sind also auch sehr ausgesucht. ... Das geht also schon mehr ins Innere."* (43) Andere Frauen haben durch den Eintritt der Krankheit bzw. Behinderung Freunde und Freundinnen verloren. Ein wichtiger Aspekt betrifft dabei die Vereinbarung der körperlichen Einschränkung mit Freizeitaktivitäten, die gewöhnlich im Freundeskreis unternommen werden: Hier wird deutlich, daß sich einige Frauen bewußt nicht auf freundschaftliche Kontakte einlassen aus der Befürchtung heraus, Ansprüchen und Erwartungen nicht genügen zu können. Sie erleben dies als persönliche Belastung. *"Wir haben in der Nachbarschaft Freundschaften aufgebaut, die also nichts fordern, die also lose Freundschaften nur insofern sind, daß man sich eben mal zum Klönschnack trifft ... die also nicht in Vereinen münden, so daß Belastungen für mich auftreten könnten, zum Beispiel Tanzvergnügen und so."* (19) Insbesondere ist es schwierig, neue Kontakte und Freundschaften herzustellen - die Angst vor Ablehnung ist zu groß. *"Ich bin auch nicht immer jemand, der unbedingt neue Kontakte knüpfen will oder so ... Leute, die mich halt auch kennen, die wissen auch, daß sie sich auf mich hundertprozentig verlassen können und ... was soll ich da jetzt hingehen, wenn die alle merken, was ich habe, wollen sie sowieso nichts mehr, meistens hab ich das dann auch gelassen."* (17)

Als wichtigste Menschen werden hauptsächlich nahe Familienangehörige genannt, das sind vor allem der Ehemann bzw. Partner, die Kinder und die eigene Herkunftsfamilie (vgl. Kap. 6.6.3). Wichtige, nicht der Familie angehörende Menschen sind Freunde und Freundinnen, vor allem die beste Freundin, aber auch der Hausarzt oder die Hausärztin, der Psychologe oder die Psychologin, die Gemeinde, die eigene Betreuerin etc. Diese Menschen leisten neben einer instrumentellen vor allem auch eine emotionale Unterstützung. *"Ein sehr wichtiger Mensch ist für mich eine ehemalige Lehrerin von mir, weil die mir... gezeigt hat, wie wichtig es ist, was Gefühle und Empfindungen anbelangt, nicht in sich hineinzufressen und mit sich selber auszumachen, sondern die auch mal mitzuteilen, auch auf die Gefahr hin, enttäuscht zu werden."* (10) *"Eigentlich eine Freundin, ... eine blinde junge Frau, die mir viel an Liebe und an Neigung zur Literatur und zur Musik vermittelt hat und eine sehende Freundin, die ich doppelt schätze, weil sie mir neben ihren intellektuellen Fähigkeiten im Moment hilft, ein bißchen was vom Universitäts- und Akademiealltag mitzukriegen, die mich also auch so zu Seminaren und Vorlesungen mitnimmt ..., mit der ich also auch schon Menschen kennenlerne."* (10)

6.6.5 Sexualität

Die Frage zur Sexualität wurde als Redeangebot formuliert: "Möchten Sie über Sexualität sprechen?" Dementsprechend entschieden sich etliche Frauen dafür, nicht über ihre Erfahrungen mit Sexualität zu sprechen (vgl. 59, 60). Die Antworten unterschieden sich stark darin, ob und wie, d.h. mit welchen Worten und wie detailliert oder konkret Sexualität angesprochen wurde. Es gibt auch unter den Frauen, die sich einer Antwort nicht verweigerten, unterschiedliche Grade von Offenheit bzw. 'Thematisierungsbarrieren' beim Sprechen über dieses intime Thema. Viele der auf die Frage eingehenden Frauen bringen das Thema Sexualität in Zusammenhang mit Normalität und Normal-Sein in dem Sinn, daß Sexualität als "etwas Normales" zum Alltag und zu einer Partnerschaft dazugehört. *"Ja, ich weiß jetzt nicht, was Sie da wissen wollen, die Sexualität ist, genauso wie bei andern Nichtbehinderten auch, nicht weniger abgemindert."* (11) *"Ich hab da also eigentlich keine Probleme gehabt. Es ist also alles völlig, völlig normal verlaufen."* (43)

Insgesamt gibt es eine **große Bandbreite an Darstellungen, was Sexualität für die Befragten bedeutet**. Da analoge Angaben von Frauen ohne Behinderung nicht verfügbar sind, ist es schwer, den Einfluß der Behinderung auf die Bewertung und das Erleben von Sexualität einzuschätzen. Ob in den Sichtweisen Liebe und Sexualität getrennt werden oder nicht, ob die Existenz oder Nichtexistenz von eigenen Bedürfnisse berichtet wird, ob Sexualität als befriedigend erlebt wurde oder nicht, welcher Stellenwert ihr eingeräumt wird, welche Gelegenheiten sich ergaben, wie offen mit dem Partner oder der Partnerin gesprochen werden kann - zu allen diesen Aspekten werden sehr unterschiedliche Aussagen gemacht. Einige Aspekte sind unabhängig von der Behinderung, z.B. wenn ein Partner nicht mehr in der Lage ist, sexuelle Befriedigung zu vermitteln (19). Auch gibt es deutliche Generationenunterschiede, die viele ältere Befragte auch selbst kommentieren: Früher war Sexualität eher eine eheliche „Pflicht“ (41), ein „Muß“ (12), früher war man „nicht so offen“ (54).

Einige Befragte messen Sexualität in ihrer Partnerschaft einen nachrangigen Stellenwert bei, weil für sie harmonische Übereinstimmung mit dem Partner, Geborgenheit in der Beziehung, Zärtlichkeit und gemeinsame Interessen wichtiger sind als die sexuelle Beziehung. *"Wenn man mal 34 Jahre verheiratet ist, ist das heute nicht mehr so wichtig ... Das andere ist viel wichtiger: daß man miteinander harmoniert und miteinander auskommt."* (7) *"Ich dachte, Sexualität ist so wichtig nicht, und wir unter gebildeten Leuten, wir haben doch ganz andere innere Werte."* (22) *"Zur Zeit denke ich, bin ich auch da angekommen, daß ich Sexualität gar nicht so vermisse, mir genügt auch ein Streicheln oder ein Drücken."* (27) Diese Einstellungen können, wie das erste Zitat zeigt, in Beziehung zum Lebensalter oder einer langen Ehedauer stehen. Sie können aber auch einer Vorstellung entsprechen, daß Sexualität und Behinderung nicht zusammenpassen. Sie können einen Abschied von Sexualität markieren und die Suche nach einer anderen Form, Befriedigung zu finden, beinhalten. Einige Frauen beschreiben die Sexualität seit dem Eintritt der Behinderung als ruhiger, weniger lebendig und intensiv. *"Und zumal heute mit der Behinderung sowieso. ... es ist nicht einfach, ... sicher haben wir früher mehr geliebt, um das mal so nett auszudrücken,*

als wie das heute der Fall ist." (53) "Wir sind weiterhin ein liebevolles Ehepaar und durch die Krankheit ist man nicht mehr so sexuell, ... man ist so mehr ruhiger. Aber wenn man sich mit dem Partner ausspricht und versteht, dann schafft man das alles." (29)

Das gemeinsame Aushandeln des Was und Wie in der sexuellen Begegnung ist für Frauen mit Behinderung wichtig und ist mit Ansprüchen an den Partner verbunden. Damit kommt der konkreten Person des Partners eine große Bedeutung zu. „Ich hatte keine Möglichkeit, nochmal einen Partner zu finden. Ich bin sicher auch wählerisch geworden durch die ganzen Jahre und das hat sich für mich wahrscheinlich erledigt.“ (60) „Ich lebe eigentlich sehr abstinente, um es mal ganz klar zu sagen .. Ich möchte eigentlich Sexualität und Liebe nicht trennen.“ (36) Bei anderen hat ein Partnerwechsel oder eine Trennung eine Entwicklung und positive Veränderung des sexuellen Erlebens in Gang gebracht (22). Einige der Frauen, die mit ihrer sexuellen Situation zufrieden sind, beschreiben ausdrücklich die **Bedeutung des Partners**: „Ich habe einen sehr verständnisvollen Mann ...und dadurch, daß mein Mann so auf mich eingeht, ist das für uns überhaupt kein Thema. Weil das klappt alles, und ... wir können offen darüber sprechen.“ (42) „Also ich kann damit, wenn es der richtige Partner ist, auch damit umgehen.“ (11) Wenn der Partner nicht auf das Befinden der Frau eingeht (im Beispiel: wenn es bei hohem Zucker oder aufgrund von Schmerzen zu weniger Lust, Empfindsamkeit und Wohlfühl bei sexuellen Begegnungen kommt), ist das negativ: "Und da hatte ich schon einige Einschränkungen, ... mein Exfreund, der hat das nicht verstanden, wenn er jetzt gerade Lust hatte und jetzt wollte und ich hatte hohen Zucker oder niedrigen Zucker, ... dann ist das einfach nichts für mich ... Weil man empfindet einfach nichts dabei. Das geht einfach spurlos an einem vorbei." (44) Die Bedeutung des Partners in Zusammenhang mit den körperlichen Einschränkungen wird ersichtlich aus der Beschreibung von zwei Frauen, die offensiv „Regeln“ für ihre Partner entwickeln, um Spaß und Genuß zu erleben. „Da war ich bei ihm in seiner Wohnung, da hab ich zu ihm gesagt: Äh, ich weiß schon, was jetzt kommt. Er: Hm. Ich: Da gibts so zwei bis sieben Regeln, die du befolgen solltest, und dann hab ich ihm das versucht zu erklären, und durch seine Ruhe ging das dann wunderbar. Wir haben uns schlapp gelacht, der hatte so ein klappriges ... Bett.“ (5) "Wie bringt man jemandem bei, daß man an den Innenseiten der Oberschenkel kein Gefühl hat...Also da muß man den Mann erst sensibel heranzuführen, daß es andere Punkte oder Dinge gibt, die wo mir gefallen ... Also man muß sich getrauen darüber zu reden, sonst hat man nichts davon selber, und der andere auch nicht ... Also mir machts Spaß." (11)

Keine sexuellen **Einschränkungen durch ihre Behinderung** schildern Frauen, deren Partner z.B. den behinderten Körperteil selbstverständlich in die Zärtlichkeiten miteinbezieht. "Dann mein Mann, der streichelt auch mal mein Kurzes, das gehört eben so mit dazu. Oder gibt mal ein Kusserl auf mein kleines Stumpelchen ... die richtige liebevolle Sexualität habe ich eigentlich erst durch meinen Mann erfahren. ... Er hat dann auch manchmal selber, wenn er mich ausgezogen hat, liebevoll ausgezogen hat, mir dann eben auch das Bein liebevoll mit abgemacht. Das gehörte mit dazu, ja so. Und er hat mich dann eben aufgenommen und ins Bett gelegt. Das ist das, wo dann eben auch in der Sexualität mir sämtliche Hemmungen genommen wurden." (57)

Die Behinderung spielt bei der Sexualität dann eine Rolle, wenn sie als Einschränkung erlebt wird, z.B. wenn aufgrund der körperlichen Voraussetzungen beim Geschlechtsverkehr nur bestimmte Stellungen möglich sind, ohne daß es für die Frauen schmerzhaft ist. Diese eingeschränkte Beweglichkeit kann mit Gefühlen von Scham und Minderwertigkeit gegenüber dem Partner verbunden sein: *"Daß ich in der Bewegung eingeschränkt war ... das war für mich schon ein Grund zur Scham. Das ist es heute noch, und heute immer noch stärker, weil meine Bewegungseinschränkung noch viel stärker ist ... In dem Punkt, daß ich mich nicht so bewegen kann, wie ich es gerne möchte. Bewegung spielt ja ne große Rolle auch bei Sexualität und das ist halt für mich einfach mit Scham zu beschreiben, dieses Gefühl, ich fühle mich in gewisser Weise minderwertig."* (37) Scham, sich vor ihrem Partner (oder potentielltem Sexualpartner) nackt zu zeigen, äußern insbesondere Frauen mit Brustoperationen oder -amputationen. Die betroffene Körperhälfte darf z.T. nicht berührt werden und ist beim Sex tabu. Aber auch für andere Frauen ist es schwierig, sich nackt zu zeigen. *"Wenn man mal jemanden kennenlernt oder wenn es mal an die Nacktheit geht, wo ich da sag, ich schäm mich jetzt schon für meine Narben."* (11) Weiblichkeit und Behinderung sind für einige Frauen nicht immer zu vereinbaren. Sie entwickeln Minderwertigkeitsgefühle in bezug auf ihren Körper und ihr Frau-Sein. *"Und ich mein, bei mir ist es jetzt so, die linke Seite ist tabu bei mir, also da ist was drüber, da kommt keiner dran, ja. Aber ansonsten haben wir weiterhin Sexualität, aber halt doch nicht mehr so wie früher, leider."* (18) *"Man ist ja nicht mehr vollkommen, man hat ja enorme Probleme damit, sich ausziehen."* (29) *"Ich fühle mich in gewisser Weise minderwertig, obwohl ich weiß, daß zum Beispiel mein Partner für meine Behinderung großes Verständnis hat, aber ich wünschte ihm weiterhin, es wäre nicht so. Ich wünschte mich schon zur vollwertigen Frau. Und die kann ich auch im Sexuellen natürlich nicht sein."* (37) *"Das Einzige ist halt... daß man Angst hat, na, wie soll ich das sagen.. man kann sich nicht mehr sooo der Sexualität hingeben, wie man das vorher konnte. Wenn man links einen Beutel hat und rechts einen Beutel hat, dann ist man nicht mehr die attraktive Frau, die man vorher war. Und das ist schon ein Handicap an der Sache, und da muß man zuerst damit fertig werden. ... Mein Mann hat zwar immer gesagt, es stört mich nicht und du brauchst keine Angst zu haben, aber ... irgendwo geniert man sich irgendwie, weil das einfach da ist. Ja."* (13)

Auch wenn die Behinderung selbst keine Einschränkung der Sexualität bedeutet, kann dennoch die **gesellschaftliche Einstellung gegenüber Sexualität und Behinderung** als Beeinträchtigung der eigenen Möglichkeiten erfahren werden. *"Da hab ich mir nichts nehmen lassen. ... Ja, ich weiß, daß Behinderung und Sexualität in der Gesellschaft ein Tabu ist, da verkrampfen sich viele, - also, mein Ruf ist im Augenblick nicht der beste hier im Ort und im Haus."* (5) Die wenigsten Frauen sehen jedoch einen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Einstellungen und dem Umgang mit Sexualität von Menschen mit Behinderungen. Nur einige fordern gesellschaftliche Einstellungsveränderungen: Die Gesellschaft solle akzeptieren, daß Behinderte auch sexuelle Wünsche und ein Recht auf Sexualität haben, wie alle anderen auch. *"Das denk ich mir schon, daß auch die Behinderten ein Recht haben auf Liebe, Zuneigung und auch Sex ..."* (41) *"Man glaubt ja auch immer, daß ... alle, die behindert sind ..., daß die keine*

Gefühle und keine Bedürfnisse haben. Das ist falsch. Sie haben Bedürfnisse und Wünsche und Gefühle, genau wie wir und alle anderen Gesunden auch. Und man sollte diese Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle einordnen, so wie bei Gesunden auch." (19) Gerade bei Fragen nach Wünschen an die Gesellschaft wird deutlich, daß viele Interviewte sich selbst in diesem Zusammenhang als Behinderte ausnehmen. Sie sprechen oft von den anderen Behinderten, mit denen sie sich zum Teil solidarisieren, von denen sie sich aber auch distanzieren.

6.6.6 Assistenzsystem

Für Frauen mit Behinderung ist es eine normale Erfahrung, mindestens ein Mal in ihrem Leben operiert zu werden. Häufige Krankenhausaufenthalte, auch über mehrere Monate hinweg, sind - auch in der Kindheit und Jugend - keine Seltenheit. Der Umgang mit Ärzten und Ärztinnen und medizinischem Personal gehört für Frauen mit Behinderung zum selbstverständlichen Alltag.

Das **Verhältnis zwischen den Frauen mit Behinderung und den behandelnden Ärzten oder Ärztinnen** ist, folgt man den überwiegenden Klagen, nur in Ausnahmefällen ein Vertrauensverhältnis und die medizinische Behandlung wird nicht immer als kompetent beschrieben. Bedingung für eine positive Bewertung ist es, von Ärzten und Ärztinnen ernst genommen und über die Behinderung, über medizinische Eingriffe genau informiert zu werden, nicht als medizinisches Objekt, sondern als ganzer Mensch gesehen zu werden, und Sensibilität den eigenen Gefühlen gegenüber zu erfahren. *„Und das war ... auch bei vielen Ärzten so, daß die mich dann angesprochen haben, ... wir müssen jetzt dies und das machen oder das und das ist vorgesehen, und daß die mich direkt angesprochen haben, daß das nicht über meine Eltern gelaufen ist.“* (23) Negativ wird fehlende Zeit, fehlende Zuwendung und fehlende emotionale Unterstützung vermerkt. Klagen beziehen sich auf Rücksichtslosigkeit (*„... mehr Einfühlungsvermögen gewünscht ...“*: 36), Desinteresse und mangelnde oder unverständliche Aufklärung über medizinische Eingriffe, Diagnosen oder präventive Maßnahmen. *„Mit meinem Hausarzt, da gibt es viele Probleme ... der spricht und macht den Mund zu ... immer wieder muß ich sagen: Bitte langsam und auch ein bißchen deutlich.“* (52) *„Schon von der Sprache her, daß ein bißchen anders gesprochen wird, ... so kindmäßig. ... Oder manchmal auch so überheblich, daß man sagt, ja und, können Sie mir das noch mal erklären, daß ich es auch verstehe ..., wo man einfach net als Mensch behandelt wird, sondern mehr als eben ein Fall oder Objekt mit gebrochenem Bein so ungefähr. Und unsensibel, in bezug auf Schamgefühle werden keine Rücksichten genommen.“* (11) *„Ich habe eigentlich schlechte Erfahrungen gerade mit den Chefärzten gemacht, daß die sich so überheblich aufführen. Und sich gar nicht die Mühe machen, mal mehr mit mir ... über die Operation und über die Nachwirkungen ... zu sprechen.“* (39; vgl. 20) Bevormundet fühlten sich Frauen, wenn sie über medizinische Eingriffe und Maßnahmen nicht informiert oder zu schnellen Entscheidungen gedrängt wurden. *„Mit dem Professor konnte ich sehr wenig reden, ... wenn ich zum Beispiel mal zu ihm gesagt habe, darf ich denn die Medikamente nicht zumindestens mal in der Zeit absetzen, wenn ich eine akute Nierenbeckenentzündung habe, damit sich das Ganze mal wieder erholen kann. Nein, das*

muß genommen werden.“ (46) In den Kontext der Kommunikationsprobleme gehören auch die negativen Prognosen, die wenig mutmachend und unterstützend erlebt werden. „Und die Ärzte haben zu mir gesagt: das kann ich vergessen, das wird nimmer. Ich kann nie mehr meinen Arm ganz hochstrecken oder ich kann nie mehr Squash spielen und in die Sauna kann ich nicht. Ich kann heute alles wieder. Die können mich mal!“ (3)

Oftmals werden die **Grenzen der Patientinnen nicht respektiert**. Schambe-setzt sind Situationen, in denen die Patientin nackt einer Gruppe männlicher Ärzte vorgeführt und zum medizinischen Anschauungsobjekt wird. Diese Behandlung wird als demütigend und entwürdigend erlebt. „Und das ist schlimm, wenn da eben so ein ganzer Ärztstab einem die Bettdecke wegrißt und man liegt da nackt da, ... Fall soundso, das und das ist gemacht worden. Und das in der Pubertätszeit, das ist ganz schlimm. Also da wird überhaupt keine Rücksicht genommen.“ (11)

Die **fachliche Kritik** bezieht sich auf Fehldiagnosen bzw. auf eine zu lange Zeit, bis die Diagnose gestellt wurde, auf das Verschreiben zu starker Medikamente, auf zu häufiges überflüssiges Röntgen, auf eine rasche Bereitschaft zum Operieren ohne Alternativen in Erwägung zu ziehen und allgemein auf eine fehlende Berücksichtigung von Nebenwirkungen und Folgeerkrankungen. „Jahrelang haben die überhaupt nicht gewußt, was ich überhaupt habe, nur weil das eben eine Krankheit ist, die zu 85% Männer kriegen. Es ist nie mal einer auf die Idee gekommen, daß ich die vielleicht auch haben könnte.“ (46) „Operationen nein, weil ich das immer strikt abgelehnt habe, obwohl mich die Ärzte am liebsten kaputtoperiert hätten.“ (37) „Ich hatte das Gefühl, daß Orthopäden eigentlich nur operieren wollen und nur Geld verdienen wollen. Ich glaube, von 30 Orthopäden habe ich einen einzigen kennengelernt, der gesagt hat, ich soll mich nicht operieren lassen.“ (30)

Mehrere Frauen führen **Folgeschäden** bzw. zusätzliche Behinderungen aufgrund von fehlerhaft durchgeführten Operationen und falschen Medikationen an. „Daß also so im Krankenhaus gefuscht wurde,... ich hab damit 4 1/2 Jahre im Krankenhaus gelegen insgesamt, weil irgendein Idiot einen Knochensplitter da fallenlassen hat bei der Operation und der ist da rumgewandert ... bis sie irgendwann das dann gesehen haben. Und die ganze Zeit konnte ich eben nicht laufen.“ (49) „Und dann haben die mich halt auch noch verpuscht. Ich konnte nicht mehr laufen.“ (17) „Bei mir, das war ein Risikoprozeß, die Darmnaht ist aufgegangen. Was daraus entstand, das sehe ich heute. Das ist entstanden, darum bin ich behindert.“ (13)

Einige Befragte äußern aufgrund ihrer Erfahrungen im medizinischen Bereich Erwartungen an **Selbstbestimmung** und sorgen selbstverantwortlich für sich und ihre Gesundheit, z.B. indem sie an verschiedenen Stellen Informationen einholen. Sie entwickeln Kompetenzen im Umgang mit ihrer Behinderung und werden zu Spezialistinnen - eine Rolle, die ihnen die Ärzte und Ärztinnen oft nicht zugestehen. Die Befragten kennen ihren Körper und seine Reaktionen besser als die Ärzte und Ärztinnen dies können. „Ich weiß genau, wann es mir zuviel wird und wann es mir nicht zuviel wird. Und das trauen einem viele ganz einfach nicht zu.“ (46) „Daß sie mir ... also immer wieder gesagt haben, also jetzt

machen wir den Fuß ab. Und da hab ich gesagt: Nein. ... Und da hat er gesagt, daß er keine andere Wahl hat. Da hab ich gesagt: Nix. Dann warten Sie, bis ich wieder aufgewacht bin aus der Narkose und dann reden wir.“ (14) „Früher habe ich es mit mir machen lassen, daß ... die Ärzte einfach sagen, ... das wird mit einem gemacht. ... die Zeit ist vorbei, ... wenn jemand was mit mir macht, will ich wissen, wofür ist diese Untersuchung und was sind das für Tabletten ... was mit mir und meinem Körper gemacht wird. Darüber bestimme ich.“ (48) „Ich fühle mich oft zu einer Nummer degradiert, die eben irgendwo durchgeschleust werden mußte, und erst seit ich mir diese Frechheit erarbeitet habe, ... mit mir nicht alles machen zu lassen, bin ich eigentlich zufrieden.“ (37)

Das **Verhältnis zum Pflegepersonal** wird anders dargestellt als das zu Ärzten und Ärztinnen. Der Umgang mit dem eigenen Körper durch das Pflegepersonal wird positiver bewertet und das Personal z.T. als einführend, „immer so nett“ (9) und rücksichtsvoll beschrieben. Negative Erfahrungen werden eher relativiert und das Pflegepersonal sogar verständnisvoll verteidigt. Andererseits wird das Pflegepersonal (aber auch Ärzte und Ärztinnen) auch als „ruppig“, unsensibel, zu schnell und unpersönlich beschrieben, was u.a. an harten Griffen, „massiven Anwendungen“ (46) und Berührungen, die Schmerzen hinterlassen, festgemacht wird. Bemängelt wird in dem Zusammenhang, daß das Pflegepersonal zu wenig Zeit für eine sanftere Behandlung hat. „Es gibt ... zum Teil auch mal ne Betriebsblindheit, und die habe ich dann zu spüren bekommen, so daß ich schneller im Bett gelegen habe, als ich eigentlich wollte. Und das hat weh getan.“ (34)

Über die **Gesundheitsreform** wird negativ berichtet, weil medizinische Leistungen gestrichen bzw. notwendige Behandlungen nicht mehr finanziert werden. „Ja, so einmal im Jahr, dann versucht er mir immer meine Krankengymnastik streitig zu machen ... Ja, daß er dann erstmal wissen will, ... ob das denn wirklich auch sein muß. Und dann sage ich, ... ich nehme nun so wenig in Anspruch, also das gönnen Sie mir.“ (46) „Was ich eben deprimierend finde, ... daß wir soweit gekommen sind, soviel zu Medikamenten zuzahlen zu müssen, das ist ne ganz negative Entwicklung.“ (60)

Schlechte Erfahrungen machen Frauen, die einen Antrag auf Pflegegeld stellen, weil sie zeitweise oder regelmäßig intensive Hilfe benötigen. Staatlich finanzierte Assistenz und Pflege wird selten in benötigtem Umfang gewährt, sei es, daß ein Antrag abgelehnt wird, sei es, daß das Pflegegeld gekürzt oder gestrichen wurde. „So lange mein Mann lebte, hat das mein Mann gemacht. Und jetzt kann ich mir das nicht leisten, weil man mir das Pflegegeld gestrichen hat. ... Und von meiner Rente, die ich bekomme, kann ich mir nicht großartig den Pflegedienst bestellen, das schaffe ich nicht.“ (25)

Diskussion

Zur Betonung der negativen Erfahrungen mit Ärzten und Ärztinnen muß die subjektive Perspektive der befragten Frauen in der Darstellung beachtet werden (vgl. Einleitung zu Kap. 6.6.1 und Kap. 4.3). Z.B. kann die existentielle Bedeutung von Diagnosen aufgrund damit verbundener hoher Emotionalität zu einer verzerrten Wahrnehmung der inhaltlichen Diagnose-Ausagen führen (vgl. zur

Kommunikation bei ärztlichen Visiten allgemein Siegrist 1988). Auch die existentielle Abhängigkeit von der ärztlichen Berufsgruppe hat Einfluß das Erleben. Allgemeine Probleme der Kommunikation zwischen Ärzten und Patientinnen (vgl. Vogt 1983) bekommen unter der Bedingung von Behinderung eine zugespitzte Bedeutung. Bereits aus der Teilnahmemotivation wurde ersichtlich, wie wichtig es für die Befragten ist, sich mitteilen zu können und auf Verstehen zu stoßen, und wie schwierig es ist, eine grundsätzlich andere Alltagsexistenz und ein anderes Körpergefühl (vgl. Duden 1987) zu vermitteln. In der medizinischen Kommunikation kommt hinzu, daß die Frauen „alltags-medizinische“, in Erfahrung begründete Expertinnen für ihr Befinden und ihren Körper sind. Damit stoßen nicht nur ein weibliches und ein professionell-medizinisches Bezugssystem aufeinander, sondern zugleich entsteht eine Konkurrenz von professionellen Experten und Laien-Expertinnen. Es ist darum von Bedeutung, daß die medizinische Profession diese Zusammenhänge versteht, sich auf die Kommunikationssituation einstellt und Frauen mit Behinderung ernst nimmt.

6.6.7 Stigmatisierung

Die Situationen, in denen die Frauen wegen ihrer Behinderung diskriminiert oder stigmatisiert werden, sind vielfältig und gehören zur wiederkehrenden Alltagserfahrung (vgl. Kap. 6.4.1 zur Sichtbarkeit von Behinderung). Die meisten Frauen berichten von Erfahrungen, bei denen sie sich **abgewertet, benachteiligt oder unwohl gefühlt** haben (vgl. Kap. 6.5.2).

Diskriminierung ist mit Situationen verbunden, in denen den Interviewten mit „Achtungs- und Rücksichtslosigkeit“ (36) begegnet wird, wenn sie z.B. als Gesprächspartnerinnen übergangen und stattdessen ihre Assistenzpersonen angesprochen werden oder man sie ungefragt duzt, nicht ernst nimmt oder auch direkt beschimpft. *„Wenn man in ein Lokal geht in Begleitung z.B. mit einer Freundin. ... der Kellner kommt, und dann fragt er, an die sehende Begleitung gewandt, 'und was möchte sie?' Da muß man schon selber sagen, ja sie kann selber reden.“* (10) *„Viele Nachbarn, ... die haben zuerst mal zurückgezuckt, wie sie mich sahen mit dem Rollstuhl ... Ich hatte immer den Eindruck, die hatten Angst gehabt, daß ich irgend etwas Ansteckendes hab'. Die haben immer ein bißchen Abstand gehalten.“* (51) *„...vom Schmarotzer bis wer weiß nicht was ist angesagt. Man gehört dann fast zu den Asozialen, weil man ja net begreifen kann, daß man nicht mithalten kann.“* (12) *„Ja. Man sieht das schon, wenn man durch die Stadt fährt und wird dann angegafft, was ich fürchterlich finde, ne.“* (25) *„Egal wo ich hinkomme, ich erzähl das niemanden, daß ich da eine Behinderung hab. Dann werde ich gleich irgendwie schief angeguckt und zwar so wie ungefähr so, die ist am Kopp operiert worden, die hat sie wahrscheinlich nicht mehr alle.“* (9) Neurologische Ausfälle werden in der Nachbarschaft als Alkoholismus bewertet. *„Da hat sie überall rumerzählt, daß ich so trinken würde. Obwohl die Frau gewußt hat, daß ich nie Alkohol getrunken hab ..., und daß ich nicht deswegen so wie besoffen lauf'. ...die hat gewußt, daß ich die Krankheit hab!“* (2; vgl. 44, bei der ein Zuckerkoma von der Polizei für eine Alkoholvergiftung gehalten wird)

Andere Interviewte weisen insbesondere auf die **Benachteiligung** von Menschen mit Behinderung **im Arbeitsleben** bzw. auf dem Arbeitsmarkt hin. Sie ge-

ben an, bei Bewerbungsgesprächen den Eindruck erhalten zu haben, daß ihre Behinderung nicht akzeptiert wird. In bezug auf ihre Kollegen und Kolleginnen berichten sie verletzende Äußerungen über ihre Behinderung, verweigerte Integration und die Abordnung zu unangemessenen bzw. unterqualifizierten Arbeiten sowie eine rasche Androhung von Entlassung. *"Und habe ein halbes Jahr Probearbeit gehabt, habe sehr gut gearbeitet, ... am letzten Tag meines Arbeitsverhältnisses wurde ich entlassen, ohne Begründung, und hab dann im nachhinein erfahren, daß der Geschäftsführer keine Behinderten in seinem Betrieb duldet."* (57)

Weitere Aspekte betreffen die Diskriminierung von behinderten Frauen als Frauen, d.h. das Nichtwahrnehmen der Frauen als geschlechtliche Wesen, das Absprechen des Rechts auf Mutterschaft. *"Für die Gesellschaft ... bist du eh keine Frau ..."* (12) *"Freilich ist jede behinderte Frau diskriminiert. ... Schon weil sie halt oft nicht den Schönheitsvorstellungen entspricht oder den geistigen Anforderungen gerecht wird, die viele Leute erwarten."* (56) *"Ja, es gibt ja immer noch die weit verbreitete Meinung, daß die Frauen, ja, wenn sie behindert sind, auf keinen Fall Kinder in die Welt setzen sollen."* (10) Ein spezifisch Frauen betreffendes Vorurteil besagt, daß nichtbehinderte Männer Angst vor behinderten Frauen haben, sie abwerten und ihnen vermitteln, als Frau nicht gut genug bzw. keine "richtige" Frau zu sein (vgl. Kap. 6.6.3).

Bei vielen Antworten bleibt unklar, ob die Befragten spezifische Vorurteile gegen Frauen mit Behinderung sehen, oder ob sie von Menschen mit Behinderung allgemein sprechen. **Generelle Vorurteile** gegen behinderte Frauen, Männer und Kinder bestehen den Befragten zufolge u.a. darin, daß das Wort "behindert" mit "geistig behindert" oder "blöd" (21, vgl. 23 „nach dem Motto: die hat 'nen Schlag an der Waffel") gleichgesetzt wird.

6.6.8 Wünsche an Staat und Gesellschaft

Auffallend ist, daß die hier zusammengefaßten Fragebereiche überwiegend sehr vage und unspezifisch, sowie insgesamt geschlechtsneutral beantwortet wurden. Bei vielen Antworten wird auch deutlich, daß die Befragten sich bisher wenig oder gar nicht mit politischen Forderungen zur Verbesserung der Situation behinderter Frauen bzw. Menschen auseinandergesetzt haben und daher auch keine Veränderungswünsche äußern. *"Ja also, da weiß ich jetzt nicht so direkt, was ich sagen soll. Also zum Beispiel daß man mehr drauf achten sollte, was man sagt. Also es wird bestimmt schon viel gemacht irgendwie, ... aber was jetzt direkt gemacht wird, weiß ich nicht. Nur, ich meine von der Gesellschaft her, die sollten schon ein bißchen drauf achten, daß nicht diskriminiert wird."* (15)

Spezifische Veränderungsvorschläge für die Situation von behinderten Frauen beeinhaltet häufig - und aus eigener Betroffenheit heraus (32) - eine finanzielle Absicherung, eine besondere Unterstützung von behinderten Frauen und Müttern allgemein und eine besondere Förderung von Frauen mit Behinderung auf dem Arbeitsmarkt. Weitere Vorschläge beziehen sich auf spezielle Parkplätze für behinderte Frauen, bessere Verkehrsanbindungen und einen besseren Schutz von Frauen mit Behinderungen vor Übergriffen. Weiterhin werden Inte-

grationseinrichtungen für Kinder, aber auch mehr aktives Engagement von den betroffenen Frauen selbst gefordert.

Vom **Staat** werden allgemein für Menschen mit Behinderung eine stärkere finanzielle Unterstützung und Absicherung (insbesondere von alleinstehenden Frauen im Alter: 32) und besondere Vergünstigungen gefordert. Dazu gehört eine bessere Gesundheitsversorgung und Pflegeorganisation (43), d.h. mehr Geld für Kuraufenthalte, Therapien, Rehabilitations-Maßnahmen, sowie die selbstverständliche Finanzierung von persönlicher Assistenz und Haushaltshilfen und damit die Verhinderung einer Heimeinweisung (4). Ziel der Bemühungen sollte jeweils Ermutigung zur und Ermöglichung von Selbständigkeit sein (43; 19: „*Es sollte den Frauen ermöglicht werden, ihre Ziele mehr zu verwirklichen und nicht immer zu sagen, das kannst du nicht, das ist für dich nichts ...*“).

In bezug auf die **Arbeitsmarktsituation** von Menschen mit Behinderung erhoffen sich befragte Frauen eine bessere berufliche Absicherung, mehr Arbeitsplätze und die Abschaffung der Möglichkeit für Arbeitgeber, sich von der Einstellung behinderter Menschen „*freizukaufen*“ (16). Innerhalb des Betriebes wünschen sie sich eine bessere Integration und Gleichstellung und einen Abbau von Diskriminierung und Ausgrenzung (34).

Schließlich werden spezifische **Beratungs- und Anlaufstellen** für Menschen mit Behinderung (z.B. eine Vermittlung von behindertengerechtem Wohnraum), sowie Informations-Börsen (v.a. Informationen über Rechte und Gesetzesänderungen) und Treffpunkte für Menschen mit Behinderungen gefordert. „*Ich denke, das fehlt am meisten, daß man das Gefühl hat, wenn ich alleine nicht zurecht komme ... oder ich möchte mal wissen, was gibt es so an neuen Gesetzen und Veränderungen, ... so kann man da hingehen ...*“ (39).

Von der **Gesellschaft** erwarten sie eine Veränderung ihrer Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung. Dazu zählt, daß Nichtbehinderte über ihr Verhalten Menschen mit Behinderung gegenüber nachdenken, daß sie stärker auf diese zugehen. An erster Stelle steht der Wunsch, daß die Behinderung im Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Einschränkungen ihre Bedeutung verliert und Betroffene als vollwertige, "normale" Menschen behandelt werden (33: „*einfach völlig normal, das Wort Behinderung müßte überhaupt nicht fallen*“). Dazu gehört, daß die Behinderung nicht bewertet wird (6: „*einfach nur: ich bin genauso gut*“). Eine andere Forderung besteht darin, behinderte Menschen in ihrer Andersartigkeit zu akzeptieren. „*Ja. Es müßte eigentlich in den Köpfen der Menschen anfangen. Das müßte Bestandteil der Erziehung werden. Daß ich nicht sage, der ist behindert, sondern vielleicht auch sage, der ist anders ... und das habe ich zu akzeptieren.*“ (34)

Der Wunsch nach einer staatlich bzw. gesellschaftlich geförderten **Integration** von Menschen mit Behinderung in allen Bereichen des öffentlichen Lebens geht mit der Forderung nach einer behindertengerechten Ausstattung von Unterkünften bzw. Wohnungen, öffentlichen Einrichtungen und Verkehrsmitteln einher und ist u.a. auch mit der Hoffnung auf größere Mobilität verbunden. „*Es gibt viele Supermärkte oder Einkaufsläden, wo nur Treppen sind, wo zum Beispiel Rollstuhlfahrer nicht hochkommen, ... und ich finde, da fängt Integration auch schon an ... Das sind die Treppen, oder daß man Aufzüge schafft, oder daß man, sag ich*

mal, Türen so breit macht, daß da auch ein Rollstuhl durchpaßt." (23) Berücksichtigt werden sollen jedoch nicht nur Rollstuhlfahrer und Rollstuhlfahrerinnen, sondern auch andere Arten von Behinderung, wie z.B. Hör- und Sehbehinderung. Integration heißt für viele Interviewte aber auch, daß behinderte und nicht-behinderte Kinder gemeinsam unterrichtet werden. Die Integration sollte biographisch früh, d.h. schon im Kindergarten, einsetzen und in Schulen zur Selbstverständlichkeit werden. Spezielle Sonderkindergärten und -schulen sollen abgeschafft werden. Kinder mit Einschränkungen in Regelkindergärten und -schulen sollen intensive, qualifizierte Hilfe bekommen können. "Daß solche Kinder eben auch ganz normal mit aufwachsen können und dadurch erst gar nicht zu Außenseitergruppen werden, sondern daß sie einfach dazugehören." (23) Als wichtiger Aspekt werden Begegnungen und Kommunikation zwischen Menschen mit und ohne Behinderung genannt: ein stärkeres Eingehen und Zugehen von Nichtbehinderten auf Menschen mit Behinderung, aber auch die Erwartung an die Betroffenen selbst, offener zu sein und stärker auf nichtbehinderte Menschen zuzugehen. "... ich meine, daß Nichtbehinderte mehr auf Behinderte zugehen müßten." (19) "Auch die Behinderten sollten sich angleichen und sollten normal reagieren." (18) Von Menschen ihres sozialen Umfelds wird mehr gegenseitiges Vertrauen und Verständnis, mehr Toleranz und Offenheit, stärkere Rücksichtnahme (z.B. lautes Sprechen bei Schwerhörigkeit), selbstverständlichere und angemessene Hilfeleistungen und eine bewußtere Auseinandersetzung mit dem Thema Behinderung erwartet. Es soll dabei gesehen werden, daß Menschen mit Behinderung auch etwas geben können und nicht nur nehmen. Außerdem möchten die Frauen nicht bemitleidet und als wehrlos angesehen werden. "Daß Menschen auch lernen, anderen zu helfen, die das brauchen. Und daß sie auch Hilfe von den anderen zurückbekommen können. Daß Behinderte nicht irgendwelche Leute sind, die nichts geben können." (30)

Die Frage nach den **Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Interessenvertretung** von Frauen mit Behinderung löste zunächst Verständnisprobleme aus. Die Frage ist häufig falsch oder gar nicht verstanden und daher oft nicht beantwortet worden. Sie wurde aber auch von den Interviewerinnen nicht immer gestellt oder so umformuliert, daß sie nicht mehr der ursprünglichen Frageintention entsprach. Erklärungen anhand von konkreten Beispielen bewirkten, daß sich die Interviewpartnerinnen in ihren Antworten auf dieselben bezogen, ohne eigene Beispiele zu nennen. Die Frauen sind es offensichtlich nicht gewohnt, nach der politischen Durchsetzung ihrer Interessen gefragt zu werden. Es werden von den Antwortenden eher resignativ Mißstände konstatiert, aber nur vereinzelt konstruktive Verbesserungsvorschläge gemacht. "So, wie Sie vorhin gesagt haben, sind bestimmte Themen Tabu-Themen. Gut, es gibt Organisationen und Gruppen, die darüber sprechen, die eine Verbesserung der Behinderten erreichen möchten, aber im großen und ganzen, wer kümmert sich? Die Zeit ist ja dermaßen hart, daß fast jeder nur an sich denkt und unsere Übergeordneten, die machen sich erst recht keinen Kopf." (29) "Aber ... da müßte man die Parteien eben auch fragen und sagen, was macht ihr dazu?" (36) Den politischen Parteien wird vorgeworfen, Probleme von Behinderten nicht für wichtig zu halten, weil sie auf Wählermassen und nicht auf Randgruppen setzen. Die für Menschen mit Behinderung zuständigen Organisationen hätten zu wenig Einflußmöglichkeiten

und Mitspracherechte (36). Vereinzelt werden das Fehlen von Zusammen-schlüssen von Menschen mit Behinderung und deren Machtlosigkeit themati-siert, z.B sei es schwierig, Gruppen von Frauen mit ähnlichen Behinderungen zu finden. *"Ich hab noch nicht erlebt, daß man sich zu einer Gruppe zusammen-schließt und sagt: 'Und dagegen kämpfen wir an!' Leider ist es auch im normalen Leben so, daß sich Frauen gegenseitig noch ausbooten und behinderte Frauen sich gegenseitig gar niedermachen, - Zusammenhalt ist keiner da. Wenn man also im Staate Deutschland was erreichen will, dann muß man das alleine schaffen." (5)* „Behindertenverbände oder Selbsthilfegruppen, das sind ja leider alles ... klassische Notgemeinschaften, die nicht über die Beziehungen verfügen, das zu instrumentalisieren.“ (36)

6.7 Gewalterfahrungen und Traumatisierungen

Die Frage zu den Gewalterfahrungen wurde von den Frauen bezogen auf allge-meine biographische Erfahrungen und nicht bezogen auf die Behinderung be-antwortet. So wurden sowohl Gewalterfahrungen berichtet, die in einen Lebens-abschnitt fallen, in dem noch keine Behinderung bestand, als auch solche, die die Frauen mit Behinderung erlebten. In den folgenden Zitaten sind die Inter-views, in denen Frauen Gewalt nach Eintritt der Behinderung erlebten, mit einem * bei der Quellenangabe gekennzeichnet. Allerdings sieht man, daß der Unter-schied in den Berichten auf den ersten Blick nicht groß ist, so daß gesondert dis-kutiert werden muß, welche Rolle die Behinderung bei dem Vorkommen und dem subjektiven Erleben und Verarbeiten von sexueller Gewalt spielt.

Zur Thematisierung der eigenen Gewalterfahrung ist die Beziehung zur Intervie-werin von zentraler Bedeutung (vgl. Kap. 6.1.3). In der Interviewbeziehung wird einerseits der Wunsch nach Mitteilung in einer entlasteten Situation geweckt. Andererseits kann es aufgrund der Traumatisierung selbst bei Stützung und be-hutsamem Vorgehen der Interviewerin auch unmöglich sein, überhaupt eine ver-trauensvolle Interviewbeziehung herzustellen.

Es ist damit zu rechnen, daß Frauen solche Gewalterfahrungen berichten, die sie selbst weitgehend bewältigt haben. Diejenigen, die die Erfahrungen noch nicht integriert haben, sprechen entweder gar nicht oder in einer Weise darüber, daß die Härte der Erfahrung heruntergespielt wird.

6.7.1 Formen von Gewalterfahrungen

Sexuelle Belästigung

Obwohl viele Frauen von eigenen Erfahrungen sexueller Belästigung sprechen, sind sie sich unsicher, was unter sexueller Gewalt verstanden werden kann, und ob sie ihre Erfahrungen diesem Begriff zuordnen sollen. Es entsteht der Ein-druck, daß sexuelle Übergriffe von den Frauen nur selten als sexuelle Gewalt definiert werden. *"Ich weiß nicht, ob man das Gewalt nennen kann." (49*)* Das Wort 'Gewalt' wird eher mit physischer Gewalt und Mißhandlung in Zusammen-hang gebracht und weniger mit bedrohlichen sexuellen Angriffen oder Übergrif-

fen. Sexuelle Belästigung - selbst in massiver Form - wird von vielen Frauen als "normal" angesehen. "Ja, also sexuelle Belästigungen ... das ist ja normal." (56) Sexuelle Belästigung scheint etwas zu sein, mit dem sich die Frauen arrangiert haben, was zu ihrem Alltag als Frau dazuzugehören scheint.

Es werden sehr **unterschiedliche Formen sexueller Belästigung** geschildert und sehr unterschiedliche Reaktionen darauf - von Panik und Flucht bis zu Gegenwehr. Einige Beispiele beziehen sich auf Exhibitionisten. "Ja, mit Gewalt weniger, nur als junges Mädchen habe ich leider die Erfahrung gemacht, also mit den ... Exhibitionisten ... Und das war fürchterlich für mich ... hab das Gefühl gehabt, ... als wenn ich den ganzen Weg nur gelaufen wär. Weil ich kaum noch Luft kriegte. ... Das ist mir des öfteren ... bestimmt drei- oder viermal passiert." (25) "Die, die es in jeder Großstadt gibt. Entblößer, weiter nichts." (22*) Weiter erinnern sich Frauen, in der Pubertät sowohl in der Schule als auch in anderen Zusammenhängen von Jungen oder Männern grob angefaßt worden zu sein. "Als vierzehn-, sechzehnjährige, achtzehnjährige vielleicht, daß ich irgendwie von Männern angefaßt wurde ... aber das konnte ich selber gut abwimmeln oder ablehnen." (27) "Und hab also gegenüber den anderen Mädle in meiner Klasse einen Riesenbusen gehabt, ... also es war für mich furchtbar auf jeden Fall. ... Und da bin ich so dermaßen gehänselt worden und auch körperlich attackiert worden von den Jungs, ne, daß meine Mutter dann zum Lehrer gegangen ist und hat sich also beschwert, ne, aber das bringt ja nix. Ich war nur blau am Busen, weil die mich laufend gekniffen haben." (14) Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz beinhaltet sexuell übergriffiges Verhalten durch den Chef oder auch anzügliche Bemerkungen von Kollegen, die wiederum nicht als Übergriff definiert werden. "Na gut, wie gesagt, dumme Sprüche von dem Arbeitskollegen, den ich dann aber in seine Schranken verwiesen habe. Das war aber kein Übergriff. Also das war, wenn überhaupt, ein verbaler Übergriff." (46*) Auch an öffentlichen Orten, in Gaststätten, beim Vorbeigehen an Baustellen, abends am Bahnhof oder in der Fußgängerzone kommt es zur sexuellen Bedrohung oder Belästigung. "Ich war mal mit einer Freundin abends noch in der Fußgängerzone unterwegs ... Und da hat mich halt so ein Typ so angesprochen, so von wegen ... willste nen schnellen Fick. Gut da hab ich gedacht, das war so ein kleiner Möchtegerne, da hab ich nur drauf geantwortet: So gut kannst du gar nicht sein. Damit war das Thema vom Tisch." (23*)

Die **Auswirkungen von sexueller Belästigung** werden unterschiedlich beschrieben. Neben der Bewertung der sexuellen Belästigung als 'normal' und 'nichts Besonderes' äußern andere Frauen (bleibende) Angst und Panik. Andere nennen negative Auswirkungen auf ihre Sexualität wie Ekelgefühle, „einen Knacks weggekriegt“ (14) oder Scham- und Schuldgefühle. Die betroffenen Frauen werfen sich z.T. vor, die Übergriffe nicht verhindert bzw. sich nicht effektiv gewehrt zu haben. "Da habe ich selber Schuld gehabt, da bin ich irgendwie mit so einem besoffenen Typen mitgegangen und wollte dann nicht mit ihm schlafen. Und das konnte er dann nicht so nachvollziehen, okay, ich hatte Glück, der ist dann eingepennt, weil er so besoffen war, und ich habe die Flucht ergriffen, ne, aber da habe ich halt selbst Schuld gehabt." (49*)

Sexuelle Gewalt in der Kindheit

Auch hier sind Grad und Ausmaß der erfahrenen Gewalt wie auch der Umgang mit diesem Thema und mit den traumatischen Erfahrungen bei jeder Frau sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Schilderungen umfassen Beispiele von massiver sexueller und physischer Gewalt über Jahre hinweg, Vergewaltigungen durch den Vater oder den Freund der Mutter, „Weitergegeben werden“ vom Vater an andere Männer. *"Heimzu hat er mich dann im Feld ... hat er mich belästigt (Schluchzen und Weinen) ... Ich kann nicht sagen, ich hatte eine schöne Kindheit. Ich bin in den Schweinestall gesperrt worden und mit dem Knüppel ... Das ist ja nicht nur mit dem Vater gewesen, ... es waren auch fremde Männer ... Ob er mich verkauft hat oder was. Da bin ich aus dem Bett rausgerufen worden, als Kind, ... da bin ich bedetscht und bedatscht und alles worden (weint ganz stark)." (41) "Wenn ich am Wochenende heimkam, hat er meine Mutter betrunken gemacht und dann ging es halt zur Sache mit mir. ... Und da gibt es zwei Theorien. Entweder du wehrst dich, dann tut's dir weh, oder du machst mit, dann tut es nicht weh." (5*)* Andere Frauen beschreiben sexuelle Übergriffe, die nicht zu einem Geschlechtsverkehr führten. Täter der sexuellen Übergriffe waren Vater, Onkel oder Fremde. *"Also ich habe in der Pubertät nicht grade so die glücklichsten Erfahrungen gemacht, das war... die Zeit, wo meine Mutter wieder mal in der Klinik war ... und mein Vater sich eigentlich, ja, ich glaube, er hat Grenzen übertreten, indem er also mehrfach versucht hat, meinen Busen anzufassen. Weiter ging es nicht, aber ich denke, das hat schon in meiner Sexualität irgendwelche Wunden gerissen oder irgendwelche Ängste verursacht." (49*) "Ich weiß, ich hatte einmal ein schweres Erlebnis ... Damals war ich (unverständlich) in dem Parkhaus ..., der wollte, daß ich immer an sein Glied fasse, und ich habe es gemacht aus lauter Angst. Dann bin ich nach Hause gegangen und habe nie was gesagt. Nie. Und das war das Schlimmste, was ich bisher mitgekriegt habe, ... ich hatte einfach Angst, was zu sagen. Einfach Angst." (52)* Auch hier definieren die Befragten die Erlebnisse, sofern sie nicht in einer Vergewaltigung enden, nicht als sexuelle Gewalt (z.B. 3). Andere Frauen deuten eine Traumatisierung durch sexuelle Gewalt nur an: *"Also, ich komme da nicht drüber weg" (35).*

Sexuelle und andere Gewalt im Erwachsenenalter

Auch bei **Vergewaltigungen** stellt sich die Frage nach der subjektiven Definition, die den Berichten zugrundeliegt. Es werden massive Erfahrungen von körperlicher Gewalt seitens der Ehemänner berichtet (s.u.), aber keine sexuelle Gewalt. Es scheint, als würden die befragten Frauen unter Vergewaltigung nur außerehelichen erzwungenen Geschlechtsverkehr verstehen. Sexuelle Gewalt in der Ehe scheint noch stärker tabuisiert zu sein. Die beschriebenen Vergewaltigungssituationen beziehen sich auf Zufallsbekannte oder Fremdtäter. *"Denn da war ich mal auf einem Symposium, ... und da ist eine Überzahl von Männern gewesen. Und das liegt jetzt schon zwanzig (Jahre) zurück, und da habe ich es also wirklich erlebt, daß ich mich also wirklich nicht wehren konnte. ... ja, man würde heute wirklich den Begriff Vergewaltigung gebrauchen... das ist der Fall gewesen." (36*) "Da bin ich angefallen worden. Also auf dem Weg von der Arbeit nach Hause. Und der hat allerdings dann drei Jahre gesessen ... Der kam einfach auf*

mich zu, entweder gehste jetzt mit mir nach Hause ins Nest oder ich ramme dir das (unverständlich) an die Wand. Da, da, da stehn Sie erst mal da wie ne Salzsäule." (58) "Ich hab noch so ein Erlebnis mit 21. Allerdings kam's nicht zum Äußersten. Er wurde auch verurteilt. Aber schon damals bin ich ins Gericht. Ich habe ihn angezeigt. ... Er war entschieden jünger als ich." (38)*

Wenn die befragten Frauen überhaupt über ihre Reaktionen auf die erlebte sexuelle Gewalt berichten, werden die aus der Literatur bekannten Gefühle von Wehrlosigkeit und Scham genannt. „Tja, ich konnte mich nicht wehren und ... und dann tritt dieses Moment ein, daß man sich eigentlich dafür schämt zum Schluß.“ (36) Flucht kann ein Ausweg sein, um der Gefahr zu entkommen. „Ich hab da bloß gesehen, daß ich das Weite suchte.“ (58)

Aus **häuslicher Gewalt** machen dagegen viele Befragte kein Hehl, auch wenn sie sich nur wenig konkret äußerten. Massive körperliche Gewalt hatten sie im Erwachsenenalter vor allem durch alkoholabhängige Ehemänner erlebt. Von den im Erwachsenenalter betroffenen Frauen berichten einige zudem von vorhergehenden Erfahrungen von (sexueller) Gewalt in ihrer Kindheit. Dabei stellt eine Befragte einen Zusammenhang her im Sinn einer Wiederholung der Erfahrungen: *"Ich bin eigentlich immer in die Partnerschaft reingerutscht oder in gewalttätige Partnerschaften, weil man eigentlich als Frau eine bestimmte Opferhaltung hat und da kommt genau dieser Typ von Mann auf einen zu. An einen anderen kommt man da ja gar nicht hin." (12) "Ich war dann verheiratet, elf Jahre, und dann habe ich mich getrennt von meinem Mann. Der war schwerer Alkoholiker, sehr schwerer. Der hat meine Kinder mißhandelt, der hat mich mißhandelt bis zum Gehtrichtmehrer. Ich hab damals einen siebenfachen Nasenscheidewandbruch davongetragen, ich habe einen kaputten Daumen. Meine Kinder sind alle schwer Gehirngeschädigt, also was heißt ... ach, wie sagt man das ... was haben die? Die sind auf jeden Fall von klein auf schon geschlagen worden, die sind also quer durchs Zimmer geflogen, mit einem Jahr schon." (14)*

Die körperliche Gewalt in der Herkunftsfamilie betrifft neben der eigenen Person auch die Mütter oder Geschwister, die vom Vater verprügelt werden. *"Sie hat diese unterwürfige 'Ich-liebe-dich-mein-Mann' gespielt und hat weggeguckt und hat auch alles richtig gefunden, was er gemacht hat. Und wenn sie das nicht gefunden hat, dann ist sie so verprügelt worden, daß sie sich nimmer sehr viel hat einfallen lassen danach." (3)* Aber auch Mütter sind Täterinnen. Es wird von Schlägen, Mißhandlungen und Isolierung berichtet. Diese Beziehungen werden als extrem abhängig erlebt. *"Und dann muß ich halt dann nach der Schule helfen, und das hab ich eigentlich auch gern gemacht, nur meine Mutter die war so krank, kann ich heut sagen, daß sie halt ständig ausgerastet ist. Ich hab nur Schläge kennengelernt. ... Und das ging so sechs Jahre." (8*)*

Kommunikation über Gewalt, Unterstützung bzw. Verweigerung von Hilfe

Nur wenige Frauen berichten, beim Erzählen der Gewalterfahrungen **ernst genommen worden** zu sein. Sie hätten Unterstützung erhalten und seien darin bestärkt worden, den Täter anzuzeigen oder ihn für sein Verhalten verantwortlich zu machen. *"Da bin ich mal nach Hause gekommen, und wie gesagt, da ich ja*

nun so dumm erzogen worden bin, so verklemmt, war ich natürlich nicht in der Lage, mit meiner Mutti darüber zu sprechen, ... Das war die Nachbarin, die hat mich ausgefragt, da hat die dann zu mir gesagt, bist du dumm. Wir waren doch jetzt drei Frauen. Wir hätten den doch so richtig zusammenhauen können. Wenn du was gesagt hättest. Ich sag, das konnt ich aber nicht." (25) "Ich habe da Unterstützung ... mein Vater hat mich da hinbegleitet." (38) "Das einzig Gute, was ich hatte, also ich hab dann einen Arzt, bei dem hab ich damals geputzt, und der hat mir dann sehr viel geholfen ... und der hat gesagt, entweder raus aus der Partnerschaft oder die Kinder werden psychisch ihr Lebtage drunter leiden. Da war da für mich klar: also raus." (12) Den meisten Interviewpartnerinnen wurde hingegen von Eltern, Mutter oder anderen Personen des sozialen Umfelds nicht geglaubt, als sie über die (sexuelle) Gewalt sprachen oder diese anhand von körperlichen Verletzungen sichtbar wurde. "Ja, meine Eltern haben es mir nicht geglaubt." (35*) "Na ja, man ist ja dann immer so belächelt worden, na ja, du bist ja dumm genug, wennst dich prügeln laßt. Außerdem war das damals kein Thema, da ist net drüber gesprochen worden. Da ist man halt gegen ein Fenster gelaufen oder man ist die Treppe runter gefallen." (12) "Das Schlimmste war für mich, daß meine Mutter mir nicht geglaubt hat. Nach der Verhandlung war es schlimm. Meine Mutter hat gesagt: 'Du bist eine Hure. Das stimmt nicht, du hast den verführt.'" (5*) Aber auch, wenn die Frauen redeten, sei die notwendige Unterstützung ausgeblieben. Insbesondere wird auch in einem Körperbehindertenheim nicht geholfen, den Täter anzuzeigen: "Der Frauenarzt hat ausgesagt. Aber ich habe mich nicht verstanden gefühlt; so richtig geholfen hat mir keiner. Da bin ich bis heute alleine durch. Auch vom Heim her, daß die versucht hätten, mir zu helfen, mir ne Therapie zu geben oder in ne Selbsthilfegruppe zu schicken! Nein." (5*)

6.7.2 Die Bedeutung der Behinderung im Rahmen von Gewalterfahrungen

Die Gewalthandlungen fanden u.U. schon vor Eintritt der Behinderung statt, beziehen sich also unabhängig von der Behinderung auf die gesamte Biographie. Die Frauen selbst - ohne oder mit eigenen Gewalterfahrungen - stellen zum Zusammenhang von Behinderung und Gewalterfahrungen verschiedene Überlegungen an: Demnach haben (erlebte) Gewalt bzw. Belästigung und Übergriffe mit der Behinderung einer Frau nichts zu tun, sondern mit dem Geschlechterverhältnis. Die Behinderung spiele keine Rolle. "Ja, aber das hat weniger mit der Behinderung zu tun, als mit der Tatsache, daß ich ne Frau bin. Weil die Männer es ja sind, die Frauen anmachen. Aber da weiß ich mich zu wehren." (33) "Nein, das würde er mit jedem Kind machen. Mit jedem Mädchen. Da bin ich mir sicher." (5) "Ja ... Erfahrungen mit Gewalt, ja ... das hab ich gehabt in meiner ersten Ehe, aber das hat ja nix mit Behinderungen zu tun gehabt." (14)

In Bezug auf potentielle oder erlebte Gewalterfahrungen wird die Sichtbarkeit bzw. fehlende Sichtbarkeit der Behinderung thematisiert. Die fehlende Sichtbarkeit der Behinderung könne vor Gewalterfahrungen schützen. "Nee, nee ... bei mir sieht man's ja nicht so. Wenn ich humpele oder ein bissle schlecht lauf, ja gut, da könnte ich ja den Fuß verstaucht haben, ne. Also man sieht's ja mir net an. In dem Sinn. Deshalb hab ich da auch keine schlechte Erfahrungen damit.

Man sieht's ja mir wirklich nicht an." (14) Die gegenteilige Ansicht besteht in der Überzeugung, daß gerade der Anschein, nicht behindert zu sein, zu Belästigung und Übergriffen geführt hat. "Ich war mal mit einer Freundin abends noch in der Fußgängerzone unterwegs, wir wollten noch in eine Pinte, und durch meine Behinderung, wenn ich eine Jacke anhab oder so, sieht man die Mißbildung von dem Arm nicht. Und da hat mich halt so ein Typ so angesprochen ..." (23) "Ich meine, mir sieht man das ja nicht an, daß ich irgendwo am Oberkörper ne Narbe habe. Also ich kann ganz normal in engen Jeans oder sonst was oder in kurzem Minikleid durch die Stadt laufen. Dadurch, weil man mir das nicht ansieht, werde ich genauso angequatscht und angetatscht und mir wird hinterher gepfiffen wie jeder anderen Frau eigentlich." (56) Dies bedeutet, daß die fehlende Sichtbarkeit der Behinderung eine Normalität als Frau schafft, in der sexuelle Belästigung wiederum 'normal' ist. Fühlen sich einige Frauen durch die Sichtbarkeit der Behinderung geschützt, so ist für andere Frauen gerade die Sichtbarkeit der Behinderung ein Zeichen von größerer Verletzbarkeit, kann Grund oder Auslöser für sexuelle Angriffe sein, da Frauen mit Behinderung schlecht weglaufen und sich wehren können. "Als Frau allein ist man ja erstens sowieso schon ein Angriffspunkt, dann, wenn bemerkt wird, ach die Frau hinkt, aha, ja. Die könnten wir mal anquatschen, die kann ja eh nicht so schnell weglaufen und so." (8*) Andererseits sind auch Frauen der Überzeugung, daß ihre angeblich fehlende Attraktivität aufgrund ihrer sichtbaren Behinderung Täter von einem sexuell motivierten Übergriff abhalten würde. "... aber ich bin ja nicht ein Objekt der Begierde ... und ja, ich hoff' nur, daß es mir nicht passiert." (11*) Dies bedeutet, daß die implizite gesellschaftliche Annahme, Frauen mit Behinderung seien sexuell weniger attraktiv und damit vor sexueller Belästigung geschützt, von den Frauen z.T. auch selbst übernommen wird. Diese Einschätzung, die sichtbare Behinderung könne vor sexueller Gewalt schützen, kann für die Frauen jedoch möglicherweise fatale Auswirkungen haben.*

In anderen Interviews wird von spezieller **behindertenfeindlicher körperlicher Gewalt** berichtet. "... Erfahrungen gemacht in meiner ersten Ehe. 'Du bist blöd, dann muß ich auch schlagen'." (28) Hier hat der Ehemann die Behinderung als Rechtfertigung für Gewalt genommen. Auch von behindertenfeindlich motivierten Angriffen von Nachbarn wird berichtet. "Dann hab ich ne eigene Wohnung gekriegt ... da haben so ne Nazis drin gewohnt und so Halbstarke, wie man das so nennen will, und die Nachbarn nachts immer an die Fenster geklopft und an die Türen und so." (35*)

6.7.3 Traumatisierungen

Traumatisierungen sind darüber definiert, daß sie die regulären Möglichkeiten und Ressourcen der Bewältigung übersteigen. Das heißt, die Erfahrungen von Gewalt sind relativ zu den Bewältigungsressourcen einzuordnen. Traumatisierungen müssen rekonstruiert werden, indem die destruktiven Folgen mit dem ursprünglichen Ereignis in Verbindung gebracht werden. Bei einigen Interviews haben wir aus den Berichten die Vermutung entwickelt, daß traumatisierende Erfahrungen vorlagen, weil in den Mustern der Lebensgestaltung das erscheint, was als typische Traumafolge beschrieben wird (s.u.). Andere Frauen schildern

Erfahrungen, die üblicherweise traumatisierend sind, die die Befragten selbst aber zum Zeitpunkt des Interviews einordnen konnten, weil sie inzwischen das Trauma weitgehend verarbeitet hatten. Viele schmerzhaft Erfahrungen werden nur angedeutet. Traumatisierungen lassen sich den Erzählungen vor allem dort entnehmen, wo besonders massive sexuelle und/oder körperliche Gewalt in der Kindheit berichtet wurde. Allerdings wurden auch massive physische Gewalterfahrungen berichtet, die gut bewältigt werden konnten. Bei den meisten Befragten aber sind die Beeinträchtigungen und Erkrankungen eng verwoben mit der Traumatisierung, sowohl als Folgeerscheinung (12: *"Meine Behinderungen sind zum Teil auch darauf zurückzuführen."*), als auch als Verstärkung der erlebten Gewalt, z.B. weil die Behinderung (32: *"ich mit meiner zitterigen Hand"*) Gegenwehr erschwerte.

Für alle Frauen ist die **Traumatisierung** in Verbindung mit zusätzlichen Problemen **gewichtiger als die körperliche Beeinträchtigung** für sich genommen. Die Traumatisierung durch die erlebte Gewalt ergibt sich durch eine Kombination verschiedener Faktoren. Zum einen wird die Gewalt in der Familie erlebt, d.h. von Menschen ausgeübt, zu denen die Töchter nahe und abhängige Beziehungen haben, zumeist die Väter oder Lebensgefährten der Mutter. Zum anderen werden die Mütter allgemein als schwach beschrieben. Sie sind alkoholkrank oder psychisch krank und können die Mutterrolle nicht erfüllen. Sie schauen weg, wenn die Kinder verprügelt werden, sind Mitwisserrinnen der sexuellen Gewalt, glauben der Tochter nicht oder schreiben ihr die Schuld zu. Wenn die Mutter ihre Rolle nicht wahrnehmen kann, kommt es dazu, daß die Tochter schon früh stellvertretend deren Rolle übernimmt und z.B. die Geschwister vor dem prügelnden Vater beschützt. Wenn die Mutter selbst Täterin ist, gipfelt dies aufgrund der engen Bindung in einer extrem schwierigen Mutter-Tochter-Beziehung. *"Meine Mutter ist halt ständig ausgerastet. Ich hab nur Schläge kennen gelernt."* (8*) Wie auch aus der Literatur bekannt, zeichnet sich diese Beziehung durch starke Abhängigkeit und Schonung aus. *"Ich mußte bei ihr bleiben, weil sie krank war", "ich muß für sie sorgen, es ist meine Pflicht ... Wenn ich heimkam, hab ich als erstes mal Prügel gekriegt .. weil ich was aus den vier Wänden rausgetragen habe."* (8) *"Ich hätte den Typen wahrscheinlich nie angezeigt, nicht weil ich Angst gehabt hab, daß er Schuld kriegt, aber ich wußte auch, wer die Strafe zahlt, nämlich meine Mutter. Das wollte ich auch nicht."* (5) Die Beziehungen zu den männlichen Tätern werden im allgemeinen nicht näher thematisiert. Hier fällt nur auf, daß die Frauen in späteren Männerbeziehungen oft wieder Opfer werden.

Auch bei den Frauen der Interviewstichprobe kommt es zu den bekannten **Folgeerscheinungen von frühen Traumatisierungen**, wie langanhaltendes Bettnässen, Zweifel an der eigenen Integrität, Schuld- und Schamgefühle, mangelnde Gefühlskontrolle, das Gefühl, verkehrt zu sein, 'nicht zu stimmen'. *"Hab ich irgendwas an mir, ich mein immer, ich würd stören, ich geh dann einfach nicht mehr hin und bleib für mich."* (41) *"Und da hab ich mich manchmal ... da hab ich mich eigentlich ein bißchen verkrochen ... Na ja, und da war ich eigentlich so ein bißchen, daß ich dachte, na, stimmt mit dir eventuell nicht alles."* (32*) *"Daß ich mich nicht gewehrt habe"; "ich habe etwas falsch gemacht."* (8*) Es kann

schmerzhaft erlebt werden, überhaupt eine Frau zu sein. Die Sexualität kann ebenfalls für immer mit Gewalt verbunden bleiben.

Zentrale Folge ist eine Zerstörung der „Beziehung zur Welt“ durch ein Herausfallen aus aller Normalität. Die Biographien sind gekennzeichnet von Brüchen und den Schwierigkeiten, kontinuierliche, zufriedenstellende und konstruktive Beziehungen aufzubauen und eine dauerhafte materielle Absicherung zu schaffen. Dies alles kann z.B. in Kombination mit einer Sinnesbehinderung zur Verstärkung eines 'Verlustes der Verbindung zur Welt' führen mit Rückzug und Isolierung (vgl. auch Herman 1993). Das Thema **Benutzt-/Ausgenutzt-/ Mißbraucht-Werden** zieht sich auch nach der Kindheit durch viele Biographien. *"So bin ich, mit mir kann jeder machen, was er will."* (41) Die Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit bezieht sich neben anderen sozialen Situationen auch auf den Bereich der Sexualität. *"Jeder sucht sein Vergnügen (bei mir)."* (41)

Die aus der Traumatisierung entstandene starke Abhängigkeit der Frauen bei gleichzeitiger Angst vor Nähe und Angewiesensein auf andere verstärkt sich durch die körperliche Beeinträchtigung. Dies wird in den Interviews anhand der Beschreibung mangelnder Eigenständigkeit, Rückzug und Selbstisolierung aus Angst vor weiterer Verletzung deutlich. Die Angst vor Abhängigkeit zeigt sich auch im weiteren Umfeld, z.B. in der Angst vor 'machtvollen' Ärzten. Weitere bekannte, auch in den Interviews gefundene Motive betreffen die Sehnsucht der Frauen nach Unterstützung bei gleichzeitigem Verzicht auf Hilfe aus Gründen der Schonung oder Scham, die Zweiteilung der Welt in Täter und Täterinnen und Unterstützer und Unterstützerinnen, die Geheimhaltungsregeln in der Familie und die erzwungene Isolation.

In manchen Interviews werden die Gewalterfahrungen nicht offen angesprochen, sondern nur angedeutet. *"Mit Männern habe ich nichts zu tun. Ich habe meine Erfahrungen gemacht (unverst.). Bei mir kommt keiner mehr rein."* (35) Das Thema steht direkt in Zusammenhang mit der Vertrauensfrage und kann deswegen in einem Interview nur 'zwischen den Zeilen' angedeutet werden.

Bewältigungsstrategien

Die im folgenden aufgeführten Strategien zur Traumabewältigung finden sich ebenso in der Literatur über traumatisierte Frauen ohne körperliche Behinderungen. Die **Verdrängung der traumatisierenden Erfahrungen** geht in den Interviews von totalen Erinnerungslücken für diese Zeit bis zur kognitiven Ausblendung. *"Bis zum vierten Lebensjahr eigentlich, ja, hatte ich schon ganz normale Erinnerungen, und dann bis zu meinem fünfzehnten Lebensjahr war alles weg, also die Kindheit war aus meinem Gedächtnis gestrichen."* (12*) Zur Verdrängung dienen auch Schlafen und sich die Decke über den Kopf ziehen. Mit der Beibehaltung der alten Strategie, 'den Kopf in den Sand zu stecken', wiederholen sich jedoch Abhängigkeits- und Gewaltbeziehungen. Durch die Traumatisierung kommt es zu Spaltungen. Es gibt auf der einen Seite den gewalterlebenden Teil, auf der anderen Seite die "Seele", die schöne Dinge erlebt. *"Diese Prügel und diese ganzen Geschichten ... die schlechten Sachen sind nicht mehr so wichtig"*. (3) Gefühlsäußerungen zu den traumatischen Erfahrungen tauchen nicht auf, die

Gefühle selbst sind abgespalten. Autoaggressive Selbstverletzungen und Krankheiten sind auch als Verarbeitungsstrategien zu finden, so fährt eine Interviewte z.B. in selbstverletzender Absicht mit dem Rollstuhl die Treppen herunter. Eine maximale Kontrolle über Selbstständigkeit und kontrollierendes Verhalten in Verbindung mit Härte gegen sich und andere zeigt sich z.B. in der 'knallharten' Schilderung von Gewaltdetails. Den Spieß herumdrehen, um aus Depression und Selbstverletzung herauszukommen, kann zu Wehrhaftigkeit und Schutz führen. *"Ich bin halt immer weniger nach Hause und immer, wenn ich einen Freund hatte, hat er mich in Ruhe gelassen. Also hab ich begonnen zu lügen. ... Das hat geklappt! ... Und dann hab ich auch mal einen Freund gehabt, der hat den dann vertrimmt, gerade als der mich ins Bett tragen wollte."* (5*) Alle Frauen betonen, daß Kommunikation wichtig sei. Reden als 'offenes, direktes und ehrliches Sprechen' helfe, die traumatischen Erlebnisse zu bewältigen (35) - allerdings kann erst offen geredet werden, wenn die Befragte die Erinnerungen zulassen kann. *"Und ich verdränge auch nicht meine Vergangenheit. Ich rede oft genug drüber."* (5*)

Auch der **Ausweg über eine (frühe) Partnerschaft** ist als Bewältigungsversuch von Gewalterfahrungen im Elternhaus zu sehen. Alle Frauen, die sich dazu äußern, hatten es geschafft, die gewalttätigen Eltern (3) bzw. den gewalttätigen Ehemann zu verlassen, letzteres vor allem aufgrund der Kinder, die ebenfalls geschlagen und mißhandelt wurden. Die Kinder halfen mit bei dem Schritt, den gewalttätigen Ehemann zu verlassen, denn wenn für die eigene Person kein Anspruch auf körperliche Unversehrtheit durchgesetzt werden konnte, dann tat die Frau es für die Kinder. *"Die Gewißheit, für meine Kinder dasein zu müssen. Zu wollen. Und ... na ja, das war dann auch eigentlich ein Ansporn für mich, wie ich gemerkt hab, daß meine Kinder die Chancen auch wahrnehmen, die ich ihnen geboten hab ..."* (12).

Spezielle und allgemeine Bewältigungsstrategien sind miteinander verwoben, d.h. zur Bewältigung des Traumas werden von den Frauen Strategien angewandt, die auch zur Bewältigung der Behinderung oder Krankheit oder anderer Belastungssituationen dienen. Durchhaltestrategien zeigen sich in der Anpassung an die bestehenden Verhältnisse an. *"Ich mußte mich immer mit etwas abfinden."* (8*) Kognitive Bewältigungsformen beinhalten die Suche nach Erklärungen für das eigene Leid, die Aneignung von Wissen und die Aufstellung innerer Überzeugungsmuster. Ein Rückzug ist ebenfalls ein Bewältigungsversuch im Sinn von Selbstschutz, denn Alleinsein ist besser, weil *"die Enttäuschungen nachher zu groß sind."* (41) Kampf und Konfrontation dienen u.a. zur Herstellung von Normalität und Umkehr der Machtverhältnisse. Religion oder Spiritualität können ebenfalls effektive Bewältigungsstrategien sein.

Die **Behinderung selbst spielt im Rahmen der Traumatisierung folgende Rolle:** Es werden von den Frauen multiple Beschwerden genannt, wie HWS/LWS-Syndrom, chronische Bronchial- und Nierenerkrankung, Arthrose, Inkontinenz, Rückenbeschwerden und Knieprobleme. Auch Sinnesbehinderungen, progrediente Gelenkversteifung und Brustkrebs stehen in Verbindung mit den lebensgeschichtlichen Mustern und Problemen. Sie nehmen als Behinderung selbst z.T. in den Erzähltexten wenig Raum ein, da die Auswirkungen der

Traumatisierungen für die Frauen dringender sind. Vielfach muß die Behinderung als Folge der Traumatisierung gesehen werden, direkt, wie bei einigen Sinnesbehinderungen, als Auswirkung der Schläge, und indirekt über die psychosomatische Manifestation der Traumatisierungsfolgen. Andererseits kann die Behinderung auch die Traumatisierungsfolgen verstärken. So geht z.B. das Mißtrauen aufgrund einer Traumatisierung einher mit der Schwierigkeit, andere Menschen akustisch zu verstehen und sich verständlich zu machen. Auch Sehprobleme, mangelnde Kraft, Beweglichkeit und Belastbarkeit verstärken das bestehende Gefühl "Ich stimme nicht" und tragen zum Herausfallen aus sozialen Kontexten, zu Rückzug und Isolation bei. Die Bewältigung der Behinderung und der Gewalt gehen oft Hand in Hand.

6.8 Zusammenfassung

Der Auswertung der qualitativen Erhebung liegen biographische Interviews mit 60 Frauen zugrunde. Aus der Gruppe der insgesamt 337 Frauen, die sich in der schriftlichen Befragung gesprächsbereit erklärt hatten, wurde die Stichprobe gezielt so zusammengestellt, daß eine möglichst breite Palette von unterschiedlichen Situationen von Frauen nach Art der Behinderung, Alter beim Eintritt der Behinderung, regionaler Herkunft, Alter und sozialer Situation repräsentiert waren. Es waren gezielt mehr von Geburt an behinderte Frauen und junge Frauen ausgewählt worden. Vor allem Frauen mit einem Bedürfnis nach Kommunikation, einem Wunsch nach Austausch und danach, die Situation von Frauen mit Behinderung - auch durch Botschaften an die nicht-behinderte Öffentlichkeit - zu verbessern, hatten sich angesprochen gefühlt.

Die Interviewerinnen waren selbst Frauen mit Behinderung. Es wurde davon ausgegangen, daß dies auf die Interviewinteraktion einen Einfluß hat: Die Befragten hätten Interviewerinnen ohne Behinderung anderes erzählt. Aus diesem Grund wurde die Interaktion zwischen Befragter und Fragender in die Auswertung einbezogen. Aus den lebensgeschichtlichen Erzählungen läßt sich herausarbeiten, wie die Frauen sich selbst, ihre Behinderung und ihre Umwelt wahrnehmen und deuten. Diese „subjektive“ Perspektive der Frauen wurde beschrieben. Die gefundenen Muster wurden bei der Interpretation - im Rückgriff auf theoretische Konzepte von Bewältigungshandeln in Psychologie und Soziologie - in Bezug gesetzt zu den Erfahrungen eines Frauen-Alltags mit Behinderung.

Um den Kontext der Bewältigung näher zu bestimmen, wurden Frauen, die sich nach Alter bzw. Bildung voneinander unterschieden, miteinander verglichen, um für diese Gruppen „typische“, wiederkehrende Muster herauszuarbeiten. Entsprechend wurde bei den Merkmalen „Form der Behinderung“ und „biographischer Zeitpunkt, zu dem die Behinderung eingetreten war“, vorgegangen.

Für die älteste und die jüngste Kohorte wurde exemplarisch die Bedeutung der **gesellschaftlich-historischen Hintergründe** aufgezeigt: Sie bestimmen den Alltag, legen Wichtigkeiten und zentrale Werte fest und damit auch die Wege, sich Anerkennung und Selbstbewußtsein zu sichern. Sie vermitteln die Ansprüche an das Leben und bieten als Erfahrungshorizonte den Rahmen, die Behinderungserfahrung unter andere Erfahrungen einzuordnen. Frauen der ältesten

Kohorte (insbesondere die aus „einfachen Verhältnissen“) stellen z.B. ihre Ansprüche zurück, wollen auch mit ihrer Behinderung „nichts Besonderes“ sein und haben ein Motto „Du mußt, es hilft nichts“. Frauen der jüngsten Kohorte erheben einerseits einen offensiven Anspruch auf Teilhabe und verstecken andererseits ihre verletzlichen und „unpassenden“ Seiten und Momente. Frauen, die in der DDR aufgewachsen waren, orientieren sich eher an einer Normalität der Funktionsfähigkeit und verfolgen pragmatische Strategien, aus einer Situation das Beste zu machen. Dies gilt auch für einige Frauen, die in der Bundesrepublik aufgewachsen waren, während umgekehrt das Muster einer psychologischen Deutung des eigenen Lebens mit Behinderung mit einer hohen Sensibilität für problematische Aspekte fast nur bei Frauen aus dem Westen zu finden ist.

Die einzelnen Formen von Behinderung - chronische Erkrankungen, körperliche Beeinträchtigungen, Sinnesbehinderungen und psychische Problematiken mit multiplen körperlichen Beschwerden - bringen für die Frauen unterschiedliche Anforderungen mit sich. Einige Aspekte der Bewältigungsstrategien lassen sich als typisch für diese Belastungen und Behinderungsformen für Frauen diskutieren. Bei **chronischen Erkrankungen** wie z.B. Diabetes, Krebs, Nierenerkrankungen, Multiple Sklerose etc. stellen sowohl ein plötzlicher Krankheitsbeginn und eine überraschende Diagnose, als auch ein progredienter oder schubhafter Verlauf und eine negative Prognose hohe Bewältigungsanforderungen an die betroffenen Frauen. Medizinische Eingriffe und Veränderungen des eigenen Körpers (z.B. Schmerzen, schwindende Körperkontrolle) sind zu verarbeiten. Zu einer subjektiven Behinderung werden die Erkrankungen, wenn die Frauen ihre Selbständigkeit verlieren und auf fremde Hilfe angewiesen sind, oder über soziale Auswirkungen, wie z.B. das Herausfallen aus ihren gesellschaftlichen Bezügen. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen die Berufsbiographien fast aller Frauen. Frauen, die nach Eintritt der Behinderung über (weitere) Kinder nachdenken, haben wegen einer möglichen Vererbbarkeit der Erkrankung oder wegen der eigenen Belastungsfähigkeit Bedenken bezogen auf eine Schwangerschaft.

Krankheitsspezifische Bewältigungsmuster umfassen neben den allgemeinen medizinisch-therapeutischen Maßnahmen ein ganzes Spektrum von Strategien, vom Kampf gegen den Verlust der Kontrolle über den Körper bis zu einer pragmatischen Anpassung an die Krankheit, vom Aufbegehren gegen die Einschränkungen bis zu kognitiven Strategien der Verdrängung. Typisch scheint, daß die Befragten auf biographisch vor der Erkrankung entwickelte Lebensbewältigungsstrategien zurückgreifen, die durch die Krankheit verstärkt werden. Diese Strategien können zunächst angemessen und funktional sein, auf Dauer aber zur Aufarbeitung der Erkrankung nicht ausreichen oder gar den körperlichen Krankheitsanforderungen zuwiderlaufen - dann müssen sie geändert werden und die Befragten müssen sich neu orientieren. Für viele Frauen ist eine gute familiäre Einbettung eine wesentliche Unterstützung. Bei anderen Frauen kommt es durch die Erkrankung zu starkem sozialen Rückzug und Isolation.

Körperliche Beeinträchtigungen - darunter werden Behinderungen wie Beeinträchtigungen der Wirbelsäule, der Gliedmaßen, der Hüfte oder auch Polio und Morbus Bechterew etc. gefaßt - bestanden bei den befragten Frauen meist

schon seit Geburt oder seit frühen Lebensjahren. Mit der körperlichen Andersartigkeit spielt für die Frauen die Verortung in der Normalität eine große Rolle. Zentral zur Bestimmung der eigenen Behinderung ist u.a. die Selbsteinschätzung, d.h. wie behindert sich die Frauen selbst fühlen. „Wirklich“ behindert zu sein, heißt: es geht ihnen nicht gut z.B. aufgrund von Altersverschleiß, Schmerzen und körperlicher oder psychischer Verausgabung in Beruf und Familie oder aufgrund von Barrieren. Das Ausmaß des Sich-behindert-Fühlens ist abhängig von den Reaktionen der Umwelt. Die Frauen benennen viele soziale Behinderungen wie berufliche Nachteile, eingeschränkte Berufswahl, Verweigerung einer barrierefreien Umwelt und anderer notwendiger Arrangements, sowie Hänseleien und Stigmatisierungen. Die Familienbiographie wird durch die körperlichen Beeinträchtigungen weniger beeinflusst. Oftmals raten jedoch die Ärzte von Schwangerschaften ab. Die Sichtbarkeit der körperlichen Beeinträchtigungen wirkt sich auf den Kontakt der Frauen mit anderen Menschen und auf die Inanspruchnahme von Sonderkonditionen aus.

Die Bewältigungsstrategien der befragten Frauen umfassen mehr offensive Durchsetzung, Selbstbehauptung, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Kampf verglichen mit den Frauen mit chronischen Erkrankungen. Die Sensibilität für das Behindertwerden durch die Umwelt ist in dieser Gruppe am größten, gleichzeitig sehen sich die Frauen selbstbewußt als normal. Die meisten Frauen haben hohe Leistungserwartungen an sich selbst und kompensieren die körperliche Einschränkung durch andere Stärken. Sie sind stolz auf ihre Leistungen, lehnen aber eine von der Umwelt bestimmte Sonderrolle ab, in der ihnen 'trotz Behinderung' gute Leistungen bescheinigt werden. Mit dem Altersverschleiß wird es aber notwendig, Sonderbedingungen einzufordern. Die Aufgabe, die eigene Einschränkung und den damit verbundenen Verzicht zu akzeptieren, stellt sich je nach äußeren Bedingungen oder Lebensphasen immer wieder neu.

Zentrales Bewältigungsthema für die **Frauen mit Sinnesbehinderungen**, d.h. mit Beeinträchtigungen des Hörens oder Sehens, ist der Zugang zur Welt und zur Kommunikation. Die Frauen mit Sehbehinderungen sind auf die Hilfe anderer angewiesen, über Sprechen können sie teilhaben an der Gesellschaft. Frauen mit Hörbehinderungen kämpfen gegen einen Ausschluß und ein Herausfallen aus gesellschaftlichen Bezügen und Kommunikation. Um kommunizieren zu können, müßten sie dem Gegenüber vermitteln, daß sie nur schwer kommunizieren können – das ist für viele Frauen schwierig. Ausgehend von damit zusammenhängenden Problemen entwickeln einige der Frauen mit Hörbeeinträchtigungen und zusätzlichen schwierigen biographischen Erfahrungen, wie z.B. fehlendem familiären Halt, ein Mißtrauen anderen Menschen gegenüber und ziehen sich zurück. Insgesamt müssen Frauen mit Sinnesbehinderungen einen enormen Mehraufwand leisten, um am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und nicht in Außenseiterpositionen zu geraten. Diese Kommunikationsanforderungen zu meistern, erlegen sich viele befragte Frauen selbst auf. Es wären von der Gesellschaft gestaltete 'Kommunikationsbrücken' notwendig, um eine soziale Isolation zu vermeiden. Für alle befragten Frauen ist die Frage der angemessenen Schulausbildung wichtig, wobei aber bei allen Schultypen (integrative, Regel-, Behindertenschule) sowohl Vor- als auch Nachteile beschrieben werden. Im Gegensatz zur Familienbiographie ist die Berufsbiographie der Frauen deutlich von

der Behinderung geprägt. Schulabschluß und eingeschränkte Berufswahlmöglichkeiten erschweren eine kontinuierliche, reguläre Berufstätigkeit. Ärzte raten aus medizinischen Gründen von einer Schwangerschaft ab. Einige Frauen berichten von Problemen bei der Partnerschaftssuche und antizipieren Schwierigkeiten in der Kindererziehung.

Die Bewältigungsstrategien umfassen u.a. neben defensiven Mustern des Rückzugs und der Vermeidung schwieriger Situationen das Zugehen auf andere Menschen und das Herstellen von Kommunikation, einen Ausgleich der Einschränkung durch die Hervorhebung anderer Stärken, die Aneignung von Wissen zur Herstellung von Kontrolle und Sicherheit, die Betonung von Autonomie und Wehrhaftigkeit, Kompetenz und Leistung. Ziel ist für viele die Anerkennung und Akzeptanz der Umwelt, eine größtmögliche Selbständigkeit und die Stärkung des Selbstbewußtseins.

Wenn eine **psychische Problematik** gegenüber der vorhandenen körperlichen Beeinträchtigung oder Krankheit im Vordergrund steht, sind außer der Behinderung andere schwierige Lebensereignisse und Belastungen zu bewältigen, wie Deprivationen in der Kindheit oder eine Ansammlung von Lebenskränkungen. Bei den Frauen mit Deprivationen in der Kindheit steht das Fehlen der persönlichen Wirksamkeit verbunden mit dem (vergeblichen) Wunsch nach Anerkennung im Zentrum. Die Darstellung von negativen Kindheitserfahrungen (Vernachlässigung, Überbehütung, Traumatisierungen, Verweigerung von Anerkennung, Beschämungen etc.) mündet in eine große Lebensklage, bei der das Fehlende und Negative betont wird. Die Behinderung wird in die Reihe von Kränkungen und Diskriminierungen eingereiht. Die Suche nach Anerkennung führt in Abhängigkeitsverhältnisse oder Depressionen. Beziehungen zu anderen Menschen sind von Unverständnis, erschüttertem Vertrauen und Ausschluß geprägt. In den schwierigen Berufsbiographien belasten Krankschreibungen und Arbeitslosigkeit. Auffallend oft berichten die Frauen über früh geschlossene Ehen, wobei dieser Lösungsversuch über die Gründung einer eigenen Familie an geschlechtsspezifischen Rollenzuteilungen scheiterte und 'Selbstaufgabe' eine Wiederholung der ursprünglichen Erfahrungen bedeutete. Auch Gewalterfahrungen in der Ehe und alkoholranke Partner sowie der Tod von Kindern oder abgebrochene Kontakte zu ihnen werden beschrieben. Die Partnerbeziehungen waren schwierig und von Ambivalenzen z.B. von Abhängigkeit und Angst vor Nähe geprägt.

Wenn bei den Frauen eine Ansammlung von Lebenskränkungen im Vordergrund steht, sind die bestehenden multiplen Beschwerden mit erlebten Kränkungen verbunden. Die Krankheit kann schon vorher bestehende psychische Probleme zum Ausbruch bringen und wiederum als Kränkung erlebt werden. Der Kern der Kränkungen - sich um andere kümmern und sorgen zu müssen und zugleich nicht wichtig zu sein, betrogen oder verlassen werden - wird hier als Frauenschicksal dargestellt.

Bewältigungsstrategien waren durch die negative Lebensgeschichte zerstört worden. Eine Reihe von Strategien wie z.B. Normalisierung oder Positivierung, die bei anderen Frauen zu finden sind, kommen hier nicht vor. Intellektuelle Bewältigung ist z.T. nicht möglich und Handlungsstrategien werden vorgezogen,

wenn Denken mit Grübeln und Depressionen assoziiert wird. Weil Selbstbewußtsein fehlt, kommen weniger offensiv-realiitätsbezogene Bewältigungsstrategien vor, sondern eher indirekte Muster, bei denen die Klage über die Krankheit genutzt wird, um Ansprüche auf Rücksicht zu legitimieren und Freiräume durchzusetzen.

Einige **Muster von Bewältigung**, die in der Längsauswertung der Einzelinterviews gefunden wurden und die nicht gruppentypisch sind, sondern bei allen Alterskohorten und Behinderungsformen vorkommen, werden auch aufgegriffen in den Ratschlägen, die die Befragten anderen Frauen in ähnlicher Lage geben würden: Lebensfreude, Mut und Positivismus, Kontakt, Kämpfen und Erhalten der Selbständigkeit, Selbstakzeptanz, pragmatische Alltagsbewältigung.

Eintrittsalter und Ursache der Behinderung bestimmen die Art der Verschränkung von Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung. Je früher die Behinderung eintritt, desto mehr sind Lebensbewältigung und Behinderungsbewältigung unmittelbar miteinander verbunden. Wenn die Behinderung oder Krankheit zu einem späteren Zeitpunkt eintritt, werden bei chronisch progredientem Verlauf die bisherigen biographischen Strategien solange wie möglich von den Frauen beibehalten. Bei schubweisem Verlauf werden die Strategien den Krankheitsphasen angepaßt. Wenn es zu einem schlagartigen Eintritt kommt, wie z.B. durch einen Unfall oder eine plötzlich diagnostizierte lebensbedrohliche Krankheit, werden ebenfalls die bisherigen Strategien verstärkt eingesetzt nach dem Muster 'mehr Desselben'. Oft macht eine Fortführung der bisherigen Strategien auch im neuen Umfeld der Krankheit/Behinderung Sinn und wirkt bis zu einem gewissen Grad stärkend. Allerdings muß bei Fortführung der Strategien auch meist ein hoher Aufwand betrieben werden, was die Strategie in ihrer Wirksamkeit begrenzt. Mit Verstärkung der biographisch erlernten frauenspezifischen Bewältigungsmuster, z.B. immer für andere da zu sein, ist auch eine präventive Schonung oft nicht möglich. Die Frauen müssen neue Strategien entwickeln oder alte erweitern, wenn diese den Krankheitsanforderungen entgegengesetzt sind. Bei abruptem Krankheits- oder Behinderungseintritt sind oftmals verschiedene Phasen der Bewältigung erkennbar, mit einer Schockreaktion zu Beginn und späterer Entwicklung von Alltagsstrategien, wobei aber „frühe“ Reaktionen wie Schock im weiteren Verlauf wieder auftauchen können und die Phasen keinem klaren Ablaufmuster folgen. Auch die Lebensphasen - Kindheit, Jugend, Familien- und Berufsphase und Alter - stellen jeweils eigene Entwicklungsaufgaben, die zugleich mit der Behinderung oder unter der Bedingung der Behinderung bewältigt werden müssen

Unter **frauenspezifischen Aspekten** wurde zunächst die **Bedeutung der Sichtbarkeit von Behinderung** herausgearbeitet. Einige Frauen leiden unter der Sichtbarkeit ihrer Behinderung. Das Problem ist hier der Blick der Anderen in der Interaktion, insbesondere der Blick von Männern, der vermittelt, die Behinderung sei ein Stigma. Unbefangene Kontakte sind erschwert. Die Sichtbarkeit der Behinderung kann Minderwertigkeitsgefühle, Verletzlichkeit und Angst vor Ablehnung hervorrufen. Andererseits ist eine sichtbare Behinderung auch kompensierbar über äußere Schönheitsattribute. Andere Frauen leiden dagegen unter der Nicht-Sichtbarkeit ihrer Behinderung: Wäre sie sichtbar, so könnte sie ein

Signal an die Umwelt darstellen, wenn die Befragten nicht von sich aus Wünsche nach Schonung, Sonderbehandlung oder Hilfe ansprechen wollen oder können.

Kommunikation als „weibliche“ Strategie ist für die befragten Frauen wichtig, um Selbständigkeit verbal durchzusetzen, um eigene Bedürfnisse zu artikulieren oder Traumatisierungen zu bearbeiten. Kommunikation ist das wichtigste Mittel zur Integration; sie kann die „Konstruktion von Behinderung“ in der Interaktion beeinflussen und Verständnis wecken. Gerade für Frauen mit Sinnesbeeinträchtigungen ist die Kommunikation auf verbaler oder non-verbaler Ebene erschwert und muß deswegen in besonderer Weise gefördert werden, um eine Teilhabe an der nicht-behinderten Umwelt zu ermöglichen.

Abhängigkeit und Hilfe-annehmen-Müssen sind zentrale Themen für Frauen mit einer Erkrankung oder Behinderung. Dies hängt damit zusammen, daß Versorgen, Helfen, sich Kümmern etc. ein traditionell den Frauen zugeschriebener, wie auch von ihnen selbst trotz Berufstätigkeit ausgeübter und durchaus auch mit Lust und Macht besetzter Bereich ist. Jede Annahme von Hilfe bringt die Frauen, die sich stets um andere gekümmert haben, damit auf die 'andere' Seite, die sie als tendenziell abhängig und ohnmächtig erleben. Deutlich wird dies auch dadurch, daß Abhängigkeit angstbesetzt ist, und daß die größte Angst vor Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem frauenassoziierten Versorgungsbereich (sich nicht mehr selbst versorgen können) geäußert wird, sowie dadurch, daß die meisten Frauen Schwierigkeiten haben, um Hilfe zu bitten. Ein Aufgeben dieses in einer patriarchalen Gesellschaft weiblichen Zuständigkeitsbereiches des Helfens betrifft die Identität, das Selbstwertgefühl und die Macht der Frauen. Die Frauen sind jedoch aus physischen Gründen mit der Notwendigkeit konfrontiert, Hilfe annehmen zu müssen und die Abhängigkeit von Anderen zu akzeptieren. Damit muß für viele ein Veränderungsprozeß erfolgen. Das Annehmen von Hilfe ist leichter auf der Basis eines Selbstvertrauens in die eigene (innere) Selbständigkeit, wenn Gegenseitigkeit von Hilfe möglich ist und wenn Hilfe von Vertrauten statt von Fremden angenommen wird bzw. werden muß. Der Umgang mit eigener Hilfebedürftigkeit hängt ab von Ängsten vor Abhängigkeit und der subjektiven Bedeutung von Autonomie. Daß nur wenige befragte Frauen einen Mangel an persönlichen Hilfeleistungen beklagen, liegt an der Zusammensetzung der Stichprobe: Es wurden kaum pflegebedürftige Frauen befragt.

Das Thema 'Normalität und Akzeptanz' nimmt einen zentralen Stellenwert ein, so daß ausgewertet wurde, welche **Konzepte von Normalität, Behinderung, Gesundheit und Krankheit** der eigenen Verortung in der Welt zugrundeliegen. 'Normal sein' heißt für viele Frauen glücklich sein, integriert sein, dazugehören. Vielen Aussagen liegt der Normalitätsmaßstab der Welt der Nichtbehinderten zugrunde, wohingegen im Alltag der Frauen die Behinderung auf eine andere und eigene Weise normal, bekannt, vertraut und gewohnt ist. Das Konzept von Behinderung ist überwiegend negativ und umfaßt Angewiesensein auf Hilfe, sichtbare Abweichung und Stigma, nicht funktionieren, Schmerzen, aber auch als soziales Behindertwerden Barrieren, mühsamer Kampf um Hilfen, schwierige Erfahrungen, daß Menschen schockiert reagieren, Minderwertigkeitsgefühle, Anpassung. Nur selten findet sich ein positiver Begriff von Behinderung und eine Kritik des zugrundeliegenden Normalitätsbegriffs der Nichtbehinderten. Das Ver-

ständnis von Gesundheit deckt sich weitgehend mit dem von Normalität; Krankheit wird eher als vorübergehender Zustand gefaßt. Es lassen sich zahlreiche Strategien beschreiben, mit denen die befragten Frauen Normalität „herstellen“ und sich selbst in der Normalität verorten. Normalität herzustellen, ist besonders wichtig bei einem Zusammenbruch des gewohnten Lebens infolge der Behinderung oder als Gegenmittel gegen Stigmatisierungen und Ausschluß. Die Einordnung der Behinderung in das eigene Leben - "Wie behindert bin ich wirklich?" – ist Voraussetzung für eine Akzeptanz der eigenen Behinderung und Vorbedingung für eine stabile Verortung der eigenen Person mit ihrem Anders-Sein in der Normalität. Die Verortung zwischen Normalität und Anders-Sein ist eine ständige Bewältigungsaufgabe für Frauen mit Behinderung.

Frauen mit Behinderung geraten in erster Linie durch Ausschluß, Ausgrenzung, Diskriminierung und Abwertung durch andere Menschen in einen **Minderheitenstatus**. Die davon berichtenden Frauen erleben sich als ‚rausgedrängt‘, einer Randgruppe zugeordnet oder in einer zugewiesenen Sonderrolle. Der gesellschaftliche Ausschluß bezieht sich häufig noch auf andere Merkmale wie Armut, Flüchtling, Alleinerziehend (mehrfacher Minderheitenstatus). Zur Abseitsposition tragen Arbeitslosigkeit, strukturelle und kommunikative Barrieren, Rückzug von Freunden und Trennungen sowie das Verbergen der Behinderung und ein Abbruch von Beziehungen auf der Seite der behinderten Frau bei. Faktoren, die die Ausbildung eines Minderheitenstatus hemmen, sind Integration (besonders am Arbeitsplatz), Kontakt mit anderen Menschen mit Behinderung, Verständnis, Kommunikation und eine den behinderungsspezifischen Bedürfnissen entsprechende Sonderbehandlung.

Die **Lebensziele** der befragten Frauen mit Behinderung unterscheiden sich nicht von den Lebenszielen anderer Frauen. Sie beziehen sich auf Beruf, Partnerschaft und/oder Familie. Auch schicht- und altersspezifische Einflüsse bestimmen die Zielvorstellungen, z.B. der Wunsch nach Besitz oder nach Ablösung von den Eltern. Die ursprünglichen Ziele können sich durch den (späteren) Eintritt einer Krankheit oder Behinderung in Richtung von mehr Selbstbezug und 'unweiblichem' ‚sich um sich selbst kümmern‘ und Nein-Sagen ändern. **Erfolg** ist für behinderte Frauen wichtig. Definiert wird er vor allem als Bestätigung des eigenen Wertes durch Leistung und Anerkennung entweder im Beruf oder an anderen öffentlichen Orten oder als Leistung ‚relativ‘ zu den vorhandenen Möglichkeiten. Bezogen auf die Behinderung sind vor allem 'kleine' Erfolge im Alltag, bewältigte schwierige oder angstbesetzte Situationen, körperliche Fortschritte mit der Hoffnung auf weitere Verbesserung oder die Beibehaltung größtmöglicher Autonomie wichtig. Indirekt sagen die befragten Frauen damit etwas über die Bewertung der Behinderung und über fehlende Anerkennung aus. Aus diesem Grund kommt gerade dem öffentlich sichtbaren Erfolg der Frauen ein hoher Stellenwert zu in bezug auf die gesellschaftliche Gleichstellung von Frauen mit Behinderung.

Mit der projektiven **Zaubermittelfrage**, was sich verändern würde, wenn die Befragte mit Hilfe eines Zaubermittels z.B. ein Jahr ohne Behinderung leben könnte, werden ungefiltert durch pragmatisches Bescheiden die Vorstellungen von einem nichtbehinderten Leben und nicht erreichbare Ziele erfaßt. Einige Frauen

wollen nichts ändern, weil sie sich nicht eingeschränkt fühlen, weil sie sich in ihre Situation hineingefunden haben und nicht noch einmal ein neues Leben lernen wollen oder weil sie durch die Behinderung persönlich gewonnen haben. Die meisten aber nennen unerfüllbare Wünsche, Dinge, die sie nicht dürfen oder können, und sprechen damit indirekt die Schattenseite der Behinderung oder Krankheit an. In der Mobilität Eingeschränkter fällt z.B. eine ungehinderte Bewegungsfreiheit ein. Einige assoziieren Ausgefallenes wie das Ausüben von Extremsport oder grenzenloses Tanzen und Feiern, andere denken an die Teilnahme an einfachen Alltagsunternehmungen, also an das, was die 'Normalität' des Lebens von Menschen ohne Behinderung ausmacht. Nicht erreichbare Ziele im familiären Bereich und entgangene berufliche und finanzielle Vorteile werden ebenfalls genannt. Mit den Wünschen an ein Leben ohne Behinderung werden Vorstellungen von Lust, Freiheit, Glück und Spaß verbunden. In der phantasierten Abwesenheit von Behinderung ist der Weg frei, sich ein Leben ohne Beschränkungen auszudenken. Gleichzeitig wird in den Antworten deutlich, daß die Behinderung für Einschränkungen und Verzicht steht. Diese Projektion des Glücks auf das, was nicht erreichbar scheint, ist jedoch auch bei Menschen ohne Behinderung üblich.

Es werden zwei unterschiedliche **Sozialisationsmuster für Mädchen mit Behinderung** beschrieben: Die einen Frauen - mehr Jüngere als Ältere - erzählen, daß ihre Behinderung in der Kindheit im familiären Rahmen normal war, sie zur Selbständigkeit erzogen wurden und - zumindest partiell - unter Gleichaltrigen integriert waren. Die anderen - mehr Ältere als Jüngere - berichten über vorenthaltene Entwicklungschancen, verweigerte Anerkennung und einen Sonderstatus als Außenseiterin sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie. Für alle bedeutete der Übergang von der Kindheit zur Jugend eine Herausforderung: die Sozialisation unter Jugendlichen beinhaltete neue Erfahrungen bezogen auf die Akzeptanz als Frau und auf sexuelle Kontakte. Die geringe Bedeutung der geschlechtsspezifischen Erziehung und die hohe Bewertung von Leistung und Ausbildung bei jüngeren Frauen zeigt, daß die allgemeine Veränderung der weiblichen Sozialisation auch junge Frauen mit Behinderung trifft und daß diesen heute der Bereich der schulischen und beruflichen Qualifikation mehr offensteht als früher.

Auch Frauen mit Behinderung entwickeln wie Frauen ohne Behinderung eine Doppelorientierung zwischen Beruf und Familie mit vielen unterschiedlichen Nuancen und Gewichtungen der Bereiche. **Ausbildung und Beruf** haben für die meisten Befragten einen hohen Stellenwert, aber sowohl bezogen auf Bildung als auch bezogen auf den beruflichen Werdegang und **die finanzielle Situation** müssen sie deutliche Einbußen und Einschränkungen hinnehmen, wobei sich bei den Älteren zeithistorische mit behinderungsspezifischen Benachteiligungen verbinden. Alle befragten Frauen verfügen über einen normalen Schulabschluß. Frauen, die in der Kindheit behindert waren, mußten Benachteiligungen hinnehmen und einen erhöhten Lernaufwand betreiben, um in der Schule mitzukommen. Die meisten konnten wegen der Behinderung ihre Berufswünsche nicht umsetzen oder mußten berufliche Ausbildungen abbrechen. Im Westen spielte zusätzlich die Bevormundung durch die Eltern eine Rolle, Frauen aus Ostdeutschland berichten dagegen von staatlichen Eingriffen in ihre Berufsfindung.

Schwierigkeiten beim Berufseinstieg nach der Ausbildung werden auf die zu diesem Zeitpunkt bestehende Behinderung zurückgeführt. Es zeigen sich insgesamt sehr heterogene Muster von überwiegend „gebrochenen“ Berufsbiographien, wobei einige Gründe für Wechsel und Unterbrechungen frauentypisch sind (z.B. Erziehungsurlaub), andere Gründe durch die Behinderung erzwungen werden (z.B. Reduzierung der Stundenzahl, Aufgeben des erlernten Berufs wegen körperlicher Überlastung, Krankschreibungen, Frühberentungen, Kündigungen wegen Fehlzeiten, Arbeitslosigkeit, Umschulungen). Die geringe Erwerbstätigkeitsquote ist darauf zurückzuführen, daß die Frauen entweder direkt aus Behinderungsgründen oder indirekt über strukturelle Arbeitsmarktprobleme schneller aus dem Erwerbsalltag herausfallen als nicht-behinderte Frauen. Rehabilitations-Maßnahmen werden nur von einer Befragten als Möglichkeit eines beruflichen Wiedereinstiegs angesprochen. Das größte Problem bei der eingetretenen Arbeitslosigkeit besteht in der unzureichenden finanziellen Absicherung der betroffenen Frauen, die finanziell von ihrem Ehemann oder von nahen Angehörigen abhängig werden. Arbeitslosigkeit wird besonders von Frauen aus dem Osten in Zusammenhang mit der Wende und den Massenentlassungen nach 1989 thematisiert. Bei der Arbeitssuche wird die Behinderung als gravierendes Hindernis erlebt. Die finanzielle Situation der Interviewten ist insgesamt als schlecht einzustufen. Die behinderten Frauen sind, auch wenn sie selbst erwerbstätig sind, häufig auf die Rente oder das Einkommen des Ehemannes angewiesen. Die geäußerte Zufriedenheit mit der Situation resultiert eher aus großer Bescheidenheit und Anspruchslosigkeit der Befragten als aus ausreichender finanzieller Versorgung.

Die interviewten Frauen mit Behinderung sind oder waren zu 70% verheiratet. Eine **Partnerschaft** wird von den meisten gewünscht, aber viele, die als junge Frauen behindert waren, glauben, aufgrund der Behinderung nur schwer einen Partner zu finden. Andere Frauen entscheiden sich bewußt gegen eine Partnerschaft, weil sie Karriere machen oder weil sie neue Verletzungen vermeiden wollen. Mit einer Partnerschaft verbinden die Frauen Wärme, Vertrauen und Geborgenheit oder z.T. ein "normales", "glückliches Leben". Die meisten interviewten Frauen sind mit einem nichtbehinderten Partner verheiratet oder fest gebunden - obwohl gleichzeitig Vorurteile nichtbehinderter Männer gegenüber behinderten Frauen zitiert werden. Als problematisch wird der gesellschaftliche Umgang mit Partnerschaften zwischen einem nichtbehinderten Mann und einer behinderten Frau angesehen: Eine solche Partnerschaft werde für unwahrscheinlich bzw. der nicht-behinderte Mann für bewundernswert gehalten. Die Familie und ein zuverlässiger Partner, der kompetent mit der Behinderung umgehen kann, sind besonders wichtig als Rückhalt, weil Hilfe eher von vertrauten Personen als von Fremden angenommen werden kann, aber auch weil Arbeitslosigkeit und geschlechtsspezifische Arbeitsteilung Frauen häufig auf den häuslichen Bereich verweisen. Neben positiven Schilderungen von Rückhalt in der Familie stehen jedoch Beschreibungen von Trennungen und häuslicher Gewalt gegen die Befragte und gegen die Kinder.

70% der interviewten Frauen haben Kinder. Junge Frauen mit Behinderung wünschen sich eine **Mutterschaft**, zweifeln aber oft daran, ob sie dies mit ihrer Behinderung vereinbaren können. Sie wünschen sich Unterstützung und Vorwis-

sen, um sich für ein Kind zu entscheiden. Der Wunsch, ein Kind zu bekommen, ist häufig groß, bei einigen Frauen ist er stärker als die Angst vor Risiken. Andere verzichten wegen der gesundheitlichen Risiken für die eigene Person oder wegen der Angst, die Behinderung könnte vererbbar sein bzw. vererbt werden, auf (weitere) eigene Kinder. Die Schwangerschaft wird teils als schöne Erfahrung beschrieben, teils werden gesundheitliche Beeinträchtigungen berichtet. Beim Austragen und Aufziehen von Kindern sind u.a. die schwierige Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit und damit auch die finanzielle Lage der Frauen von Belang, wobei die Vereinbarung von Familie und Beruf für die Frauen zu DDR-Zeiten weniger problematisch war. Weitere Problembereiche betreffen die diskriminierenden Reaktionen der Umwelt, die behinderten Müttern ein Recht auf Mutterschaft absprechen, in der häufig nicht rollstuhlgerechten Infrastruktur und der fehlenden Unterstützung der Frauen durch ihre Partner.

Ärzte und Ärztinnen werden sowohl als engagiert und unterstützend beschrieben, als auch als diskriminierend und entmutigend, vor allem dann, wenn sie aufgrund der Behinderung von vornherein von einer Problemschwangerschaft ausgingen und zu einer Abtreibung rieten. Schwangere Frauen entschieden sich selbst zu einer Abtreibung, wenn sie z.B. massive Beeinträchtigungen durch die Schwangerschaft befürchteten oder aufgrund von finanziellen Existenznöten.

Sterilisation ist ein zentrales Thema für Frauen mit Behinderung. Sie wird ihnen selbstverständlich u.a. zur Verhinderung einer möglichen Risikoschwangerschaft oder bei Verhütungsproblemen von Ärzten und Ärztinnen angeraten, offenbar aber meist erst in etwas späterem Alter und wenn bereits Kinder da sind. Insgesamt entsteht der Eindruck, daß den Frauen eher davon abgeraten wurde, Kinder zu bekommen.

Ein **Freundes- und Bekanntenkreis** ist wichtig zur emotionalen und instrumentellen Unterstützung, als Garant für Mobilität und als Zugang zu neuen Erfahrungen. Der Eintritt der Krankheit bzw. Behinderung führt bei einigen dazu, daß sich Freunde oder Freundinnen abwenden. Bei anderen haben sich Freundschaften intensiviert. Schwierig scheint es, neben langjährigen gut ausgesuchten Freundschaften neue aufzubauen. Hier ist auch die Angst vor Ablehnung größer als bei den langjährigen Freundschaften. Das Einlassen auf freundschaftliche Beziehungen hängt u.a. von der Möglichkeit ab, körperliche Einschränkungen mit Freizeitaktivitäten zu vereinbaren. Befürchten die Frauen, Ansprüchen und Erwartungen nicht genügen und nicht „mitmachen“ zu können, ziehen sie sich zurück. Nur wenige Frauen schätzen sich als gesellig ein. Wichtigste Menschen sind hauptsächlich nahe Familienangehörige. Freundschaften zu anderen Menschen mit Behinderung sind kein zentrales Thema.

Die Aussagen zu **Sexualität** sind sehr unterschiedlich. Einige lehnen ab, darüber zu sprechen, einige beschreiben Sexualität als „ganz normal“ und kein Tabuthema, für andere sind harmonische Übereinstimmung mit dem Partner, Zärtlichkeit und gemeinsame Interessen wichtiger als Sexualität. Einige schildern, daß ihre Sexualität seit dem Eintritt der Behinderung ruhiger und weniger intensiv ist. Die Abnahme der sexuellen Aktivität kann Folge einer langen Ehedauer sein, aber auch Ausdruck von Scham aufgrund von Bewegungseinschränkungen und dem Gefühl, an Attraktivität verloren zu haben, oder eine Manifestation des

Glaubens, Behinderung und Sexualität seien unvereinbar. Der Partner und sein Umgang mit der Behinderung spielen eine zentrale Rolle, denn das gemeinsame Aushandeln des Was und Wie in der sexuellen Begegnung ist von hoher Bedeutung. Einige Frauen betonen ausdrücklich die Abhängigkeit des Genusses vom Verständnis des Partners, bei anderen verändert sich die Bedeutung von Sexualität durch einen Partnerwechsel oder eine Trennung. Einige Frauen entwickeln bestimmte "Regeln" für ihre Partner, um trotz körperlicher Einschränkungen Sexualität lustvoll erleben zu können. Obwohl die Befragten zustimmen, daß Sexualität von Behinderten gesellschaftlich tabuisiert wird, sehen sie kaum einen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Einstellungen und dem Umgang mit Sexualität von Menschen mit Behinderungen. In den seltensten Fällen fordern sie gesellschaftliche Einstellungsveränderungen.

Erfahrungen mit dem **Assistenzsystem**, mit Operationen, Ärzten oder Ärztinnen und Pflegepersonen gehören zum Alltag von Frauen mit Behinderung. Viele der befragten Frauen haben schlechte Erfahrungen mit medizinischer Behandlung, wobei Kriterien sind, inwieweit sie als Patientinnen ernst genommen, ausreichend aufgeklärt und informiert werden, auf Sensibilität für die Bedeutung der Behinderung stoßen, als ganzer Mensch und nicht als Objekt behandelt werden und erleben, daß die Grenzen der körperlichen und psychischen Integrität akzeptiert werden (z.B. keine Bloßstellung des Körpers). Die Klagen beziehen sich auf die Kommunikation, aber auch auf Fehldiagnosen und Folgeschäden, auf fehlende Kompetenz, Desinteresse, Unsensibilität, zu häufiges Anraten und zu schnelle Durchführung von medizinischen Eingriffen sowie Streichung von Geldern zur Finanzierung von medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Leistungen. In der Diskussion werden diese Klagen als Ausdruck einer grundsätzlich mißlingenden Kommunikation zwischen dem ärztlichen System und den Patientinnen interpretiert, bei dem die Verständigungsprobleme dadurch zuge-spitzt werden, daß die Frauen als Expertinnen für ihren Körper in dem medizinischen System nicht anerkannt werden und daß ihnen nicht zugestanden wird, selbstbestimmt und selbstverantwortlich über sich und ihren Körper zu entscheiden. In bezug auf die Inanspruchnahme von Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen läßt sich eine große Zurückhaltung der befragten Frauen feststellen. Assistenz und Pflege im privaten Bereich wird nur äußerst selten staatlich finanziert. Hier sind die Frauen vor allem auf Unterstützung durch ihren Ehemann oder ihre Kinder angewiesen.

Situationen von **Diskriminierung und Stigmatisierung** gehören zu wiederkehrenden Alltagserfahrungen, insbesondere für Frauen mit einer sichtbaren Behinderung. Viele Formen von Achtungs- und Rücksichtslosigkeit, Abwertungen, Anstarren, Über- und Unterforderungen und Benachteiligung werden genannt. Die Diskriminierung erstreckt sich auf viele Bereiche, z.B. auf das Arbeitsleben (schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt und mangelnde Integration im Betrieb), auf Mutterschaft (Absprechen des Rechts auf Mutterschaft) und auf die weibliche Identität (Nichtwahrnehmen als geschlechtliche Wesen). Barrieren wie z.B. nicht behindertengerechte öffentliche Einrichtungen und Verkehrsmittel werden als diskriminierend und ausschließend erlebt. Zentral ist die Überzeugung, daß es generell Vorurteile gegen Menschen mit Behinderung gibt. Vorurteile gegenüber Frauen mit Behinderung betreffen vor allem den Eindruck, daß nichtbe-

hinderte Männer Angst vor Frauen mit Behinderung haben, sie abwerten oder ihnen vermitteln würden, keine "richtige" Frau zu sein.

Die Antworten auf die Frage nach Wünschen an Staat und Gesellschaft sind überwiegend vage, unspezifisch und häufig geschlechtsneutral. Die Veränderungsvorschläge betreffen ein breites Spektrum von verbesserter finanzieller Absicherung, Verbesserungen auf dem Arbeitsmarkt und im Arbeitsleben bis zur Gesundheitsversorgung (inklusive Finanzierung von persönlicher Assistenz und Haushaltshilfen). Der Staat sollte mehr Anlauf- und Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung bereitstellen. Von der Gesellschaft erwarten die Frauen eine Veränderung ihrer Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung, daß die Behinderung im Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Einschränkungen ihre Bedeutung verliert und Betroffene als vollwertige, "normale" Menschen behandelt werden. Ein Integrationsbedarf besteht in allen Bereichen des öffentlichen Lebens. Begegnungen und Kommunikation zwischen Menschen mit und ohne Behinderung sollten zum Alltag gehören. Von dem sozialen Umfeld wird mehr Verständnis, Toleranz und Offenheit, stärkere Rücksichtnahme, selbstverständlichere und angemessene Hilfeleistungen und eine bewußtere Auseinandersetzung mit dem Thema Behinderung erwartet. Interessenvertretung von Frauen mit Behinderung wird vor allem in Zusammenhang gebracht mit Schwierigkeiten, im sozialen Umfeld Probleme mit der Behinderung zur Sprache zu bringen. Den politischen Parteien wird vorgeworfen, Probleme von Behinderten nicht für wichtig zu halten. Als Problem wird auch der fehlende Zusammenschluß von Betroffenen auf kommunaler Ebene bzw. im näheren sozialen Umfeld empfunden.

Die Befragten wurden auch nach **Erfahrungen mit Übergriffen und körperlicher und/oder sexueller Gewalt** gefragt. Eine Vertrauensbasis herzustellen, um im Rahmen eines Interviews über solch verletzend Themen wie erlebte (sexuelle) Gewalt zu sprechen, ist im Rahmen einer kurzen Interviewbegegnung sehr schwer. Die Zahl der nur angedeuteten oder nur rekonstruierend erschließbaren Traumatisierungen und die Schwierigkeiten der Frauen, ihre 'normalen' Erlebnisse als sexuelle Übergriffe zu definieren, legen die Annahme nahe, daß mehr Frauen, als hier zitiert werden, sexuelle Gewalt erlebten. Berichtet werden Erlebnisse von Exhibitionismus, sexuelle und körperliche Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenalter in unterschiedlichen Formen und mit unterschiedlichen Auswirkungen. Keine Frau berichtet von sexueller Gewalt in der Ehe, obwohl viele ihre (Ex-)Ehemänner als alkoholkrank beschreiben. Zur Rolle der Behinderung werden von den Frauen zwei sehr unterschiedliche Meinungen bezüglich der (Nicht-)Sichtbarkeit der Behinderung und deren Bedeutung für das Erfahren sexueller Gewalt vertreten. Zum einen könne die Sichtbarkeit sexuelle Übergriffe erleichtern. Die körperlichen Einschränkungen verstärken die Angst der Frauen vor Angriffen (z.B. nicht weglaufen können) und werden als Taterleichterung eines potentiellen Täters antizipiert. Fehlende Sichtbarkeit der Behinderung könne so vor Gewalterfahrungen schützen. Die zweite, gegenteilige Ansicht besagt, daß die Nicht-Sichtbarkeit der Behinderung Belästigung und Übergriffe begünstigt und die Sichtbarkeit der Behinderung vor sexuellen Übergriffen schütze. Dabei wird sichtbare Behinderung mit fehlender sexueller Attraktivität gleichgesetzt. Diese Frauen sind anscheinend - entgegen den Ergebnissen der Kriminal-

statistik - der Ansicht, daß Täter sich nur an nicht-behinderten Frauen vergehen. Insgesamt haben die wenigsten Frauen hilfreiche Unterstützung erhalten, vielen wurde nicht geglaubt. In den Gewaltsituationen reagierten die Befragten mit Flucht, Panik, Scham- und Schuldgefühlen und mit Selbstbezeichnungen.

Für einige Frauen waren die Gewalterfahrungen traumatisierend, d.h. sie überstiegen das, was von den Befragten bewältigt werden konnte, und hatten Folgen, wie sie als „Posttraumatische Belastungsstörungen“ in der Literatur beschrieben werden. **Traumatisierungen** kommen vor allem dann vor, wenn die Gewalt in nahen (innerfamiliären) Beziehungen unter starker emotionaler Abhängigkeit stattfindet, lange andauert und/oder keine unterstützenden oder Hilfspersonen verfügbar sind. Die hauptsächlichsten Probleme, die sich im späteren Leben einstellen, betreffen für die Frauen mit frühen Traumatisierungen das Herstellen von Beziehungen. Hier fließen ambivalente innere Haltungen ein, z.B. starke Abhängigkeit und eingeschränkte Eigenständigkeit bei gleichzeitiger Angst vor Nähe und Angewiesensein. Eine extreme Traumatisierung kann als Folge einen "Verlust der Verbindung zur Welt" haben, d.h. Probleme, überhaupt Beziehungen zu Menschen herzustellen. Das Hauptthema der erlittenen Gewalt zeigt sich in den aus der Literatur bekannten Aspekten: Zu den männlichen Tätern wird kaum eine Beziehung beschrieben. Die Beziehung zur Mutter als Täterin ist gekennzeichnet durch eine hohe Bindung bei gleichzeitiger Schonung. Insgesamt tauchen Gefühlsäußerungen zu den traumatischen Erfahrungen nicht auf, sie sind abgespalten. Die Gewaltüberlebenden sehnen sich nach Hilfe und Unterstützung und lehnen diese gleichzeitig ab, z.T. aus Scham, z.T. um die anderen zu schonen. Sie zweifeln an sich, schreiben die Ursache der Gewalt z.T. sich selbst zu. Das Erleben von Einsamkeit, Isolation, Hilflosigkeit und Ohnmacht kann sich durch die gesamte weitere Biographie ziehen. Thematisch geht es bei der Bewältigung der Traumatisierung um das Erlernen von Wehrhaftigkeit und Rebellion gegen Bevormundung und Gewalt, die Suche nach Konzepten, um die Welt und das eigene Leben zu verstehen, die Kontrolle über andere Menschen, wie z.B. eigene Kinder, die Nähe und Geborgenheit bringen. Die Behinderungen und Krankheiten werden von den Frauen wenig thematisiert, da die Auswirkungen der Traumatisierungen für sie dringlicher sind als die Auswirkungen der körperlichen und krankheitsbedingten Einschränkungen.

Behinderungen und Gewalt können in den Biographien der befragten Frauen zusammenhängen: Die Behinderungen und Krankheiten können zum einen Folge der Gewalt sein, direkt als körperliche Auswirkungen von Gewalt (v.a. in der Kindheit) oder indirekt über psychosomatische Manifestationen der psychischen Auswirkungen von erlebter Gewalt. Zum zweiten können die Behinderungen und Krankheiten Traumatisierungsfolgen wie Rückzug, Isolation, Einschränkung von Kommunikationsmöglichkeiten etc. zusätzlich verstärken. Insgesamt müssen von den Frauen Traumatisierungen und körperliche Beeinträchtigungen gleichzeitig bewältigt werden, d.h. die Bewältigung der Behinderung und die Bewältigung der Gewalt gehen Hand in Hand und beeinflussen einander.

7 Ergebnisse der Gespräche mit Expertinnen und Experten

7.1 Befragungsdesign

Tab. 36: Gespräche mit Expertinnen und Experten: Befragungsdesign

Institution / Verband	Frauenpolitik	Behindertenpolitik
Kommission der Europäischen Gemeinschaft (Brüssel) European Women's Lobby	A2	A1
Bundesministerien (Bonn)	A3	A4 , A5
Vier Länderministerien Sachsen-Anhalt Baden-Württemberg Berlin und Niedersachsen	A7 A10	A6 A8 A9
Zwei kommunale Verwaltungen Leipzig Freiburg	A11 A13	A12 A14
Zwei Wirtschaftsverbände Arbeitgeberverband Bund deutscher Unternehmerinnen	A16	A15
Vier Frauenorganisationen Unabhängiger Frauenverband Hausfrauenverband Landfrauenverband Bundesvereinigung der Frauenverbände	A17 A19 A18 A20	
Drei Behindertenverbände (Ost/West) Sozialverband Reichsbund e.V., VdK BAG „Hilfe für Behinderte“	B1 B4	B2, B3 B5
Selbsthilfeinitiativen behinderter Frauen		
Interessenvertretung „Selbstbestimmt leben“, Erlangen		B7
Ganzheitl. Bildungs- und Beratungszentrum für behinderte Frauen, BiBeZ e.V., Heidelberg		B8
Frauenbeauftragte des Deutschen Gehörlosenbundes, Kiel		B9
Hessisches Koordinierungsbüro für behinderte Frauen, Kassel		B10
Hessisches Netzwerk behinderter Frauen Marburg		B11
Netzwerk behinderter Frauen, Berlin (Ost und West)		B13, B12
Netzwerk behinderter Frauen Nordrhein – Westfalen, Münster		B14
Krüppel - Lesben – Netzwerk, Bochum		B15
Verein von Frauen und Mädchen mit und ohne Behinderung Schleswig-Holstein, Lübeck		B16
Rad und Tat, Offene Initiative lesbischer Frauen, Berlin		B6
Frau anders, Suhl		B17
Zentrum für selbstbestimmtes Leben, Jena		B18
Arbeitsgruppe behinderte Mütter, Düsseldorf		B19
Bundesnetzwerk behinderter Frauen		B20

Die Kriterien der Auswahl von Interviewpartnern und -partnerinnen wurden in Kap. 4.4 dargestellt. Die Verteilung der Befragungen auf unterschiedliche Politikbereiche kann den nachfolgenden Tabellen entnommen werden. In Gruppe A wurden die Vertreter und Vertreterinnen der politischen Administration sowie der großen Interessenverbände in den Bereichen Behinderung, Wirtschaft und Frauen eingeordnet; Gruppe B wurde von den Vertreterinnen der Basis- und Selbsthilfeinitiativen behinderter Frauen gebildet.

In Gruppe A (Administration und Interessenverbände) kommen vor allem Referatsleiter und -leiterinnen, Behinderten- und Gleichstellungsbeauftragte, Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer u.ä. zu Wort, in Gruppe B (Basisinitiativen und Behindertenverbände) hauptsächlich Vorstandsfrauen, Projektleiterinnen, Beraterinnen u.ä.. Daraus ergeben sich weitere Unterschiede zwischen den Gruppen: Die Gesprächspartner und -partnerinnen der Gruppe A - aufgrund der führenden Positionen nachvollziehbar - arbeiten im Schnitt schon länger in ihren Bereichen und sind älter: Acht Personen sind zwischen 50 und 59 Jahre (dies ist der Altersgipfel) und sechs zwischen 40 und 49 Jahre alt. Nur vier Befragte aus Gruppe A, aber dreizehn Befragte aus Gruppe B sind jünger als 39 Jahre. Der Altersgipfel liegt in Gruppe B bei 30 bis 39 Jahren (11 Frauen). In beiden Gruppen sind sehr junge Leute kaum vertreten.

In dreiviertel der von den Befragten vertretenen Einrichtungen sind selbst Frauen mit Behinderung tätig, wobei im Selbsthilfebereich in manchen Fällen die Arbeit ausschließlich von Betroffenen geleistet wird. Einige Gesprächspartner und -partnerinnen, vorwiegend in Gruppe B, sind selbst behindert.

7.2 Aufgabengebiete und Erfahrungen der Experten und Expertinnen

Aufgaben und Ziele, Herangehensweise und Strategien im Bereich Frauen mit Behinderung

Der Anlage des Forschungsdesigns folgend deckt das Spektrum der **Aufgabengebiete** sehr unterschiedliche Problemlagen ab. Einige Selbsthilfeinitiativen wollen Frauen mit Behinderung „in jeder Hinsicht“ weiterhelfen und bieten Beratung und Unterstützung in allen Lebensbereichen an. Auch auf institutioneller Ebene wurde generalistisch die Verbesserung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung, die Bereiche der Integration und Rehabilitation Behinderter und allgemein Maßnahmen gegen die „*doppelte und dreifache Diskriminierung*“ (A10) genannt. Als Aufgaben wurden in beiden Gruppen A und B weiterhin spezielle Themen angesprochen, darunter häufig sozialrechtliche Fragen und die Arbeitsmarktsituation, aber auch Mobilitäts- und Kommunikationsprobleme, Sexualität und Partnerschaft, Rehabilitation und Pflege, barrierefreie Infrastruktur, Diskriminierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen (insbesondere Diskriminierung von Lesben mit Behinderung) und Gewalterfahrungen. Im Selbsthilfebereich ist das Aufgabenspektrum breiter und umfaßt mehr „intime“ Themen. Eine spezielle Aufgabe für Gruppe A ist die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.

Die **Ziele** entsprechen der Aufgabenbeschreibung. Ein großer Teil der Gesprächspartner und -partnerinnen war sich bei den wichtigsten übergreifenden Zielen einig: die Verbesserung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung, die Verbesserung der Möglichkeiten zum selbständigen und selbstbestimmten Leben, die Integration und Normalisierung des Lebens und - häufig betont - die Verbesserung der Arbeitsmarktsituation für Frauen mit Behinderung. Einzelziele wurden im Zusammenhang mit speziellen Aufgabengebieten formuliert (s.o.); darüber hinaus wurde genannt: Unterstützung des betreuten Wohnens, Geselligkeit, Anerkennung der Gebärdensprache, Förderung des „*ZusammenwachSENS von Ost und West*“ bezogen auf Frauen mit Behinderung.

Bei Gruppe A (Administration und Interessenverbände) gab es vorwiegend zwei Positionen:

- keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit Behinderung zu machen (A5) und der Betroffenheit durch Behinderung allgemein eine Priorität gegenüber „*speziellen Benachteiligungen von Frauen*“ einzuräumen (A12)
- von einer „*doppelten Betroffenheit als Frau und als Behinderte*“ (A6, vgl. A9) auszugehen, von „*verschärften Problemen*“ bei Frauen (A20) oder einer spezifischen „*Diskriminierung in ihrem Frausein*“ (A14).

Es wurde ein breites Spektrum von **Wegen und Mitteln** genannt, **die Ziele zu erreichen**, wobei hier Antworten auf die Fragen nach Leitlinien und nach den Wünschen an die Gesellschaft zusammengefaßt und auch andere Fragen einbezogen wurden, sofern dort Wege zur Verbesserung der Situation von Frauen mit Behinderung erwähnt wurden. Als wichtigste Wege allgemein oder für spezielle Untergruppen wurden genannt:

- Förderung und Qualifizierung von Frauen mit Behinderung
- Stärkung ihres eigenen Selbstvertrauens, Möglichkeiten zur Auseinandersetzung in ihrem Anderssein und mit einem negativen Behindertenbild bei Frauen mit Behinderung selbst
- Frauen mit Behinderung müssen ihre Interessen selbst vertreten (auch in Parteien) und mit Energie und Willen zu Veränderungen beitragen, Betroffene sollten als „*Expertinnen in eigener Sache*“ einbezogen werden
- öffentliche Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit zur Förderung von Toleranz und Akzeptanz von Frauen mit Behinderung als vollwertige, gleichberechtigte Menschen, Aufklärung, die zur Bewußtseinsänderung und zur Wahrnehmung in der Öffentlichkeit führt, aber auch um die Zielgruppe der Frauen mit Behinderung zu erreichen, Aufdeckung täglicher Diskriminierungen, positives Bild von Frauen mit Behinderung in den Medien, Unterstützung von Veranstaltungen, mehr Forschungsarbeiten
- politische Strategien der Vernetzung und Suche nach Bündnispartnern in Gruppe B, in Gruppe A Unterstützung von Vereinigungen und Selbsthilfegruppen

- gesetzliche Veränderungen (Antidiskriminierungsgesetze/Gleichstellungsgesetze, Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes, indirekt angesprochen: Änderungen von Pflegeversicherungsgesetz und Leistungsgesetzen, s.u.)
- Erarbeitung von frauenpolitischen Programmen oder von Frauenförderungsprogrammen (in die die Probleme behinderter Frauen aufzunehmen sind), Quotierungen im Arbeitsbereich, paritätisch besetzte Behindertenbeiräte auf allen Ebenen des öffentlichen Lebens, flächendeckende Antidiskriminierungskursangebote für Nichtbehinderte, um das Bild von Frauen, Lesben und Männern mit Behinderung zu ändern
- Verankerung von Ansprüchen, z.B. das Recht auf persönliche Assistenz
- Beseitigung von Barrieren und eine Bauplanung, die Belange von Behinderten berücksichtigt, verbesserte Nutzungsmöglichkeit von Hilfsmitteln, Anerkennung der Gebärdensprache
- Schaffung von Intergrationseinrichtungen, Beratungsmodellen wie peer counselling und Netzwerken
- Erstellung von geschlechterdifferenzierenden Statistiken und Erhebungen, um die Lebenslagen und den Bedarf zu erarbeiten.

Ein Antidiskriminierungsgesetz wurde am häufigsten bei der konkreten Frage nach den „Wünschen an Staat und Gesellschaft zur Veränderung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung“ genannt. Zugleich wurde aber auf die Kluft hingewiesen, die zwischen bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen und der Umsetzung in die Praxis besteht.

Die genannten **Leitlinien** sind um folgende Begriffe zentriert: „*Gleichstellung*“ und „*-berechtigung*“, „*gesellschaftliche Chancengleichheit*“, „*soziale Gerechtigkeit über Nachteilsausgleich*“, „*gegenseitige Achtung und Anerkennung*“, „*Integration als Normalfall*“, „*Partizipation*“ und „*Wahlfreiheit*“. Menschen bzw. Frauen mit Behinderung sollten als „*Experten und Expertinnen in eigener Sache angesehen werden*“ (A9, B13). Die Hilfen sollten nicht als „*mitleidige Handlungen*“ gewährt werden, sondern „*die Würde des Menschen*“ sollte im Vordergrund stehen und Menschen mit und ohne Behinderung sollen als Menschen anerkannt werden (B5).

In den Äußerungen aus Gruppe B (Basisinitiativen und Behindertenverbände) war es ein vorrangiges Ziel, „*daß wir wahrgenommen werden*“ als Frauen mit Behinderung (B17), sich öffentlich mit der Behinderung identifizieren und sich positiv zu ihr bekennen zu können, um „*sich selbst zu vertreten*“ (B18). „*Außerdem muß man viel mehr Möglichkeiten der Erfahrung schaffen, damit die Menschen allmählich kapieren, was es heißt, als behinderte Frau in unserer Gesellschaft zu leben und wie es besser sein könnte, als es zur Zeit ist. Also der Mangel an Erfahrung scheint mir ein gravierendes Problem in der Behindertenpolitik oder in der Realität behinderter Menschen zu sein, aber für Frauen gilt das nochmal verstärkt.*“ (A4)

Ergänzend muß darauf hingewiesen werden, daß manche Befragte die Frage nach Leitlinien bzw. Strategien zurückwiesen. Eine exemplarische Antwort lau-

tete: „Wir haben eigentlich so ein Motto nicht. Wir haben auch keine besondere Farbe, verstehen sie, wir haben auch keinen Schlachtruf.“ (B5)

Eine Reihe der Forderungen beziehen sich mehr auf die Situation als *Frauen* mit Behinderung und auf die Probleme, die Frauen mit Behinderung mit anderen Frauen teilen. Andere heben auf den behinderungsspezifischen Aspekt ab, also auf die Probleme, die Frauen mit Behinderung mit Männern mit Behinderung gemeinsam haben. Damit kreuzen sich zwei Politiklinien: „Die Frauenministerien sollen sich angesprochen fühlen, daß es eine originäre Aufgabe für sie sein muß, für behinderte Frauen mit zu denken, mit zu planen. Und die Behindertenpolitik muß behinderte Frauen mehr in den Blick nehmen, da bisher alles geschlechtsundifferenziert gehandhabt wird.“ (B13)

Erfahrungen bei der Interessenvertretung von Frauen mit Behinderung durch die Institutionen (Frage 27 bis 31)

Es wurde von einigen Befragten erwähnt, daß durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit bzw. größere Aufmerksamkeit in den Medien noch mehr Chancen von den Frauen genutzt werden können. Vom Informationsfluß hängt es ihrer Meinung nach ab, ob die Informationen von bestehenden Angeboten die Frauen überhaupt erreichen. Auch wenn den Angeboten eine gute Resonanz bescheinigt wurde, war es „schwierig, behinderte Frauen zu überzeugen, an wichtigen Dingen teilzunehmen“ (B7) bzw. gab es Vorbehalte gegen Selbsthilfeinitiativen, „wir würden die Leute zu sehr aufwiegeln ... Es gibt wirklich Ängste und Vorbehalte bei einigen Verantwortlichen, was wir mit ihren schönen braven Behinderten alles anfangen könnten.“(B18)

Die Experten und Expertinnen wurden nach ihren **Erfahrungen mit einer rechtlichen und sozialen Benachteiligung von Frauen mit Behinderung** gefragt. Vor allem in der Gruppe A (Administration und Interessenverbände) wurde von einigen Gesprächspartnern und -partnerinnen das Vorhandensein einer rechtlichen Benachteiligung mit Verweis auf Art. 3, Abs. 2 des Grundgesetzes negiert. Es wurde darauf verwiesen, daß es kein Gesetz gibt, das Frauen mit Behinderung ausschließt oder benachteiligt. Dem Urteil dieser Experten und Expertinnen zufolge handelt es sich in den allermeisten Fällen nicht um rechtliche, sondern um soziale Benachteiligung. In der Gruppe B (Basisinitiativen und Behindertenverbände) wurden dagegen Hinweise auf indirekte Auswirkungen von Gesetzen gegeben, die zum Nachteil von Frauen mit Behinderung gereichen, weil sie die Spezifik ihrer Lebenssituation nur unzureichend berücksichtigen (z.B. nicht frauenspezifische Leistungsgesetze: B17). Häufig wurde das Sexualstrafrecht genannt, das beispielsweise die Vergewaltigung von sogenannten widerstandsunfähigen Frauen geringer bestraft als die von anderen Frauen. Ebenso häufig wurde es als rechtliche Benachteiligung gewertet, daß Frauen mit Behinderung bestimmte Nachteilsausgleiche nicht erhalten, wenn sie nicht berufstätig sind (Beispiel PKW für Mütter).

Vor allem wurden von den Experten und Expertinnen eine Vielzahl von **sozialen Benachteiligungen** genannt. Schwerpunkte bilden dabei zum einen das Erwerbsleben, inklusive Ausbildung, Berufsförderung und Rehabilitationsmaßnah-

men und zum anderen die geringere soziale Absicherung von Frauen mit Behinderung (vgl. Born u.a. 1992, 34). Darüber hinaus wurden spezielle Benachteiligungen genannt wie z.B. die wiederholten Untersuchungen zur Feststellung bzw. Rechtfertigung von finanziellen Ansprüchen als „*Eingriff in die Privatsphäre, die ohnehin schon sehr angegriffen ist*“ (A15), die ökonomisch schlechte Lage von Menschen mit Behinderung, die sie davon abhält, Rechte und Angebote wahrzunehmen (B12), oder die Fokussierung allein auf das Kindeswohl bei Untersuchungen und Angeboten für Mütter mit Behinderung (A4).

Auf die Frage nach **Erfolgen**, die in den letzten Jahren zu verzeichnen sind, wurde von den Experten und Expertinnen der Gruppe A und B übereinstimmend am häufigsten die gelungene **Vernetzung** genannt. Es wurde in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, daß die entstandenen Netzwerke zunehmend respektiert würden (vgl. Zimmer 1997, 10). Aber auch Frauenselbstverteidigungskurse zählen in den Augen der Interviewten zu den Erfolgen, die besonders nennenswert sind.

Offensichtlich wurde diese Frage von den Gesprächspartnern und -partnerinnen auf verschiedenen Ebenen betrachtet. Während ein Teil ganz konkrete Erfolge aufzählte (Durchführung von Tagungen, Konferenzen und Seminaren, Förderung von Modellprojekten, Erstellung von Broschüren, Gründung eines Behindertenbeirates, zunehmendes Angebot an betreuten Wohnformen und barrierefreien Wohnungen, gelungene Arbeitsplatzvermittlung, Akzeptanz einer Gebärdensprachdolmetscherin usw.), sah ein anderer Teil der Experten und Expertinnen die Erfolge stärker auf der Einstellungsebene: Mehrfach wurde angesprochen, daß es gelungen sei, die Thematik von Frauen mit Behinderung ins Blickfeld der Politik zu rücken und politische Parteien für die Belange zu gewinnen sowie überhaupt Nichtbehinderte für die Probleme von Frauen mit Behinderung zu sensibilisieren. Es wurde konstatiert, daß mehr Offenheit, mehr Wahrnehmung herrsche und es gelungen sei, die Position von Frauen mit Behinderung deutlich zu stärken.

Bei der entgegengesetzten Frage nach erlebten **Niederlagen** wurde der Begriff von den Befragten häufig erst einmal relativiert. Einige wollten eher von ungelösten Problemen, Schwierigkeiten, Rückschritten, negativen Beispielen u.ä. sprechen. Auch bei der Beantwortung dieser Frage zeigt sich die Spannweite von konkreten Sachverhalten (Thema Sterilisation im neuen Betreuungsrecht, kein Landespflegegeld, Verschlechterungen im Rahmen der Pflegeversicherung, männerdominierte Behindertenverbände, zu wenig Ost-Frauen, nicht zufriedenstellende Resonanz auf Angebote bei den Frauen mit Behinderung, Mobil nicht genehmigt, keine Gebärdensprachdolmetschereinblendung in Frauensendungen wie „Mona Lisa“) bis hin zu prinzipiellen Kritikpunkten. Mehrfach spielten Finanzierungsprobleme eine sehr große Rolle. Besonders negativ wurde bewertet, daß Nichtbehinderte zu wenig bereit seien, sich für Behindertenpolitik einzusetzen und daß sie sich teilweise mit der Problematik von Frauen mit Behinderung nur schmücken bzw. diese nur als Alibi benutzen würden. Angesprochen wurde auch das vorherrschende negative Behindertenbild, gerade wenn es sich um geistig und psychisch Behinderte oder aber um sehr schwer Körperbehinderte in Altenheimen handelt.

In Richtung Politik gesprochen wurde das Hin- und Herschieben von Verantwortlichkeiten bzw. Zuständigkeitsstreitereien beklagt. Das Ressortdenken in den Ministerien wurde als kontraproduktiv in dem Sinne kritisiert, daß keine engagierte Politik zu diesem Thema betrieben wurde.

Ratschläge und Tips, die die Experten und Expertinnen aus ihren Erfahrungen heraus den Frauen mit Behinderung geben würden, konzentrieren sich in Gruppe A und B weitgehend übereinstimmend auf eine Formel: „**Selbstbewußtsein entwickeln!**“. Weitere meistgenannte Ratschläge sind: sich Informationen verschaffen, sich beraten lassen, sich Unterstützung und Förderung suchen, Gleichgesinnte suchen, sich selbst einbringen, nicht resignieren, sich engagieren, kämpfen, stark machen, mutig sein, Probleme an die Öffentlichkeit bringen und auf Eigenständigkeit achten. Unterschiedlich bewertet wird dabei die Interessenvertretung in autonomen Selbsthilfeinitiativen gegenüber der Nutzung der Macht der Verbände: „*Statt Grüppchen zu bilden, sollten Frauen mit Behinderung mehr in diese ganz normalen Lobbyorganisationen hinein und da mitmischen.*“ (A17)

Mit den Eigenschaften Aktivität, Lautstärke, Selbständigkeit, positives Auftreten und kompetente Äußerung wurde ein Kontrapunkt zu dem „typischen“ Bild von Behinderung gesetzt („*sich nicht ewig zu bemitleiden*“: B11; „*sich nicht in die Ecke stellen lassen!* (...) *Eine Interessenvertretung von außen ist immer ein schlechtes Instrument*“: A7). Von Seiten einer Selbsthilfeinitiative wurde auf die Bedeutung der gemeinschaftlichen Aktion als solche hingewiesen und der Ratsschlag formuliert: „*Wir sollten noch viel mehr gucken, daß wir mehr Spaß haben.*“ (B13)

Auf die Frage hin, ob und wie sich Frauen mit Behinderung **in den letzten zehn Jahren verändert** haben, gaben nur wenige Befragte an, Veränderungen nicht beurteilen bzw. nicht feststellen zu können. Die Antworten gingen am häufigsten in die Richtung: „Sie sind selbstbewußter und aktiver geworden“. Die Frauen zeigen mehr „*Mut zur Selbstdarstellung*“ (A4), sind „*frecher geworden*“ (A5) und haben die „*Schüchternheit*“ und „*Dankbarkeit*“ abgelegt und fordernd Ansprüche angemeldet (B7). „*Sie bitten nicht mehr, sondern fordern und sind sichtbar. Sie sind aufgestanden und haben gesagt: 'Hier sind wir und wir fordern, daß ihr uns beachtet'. Dadurch sind sie erstmal eine Randgruppe geworden. Aber vorher waren sie vereinzelt und jetzt erleben sie sich schon als Gruppe und sind dadurch natürlich viel streitbarer.*“ (B16)

Eine Reihe von Experten und Expertinnen betonte, daß sich damit auch das Bild in der Öffentlichkeit modifiziert habe. Es wurde darauf hingewiesen, daß durch einen veränderten Umgang der Elterngeneration mit ihren behinderten Kindern die heute zwanzigjährigen Frauen einen anderen biographischen Hintergrund haben. Während in der vorhergehenden Generation noch die Tendenz bestand, das behinderte Kind zu verstecken und ihm möglichst wenig Entwicklungs- und Freiräume zu geben, tendieren diese Eltern dazu, ihren Kindern eine optimale Förderung zu geben und für ihre Rechte zu kämpfen. Damit dreht sich auch die Grundhaltung, dankbar sein zu müssen für das, was man bekommt, um in eine Haltung, das Notwendige berechtigt zu fordern.

In zwei Aussagen von Selbsthilfeinitiativen kam die Dialektik der Veränderungen nach dem Motto „Viel erreicht und nichts verändert“ zum Ausdruck: „*Es ist ruhiger geworden, die Zeit des lauten Protestierens ist vorbei. Die Aktionsformen der Frauen haben sich verändert, und sie können inzwischen auf Literatur und bestehende Projekte und Netzwerke zurückgreifen. Es ist einfacher, sich mit der eigenen Situation auseinanderzusetzen, es ist nicht mehr so mühselig, nach Materialien zu suchen und der Austausch ist einfacher geworden. Aber letztendlich hat sich an der Situation nicht viel geändert!*“ (B10) „*Ich glaube, daß die Situation für Lesben besser geworden ist, was sich auch für Lesben mit Behinderung auswirken dürfte. Ansonsten hat sich eine Verschlechterung ergeben durch eine verstärkte Diskussion über Sterbehilfe, über Tötung, über Lebenswerte usw.*“ (B15)

7.3 Behinderung - Frausein - Gesellschaft

Assoziationen zu Frauen mit Behinderung in Deutschland (Frage 7)

Bei der Beantwortung der Frage „*Wenn Sie die Begriffe 'Frauen mit Behinderung - Gesellschaft - Deutschland' hören, was fällt Ihnen dazu ein?*“ herrschte bei den Experten und Expertinnen weitgehend **Konsens**. Die Bewertung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung in unserem Land fiel ausschließlich kritisch bzw. negativ aus (die Angaben in Klammern beziehen sich auf exemplarische Zitate, insgesamt liegen in fast allen Interviews entsprechende Äußerungen vor). Diskriminierungen in allen gesellschaftlichen Bereichen (A9, B16) und vor allem die doppelte und besondere Diskriminierung - als Frau und als Behinderte - wurde immer wieder angesprochen (A1, A7, B10, B11, B12, vgl. Frauen in Deutschland 1998, 167). Die Begriffe „Benachteiligung“ und „Ausgrenzung“ wurden am häufigsten verwendet. Auch auf die Frage nach Unterschieden zwischen Frauen und Männern hin wurde die besondere Diskriminierung von Frauen ein weiteres Mal thematisiert, d.h. beide Fragen, die nach allgemeinen Assoziationen zur Situation von Frauen mit Behinderung und die nach Unterschieden zwischen Frauen und Männern mit Behinderung, wurden ähnlich aufgefaßt und damit die Situation von Frauen mit Behinderung auf der Folie der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern in dieser Gesellschaft gesehen.

Besonders negativ wurde bewertet, daß Frauen mit Behinderung nicht mit ihren spezifischen Frauenproblemen ausreichend wahrgenommen werden, in der öffentlichen Wahrnehmung und damit auf der Bühne politischer Interessenvertretung nicht erscheinen und **nicht positiv als Frau gesehen würden** (A4, A7, A18, B1, B3, B10, B6). Ihnen „*wird zunächst einmal weniger zugetraut und es besteht eine gewisse Ratlosigkeit, wie ein behindertes Frauenleben aussehen könnte, welche Perspektiven es haben könnte.*“ (A15)

Dabei ist die **Arbeitswelt** der Lebensbereich, in dem am meisten Probleme gesehen wurden (A4: „berufliche Benachteiligungen“, A7, B5, B15: unterschiedliche Karrierechancen). Die Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln wurde in einer Nennung der Gruppe A als ausreichend beurteilt, wohingegen die menschliche Kommunikation und Integration defizitär sei (A11). Unterschiede, die eine be-

sondere Diskriminierung der Frau beinhalten, wurden auch im privaten Beziehungsbereich festgestellt (B4). Aus dem Rahmen fällt lediglich eine Äußerung: „Was soll mir dazu einfallen! Daß ich davon ausgehe, daß die Probleme nicht fundamental anders sind als die behinderter Männer und daß man natürlich Frauen als die Hälfte des Kundenkreises mit spezifischen Problemen nicht vergessen darf, aber ich halte nichts von zusätzlichen Dramatisierungen, wie sie in der öffentlichen Meinung von bestimmten Personen gepflegt werden.“ (A5)

Ansichten zu Unterschieden zwischen behinderten Männern und Frauen

Die Frage, ob es **Unterschiede** gibt, **in unserer Gesellschaft als behinderte Frau oder als behinderter Mann zu leben**, wurde von den Experten und Expertinnen bis auf eine Ausnahme („Der behinderte Mann hat es genauso schwer wie die behinderte Frau.“ A16), durchweg in dem Sinn bejaht, daß es Frauen mit Behinderung schwerer haben, ihr Leben zu bewältigen als Männer mit Behinderung, wobei am häufigsten die Problemkreise Erwerbstätigkeit inklusive Ausbildung, Partnerschaft und Mutterschaft genannt wurden. Weitere von mehreren Befragten genannte Gebiete, in denen Frauen mit Behinderung größere Probleme haben als Männer, sind zum einen der Bereich von strukturellen Benachteiligungen, da Förderungen und Unterstützungen in allen Bereichen an männlichen Biographien orientiert sind und zum anderen der Politikbereich, wo Frauen selbst in den Behindertenvorständen unterrepräsentiert sind. Ebenso sind Frauen mit Behinderung viel häufiger sexueller Gewalt ausgesetzt.

Die Antworten auf die Frage nach **Vorurteilen gegenüber Frauen mit Behinderung** - nur fünf der befragten Experten und Expertinnen negierten die Existenz von solchen Vorurteilen - variieren die bereits genannten Motive: Vorurteile erwachsen aus mangelndem Kontakt, geschlechtsspezifische und behinderten-spezifische Vorurteile treffen zusammen. Als Themen der Hauptvorurteile werden mit hoher Übereinstimmung in der Gruppe A und B diejenigen Bereiche genannt, für die Diskriminierungen beschrieben worden waren: **Mutterschaft** von Frauen mit Behinderung (die Fähigkeit, eine gute Mutter zu sein, und damit das Recht auf Mutterschaft wird Frauen mit Behinderung abgesprochen), **Partnerschaft** (eine angemessene Erfüllung der Rolle, z.B. im Haushalt, wird Frauen mit Behinderung nicht zugetraut; die Annahme, sogar Ehemänner hätten Probleme, ihre behinderten Frauen zu akzeptieren) und **der berufliche Bereich** (Annahme einer geringeren Leistungsfähigkeit bei Frauen mit Behinderung). Weitere Vorurteile, die vereinzelt genannt wurden, sind: Frauen mit Behinderung entsprechen nicht dem Schönheitsideal, sind dafür jedoch genügsam und duldsam, sind weniger interessant usw. Eine Reihe von genannten Vorurteilen zielen in ähnlicher Weise darauf, Frauen mit Behinderung kein Geschlecht zuzugestehen bzw. sie unter der männlichen Form mitzumeinen (vgl. B12). Mit den Vorurteilen wird Frauen die Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens abgesprochen: „Es gibt das Vorurteil, wer sich nicht bewegen kann, wer also auf Hilfe angewiesen ist, ist einfach auch nicht in der Lage, ein selbständiges Leben zu führen. Die Leute können sich nicht vorstellen, daß man, wenn man auf Hilfe angewiesen ist, trotzdem in Würde leben kann, selber Ziele formulieren und die dann auch verwirklichen kann. Diese ganze emotionale, intellektuelle Kompo-

nente wird nicht einbezogen. Autonomie wird nicht angenommen, sie wird abgesprochen. Ein weiteres Vorurteil besteht darin, daß Frauen mit Behinderung leiden, daß ein Leben mit einer behinderten Frau hauptsächlich Langeweile beinhaltet. Behinderung wird oft einfach auch assoziiert mit Leiden, mit Verlust, mit Nichtanwesendsein von Spaß und Vergnügen.“ (A15)

Bei der Einschätzung seitens der Experten und Expertinnen, **in welchen Lebensbereichen Frauen aufgrund ihrer Behinderung beeinträchtigt werden** wurde zum einen deutlich, daß sowohl in der Gruppe A, als auch in der Gruppe B die meisten Interviewpartner und -partnerinnen starke Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen sahen, während nur wenige gar keine Beeinträchtigungen erkennen konnten. An vorderster Stelle wurden in beiden Gruppen Beeinträchtigungen in Beruf (in B19 mal, in A15 mal mit „*stark beeinträchtigt*“ angegeben) und Ausbildung (in B17 mal, in A12 mal „*stark beeinträchtigt*“) gesehen, gefolgt von denen in Partnerschaft und Mutterschaft (in Gruppe B 15 resp. 16 mal „*stark beeinträchtigt*“, in Gruppe A jeweils 9 mal). Die Lebensbereiche Sexualität, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung und Reisen folgen dichtauf. In Gruppe B wurden die Beeinträchtigungen mit Abstand kritischer bewertet und häufiger die Antwortmöglichkeit „*sehr stark*“ gewählt.

Integrationsbegriff

Während die Experten und Expertinnen in der Gruppe A (Administration und Interessenverbände) den Begriff der **Integration** überwiegend erklärten und erläuterten, wurde der an sich positiv besetzte Begriff in der Gruppe B (Basisinitiativen und Behindertenverbände) kritisch hinterfragt (vgl. Cloerkes 1997, 189). Von den Politikvertretern und Vertreterinnen wurde unter Integration Teilhabe an und Eingliederung in die Gesellschaft verstanden, wobei mehrfach darauf hingewiesen wurde, daß dies mit gegenseitiger Akzeptanz und nicht mit Anpassung an die Normen der Nichtbehinderten verbunden sein sollte. Einer Politikvertreterin war der Begriff nicht kämpferisch genug, da dem eigentlich jeder zustimmen könnte.

Die Kritik der Selbsthilfeinitiativen an den Zielen der Integration läßt sich auf den Punkt bringen: Wenn Menschen nicht erst ausgegrenzt würden, wäre Integration gar nicht nötig. Begriffe wie „*gleichberechtigte Teilhabe*“ oder „*Chancengleichheit in der Gesellschaft*“ (B13) oder „*gesellschaftliche Akzeptanz*“ (B20) wurden bevorzugt. Angesichts einer defizitären Realität macht das „*Zauberwort*“ mißtrauisch (B7). Integration wurde in zwei Äußerungen mit einer Veränderung der „*Normalgesellschaft*“ verbunden, dagegen wurde eine Veränderung der Behinderten in Richtung Anpassung an Normen abgelehnt (A9, B9). Gegenüber dem Integrationsverständnis werden in einer Stellungnahme die „*Eigenheit und die Besonderheit von Menschen mit Behinderung*“ betont, die „*akzeptiert*“ werden sollten, statt sie „*medizinisch so hinzubiegen, daß sie möglichst der Norm entsprechen*.“ (A9)

Freiheiten und Chancen von Frauen mit Behinderung

Die Experten und Expertinnen erkennen **Freiheiten und Chancen**, die Frauen mit Behinderung gegenüber nicht-behinderten Frauen haben, fast ausschließlich

auf der individuellen Ebene, nicht aber auf gesellschaftlicher Ebene. Nur bei drei Antworten werden als bessere gesellschaftliche Chance spezielle Vergünstigungen auf dem Arbeitsmarkt genannt, die sich durch bessere Zugangsvoraussetzungen für Schwerbehinderte ergeben. Ein Drittel der Experten und Expertinnen sehen sogar für Frauen mit Behinderung keinerlei Freiheiten und Chancen gegenüber nicht-behinderten Frauen. In der Gruppe A (Administration und Interessenverbände) wird dies häufiger geäußert als in der Gruppe B (Basisinitiativen und Behindertenverbände).

Bei den Freiheiten und Chancen im persönlichen Bereich dominierte die Ansicht, daß Frauen mit Behinderung weniger den traditionellen Rollenzuweisungen unterliegen und sich dadurch freier entfalten können. Insbesondere wurde als Vorzug angesehen, daß auf sie, da sie von vornherein dem gängigen Schönheitsideal nicht entsprechen, bestimmte Zwänge nicht wirken (B13). Dadurch, daß sie sowieso als vollwertige Frauen nicht akzeptiert werden, können sie sich mehr leisten, haben Freiheiten und können eher so leben, wie sie wollen (B7). Ihre Persönlichkeitsentwicklung hat demnach mehr Chancen, weil sie andere Wertvorstellungen entwickeln, aus denen mehr Lebenskraft und Lebenskunst entstehen (B3, B16). Da sie einer permanenten Herausforderung unterliegen, müssen sie mehr in die Tiefe gehen und „*gezwungenermaßen*“ neue Qualitäten entwickeln (B3, B20). Außerdem sind sie in vielen Bereichen sensibler. Eine Interviewpartnerin brachte diese erhöhte soziale Kompetenz, die Frauen mit Behinderung demnach besitzen, mit dem Satz „*Schicksal und Lebenskrisen machen stark und geben neue Perspektiven*“ auf den Punkt. Die beschriebene Haltung findet sich sowohl bei Expertinnen, die mit Behinderung leben, als auch bei den unmittelbar in der Behindertenarbeit Tätigen und bei Gesprächspartnerinnen und -partnern aus Politik, Verwaltung und Wirtschaft. Sie wurde als eine Befähigung wahrgenommen, die den Befragten einen besonderen Auftrag stellt, „*daß wir den nicht-behinderten Frauen einen Weg zeigen können, wie sie aus diesen festen Rollenzuschreibungen herauskommen können*“ (B7). „*Es kommt zu einer größeren Sensibilität gegenüber allen menschlichen Problemen. Insofern glaube ich, daß Frauen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen dazu aufgerufen sind, nicht nur für sich selbst, sondern für die Menschheit, für das menschliche Miteinander überhaupt etwas zu tun.*“ (B5)

Persönliche Assistenz für Frauen mit Behinderung

Ein Viertel der Experten und Expertinnen, insbesondere aus Gruppe A (Administration und Interessenverbände), kannte das **Modell der persönlichen Assistenz** nicht. In diesen Fällen wurde von den Interviewerinnen eine kurze Erläuterung gegeben, wobei sich nicht vermeiden ließ, daß die eigene (positive) Haltung damit deutlich wurde. Es ist davon auszugehen, daß diese Erläuterungen die Antworten in unzulässiger Weise beeinflusst haben und die entsprechenden Ergebnisse nur begrenzt aussagefähig sind. Die Unkenntnis dieses Modells selbst unter vielen Experten und Expertinnen sagt dennoch viel über Informationsdefizite und mangelnde Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema aus.

Bis auf zwei Ausnahmen sahen die Experten und Expertinnen, denen das Problem vertraut war, im Modell der persönlichen Assistenz eine günstige Lösung

für eine selbstbestimmte Lebensführung mit Vorteilen gegenüber anderen ambulanten und stationären Hilfen. Dennoch wurde überwiegend betont, daß es eine Wahlmöglichkeit unter anderen bleiben sollte, da es wegen des hohen organisatorischen Aufwandes nicht für jede Frau eine optimale Variante darstelle. Besonders positiv wurde in diesem Zusammenhang das damit verbundene **Recht auf Frauenpflege** bewertet.

Als Wege, die beschritten werden müßten, damit sich dieses Modell entsprechend den Wünschen der Betroffenen durchsetzen kann, wurden mehrheitlich benannt: Verbreitung von Informationen in der Öffentlichkeit inklusive sachkundiger Beratung, gesetzliche Veränderungen insbesondere bezogen auf die Finanzierung (Stichwort Pflegeversicherung) und Änderungen von Einstellungen und Menschenbild bei Ämtern und Behörden. Zahlreiche weitere Schwierigkeiten der Realisierung wurden auf verschiedenen Ebenen benannt: die gesellschaftliche Akzeptanz des Modells fehlt, es ist verbunden mit hohen persönlichen Anforderungen an die Assistenznehmerin, die Wünsche der Assistenznehmerin u.U. nach Aufmerksamkeit und die durch die Nähe gegebene Beziehungsdimension können in der „offiziellen Version“ des Assistenzmodelles nur unzureichend berücksichtigt und vorab vertraglich geregelt werden.

Die Experten und Expertinnen wurden ergänzend zur Beantwortung der offenen Fragen gebeten, aus einer vorgegebenen Liste die drei Themen auszuwählen, bei denen sie **bei der Veränderung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung Schwerpunkte setzen** würden. Nachdem die in Rangfolge gegebenen Antworten gewichtet und eine Punktzahl ermittelt wurde, ergab sich eine Rangfolge mit den ersten Prioritäten „*Spezielle Beratungsangebote für Frauen mit Behinderung* (z.B. *Beratung von behinderten Frauen durch Frauen mit Behinderung*)“ und „*Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit*“, wobei von Gruppe A zu Gruppe B der erste und der zweite Rang vertauscht sind. Überwiegend liegen die Prioritäten nicht weit auseinander nur die Gestaltung von Schulbüchern und die optimale medizinische Versorgung werden unterschiedlich bewertet.

Tab. 37: Schwerpunktbereiche bei der Veränderung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung

Rangplatz (Punkte)	Lebensbereich	Rangplatz (Punkte)	
		Gruppe A	Gruppe B
1 (55)	Spezielle Beratungsangebote für Frauen mit Behinderung (z.B. Beratung von behinderten Frauen durch Frauen mit Behinderung)	2 (18)	1 (37)
2 (40)	Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Frauen mit Behinderung“	1 (24)	3 (16)
2 (40)	Ausbau der Rechtsansprüche auf staatliche Hilfen	2 (18)	2 (22)
4 (25)	Freie Wahl der persönlichen Betreuung (Assistenz durch Frau oder Mann)	4 (12)	4 (13)
5 (16)	Gestaltung von Schulbüchern und Unterricht gegen die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung	9 (4)	5 (12)
6 (13)	Verbesserung der Chancen von Frauen mit Behinderung im Reha-Bereich	7 (7)	6 (7)
7 (12)	Bessere Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinerinnen hinsichtlich des Umgangs mit Menschen mit Behinderung (gegen ein defizitäres Behindertenbild)	8 (5)	6 (7)
8 (11)	Stärkere Thematisierung von Frauen mit Behinderung in den Massenmedien	6 (8)	8 (3)
9 (10)	Optimale medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung	4 (10)	10 (0)
10 (7)	Verbesserung der Kontaktmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung	9 (4)	8 (3)

Datenbasis: LIVE98, eigene Erhebung, N=40.

7.4 Erwerbstätigkeit und berufliche Rehabilitation

Einschätzung der Situation der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke sowie der beruflichen Rehabilitation

Eine Unterrepräsentanz von Frauen sowohl in der beruflichen Rehabilitation als auch in den Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken wurde übereinstimmend festgestellt. Als Ursache hierfür wurden von fast allen Befragten der Gruppe B in erster Linie die nicht wohnortnahen Angebote genannt. Weitere Ursachen wurden in Gruppe A (Administration und Interessenverbände) und B (Basisinitiativen und Behindertenverbände) darin gesehen, daß die Förderung in organisatorischer (unflexibel, keine Teilzeitangebote) und inhaltlicher (Angebotspektrum) Hinsicht männerorientiert ist und auf die weibliche Lebenssituationen keine Rücksicht nimmt. Die Angebote sind außerdem oft unattraktiv, betreffen veraltete oder schlecht bezahlte Berufsbilder. Die Finanzierung der Maßnahmen ist bei Frauen oft problematisch, wenn sie vorher nicht berufstätig waren, weil z.B. Hausfrauen keinen Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen haben. In die-

sem Zusammenhang wurde kritisiert, daß es keinen Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation gibt.

Als Veränderungswege wurden vorgeschlagen: Die Beratung und Motivierung der Frauen könnte verbessert, d.h. stärker bedürfnisorientiert gestaltet werden und es könnten stärker Betroffene als Beratende einbezogen werden. Frauen sollten nicht nur auf den häuslichen oder schlecht bezahlten beruflichen Bereich orientiert werden. Angebote könnten bzw. sollten dezentralisiert werden und eine spezielle Förderung von Frauen durch Angebote von Berufsbildern, die ihren Interessen entsprechen, ermöglicht werden. Auch wurde von mehreren Befragten auf notwendige Änderungen im Arbeitsförderungsgesetz hingewiesen.

Einschätzung der Beschäftigungslage von Frauen mit Behinderung, der Rolle der Arbeitgeber und der Hilfen zur Integration in den Arbeitsmarkt

Bei der Betrachtung der Beschäftigungslage von Frauen mit Behinderung gingen die Experten und Expertinnen mehrheitlich von der allgemeinen und aktuell schwierigen Arbeitsmarktsituation und speziell von der Beschäftigungslage nichtbehinderter Frauen aus, die im Vergleich zu der von Männern deutlich schlechter bewertet wird. Bei Frauen mit Behinderung wurde bis auf drei Ausnahmen eine zusätzliche deutliche Benachteiligung gesehen und die Situation häufig als "chancenlos" oder "katastrophal schlecht" beschrieben. Behinderte Frauen "bilden das Schlußlicht auf dem Arbeitsmarkt". Dabei wurde darauf aufmerksam gemacht, daß die Beschäftigungsquote sowohl im öffentlichen Dienst als auch in privaten Einrichtungen nicht erreicht wird, Frauen mit Behinderung generell eine schlechtere Ausbildung genießen als nicht-behinderte Frauen, oft unterhalb ihrer Qualifikation eingesetzt werden und überdurchschnittlich häufig erwerbslos sind (vgl. Stötzer 1997, 19).

Die Eingrenzung der Ausbildung auf traditionelle Berufsfelder, deren Spektrum oft nicht den Wünschen der Frauen mit Behinderung entspricht, wurde überwiegend kritisiert und mehr Arbeitsplätze mit flexiblen Arbeitszeiten gewünscht, unter deren Bedingungen die Frauen genauso gute Leistungen wie Nichtbehinderte erbringen können.

Die **Arbeitgeber** wurden übereinstimmend stark kritisiert. Die Befragten bescheinigten ihnen eine häufig fehlende Bereitschaft, Frauen mit Behinderung einzustellen (lieber zahlen sie die Ausgleichsabgabe) - trotz vieler Fördermöglichkeiten mitsamt den damit verbundenen finanziellen Unterstützungen. Auch hier wurde die Frage des Bewußtseins und des Bildes von Frauen mit Behinderung als Schlüsselfrage gesehen. Bei Arbeitgebern wurden Nichtwissen, negative Einstellungen und Vorurteile bezüglich der Leistungsfähigkeit der Frauen mit Behinderung als Arbeitnehmerinnen vermutet sowie Ängste bezüglich des Kündigungsschutzes für Behinderte und bezüglich kostspieliger Umbaumaßnahmen. Als positive Beispiele wurden benannt: Einige Arbeitgeber sind aufgrund eigener Erfahrungen im persönlichen Umkreis aufgeschlossen, andere sind nach individueller Ansprache bereit, zumindest Plätze (z.B. Praktikumsplätze), mit denen sie keine langfristigen Verpflichtungen eingehen, für Frauen mit Behinderung einzurichten. Die weitere Bereitschaft, Frauen mit Behinderung einzustellen,

hängt davon ab, ob positive oder negative Erfahrungen in diesem Bereich gemacht wurden.

Obwohl fast alle Befragten diese Herangehensweise der Arbeitgeber stark verurteilten, zeigten einige Verständnis vor allem für kleinere Betriebe: Die Arbeitsmarktlage ist zur Zeit sehr schwierig und die Förderinstrumentarien sind zu kompliziert, wodurch die potentiellen Ansprechpartner überfordert sind. *"Der vorherrschende Zeitgeist fördert keine positiven Impulse. Alles ist angstbesetzt."* (A13)

Bis auf zwei Ausnahmen vertraten alle Experten und Expertinnen die Meinung, daß mehr dafür getan werden sollte, um **Frauen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt zu integrieren** (vgl. Vierter Bericht der Bundesregierung 1998, 50). Es werden zu diesem Thema sehr viele Ideen geäußert, wie dies geschehen könnte. Das Schwerbehindertengesetz wurde ambivalent beurteilt, als Schutz einerseits, als Hürde für Einstellungen andererseits, die zur Bevorzugung von Nichtbehinderten führe. Auch die Ausgleichsabgabe wurde diskutiert. Während die einen dafür plädierten, diese bis zu einer gewissen *"Schmerzgrenze"* drastisch zu erhöhen, meinte ein anderer Teil, daß allein mit finanziellem Druck die Situation sich nicht ändern werde.

Es wurde ein Umdenken gefordert, sowohl bezogen auf die Angebote der beruflichen Rehabilitation und die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke als auch bezogen auf die Bereitschaft der Arbeitgeber, Frauen mit Behinderung einzustellen und für sonstige Hilfen zur Integration in den Arbeitsmarkt (*"etwas in den Köpfen ändern"*: B10). Außerdem wurde eine Veränderung des Frauenbildes allgemein bezogen auf Berufstätigkeit von Frauen sowie speziell was das Zutrauen zu den Kompetenzen von Frauen mit Behinderung angeht für notwendig erachtet. Zugleich sollten die Frauen mehr Selbstbewußtsein, Eigeninitiative und *"Antrieb"* entwickeln, sich weniger über Versorgung durch andere und mehr über einen Beruf identifizieren statt allein Ansprüche auf eine Unterstützung durch die Gesellschaft zu erheben. *"Selbst in den Köpfen der betroffenen Frauen ist eine Schranke vorhanden, trotz Behinderung berufstätig zu sein."* (A3) (Mehrere Male wurde bei dieser Frage nicht zwischen Frauen und Männern unterschieden.) Verbesserte Öffentlichkeitsarbeit wurde von vielen Experten und Expertinnen als Instrument genannt, dieses Umdenken anzustoßen. Dazu gehört auch, Ängste von Arbeitgebern bezogen auf eine mangelnde Leistungsfähigkeit von Behinderten abzubauen, die Vorteile einer solchen integrativen Beschäftigung zu vermitteln und über konkrete Fördermöglichkeiten zu informieren. Mehrere Befragte aus Gruppe B wandten sich explizit gegen die Bereitstellung von Arbeitsplätzen als *"Hilfe"*: *"Frauen mit Behinderung müssen zeigen, daß wir in der Lage sind, mit Freude zu leben und zu arbeiten. Wir müssen etwas Gutes zeigen (...). Ich glaube, dann werden sie besser ankommen, als wenn sie immer nur über Probleme reden."* (B9) Auch ein Verband wollte nicht auf der *"Schiene der Spezifität"* argumentieren, d.h. nicht mit der *"der Besonderheit oder des Opfers, sondern (mit) der Gleichwertigkeit"* (A18) - auch sei die Beschäftigung von Schwerbehinderten keine *"Gnade"* (A15).

Mehrfach wurde die Forderung erhoben, die geschlechtsneutrale Quotierung aufzuheben und statt dessen eine Quotierung von 3% für Frauen mit Behinderung einzuführen. Außerdem wurde - summiert man die einzelnen Nen-

nungen - ein vielfältiger Maßnahmenkatalog aufgestellt. Als Voraussetzungen, die die Frau selbst betreffen, wurden genannt: gute Qualifikation, gleichwertige berufliche Förderung, umfassende geschlechtsspezifische und für Frauenbelange sensibilisierte Beratungsangebote (am besten durch selbst behinderte Frauen), Nutzung des generellen Instrumentariums der Frauenförderung insbesondere für Frauen mit Behinderung, flexible Arbeitszeit. Voraussetzungen, die den Arbeitgeber bzw. die Gesellschaft betreffen, sind dagegen: konsequentere, dauerhafte Förderung und Subventionierung von behindertengerechten Arbeitsplätzen, Schulung der Arbeitsvermittler und Reha-Berater, Sensibilisierung der Frauenbeauftragten der Arbeitsämter, Werbekampagnen in den Firmen, Schnupperkurse für Arbeitgeber. Mehr Möglichkeiten für einen Nachteilsausgleich wurde von einer Expertin gefordert (Zugänglichkeit von Räumen, Anerkennung von Gebärdensprache, Anerkennung der Fähigkeiten von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung sowie generell eine effektivere Genehmigung von Hilfsmitteln: B15).

Bei der Beantwortung der Frage, **wie Frauen mit Behinderung, die bereits im Arbeitsleben stehen, besser unterstützt werden können**, herrschte bei einigen Gesprächspartnern und -partnerinnen eine gewisse Ratlosigkeit bzw. es wurde darauf verwiesen, daß dies im Vergleich zur Arbeitslosigkeit das untergeordnete Problem sei. Als Unterstützungsmöglichkeit für erwerbstätige Frauen mit Behinderung wurde am häufigsten genannt: *"indem Austauschmöglichkeiten geschaffen werden."* Diese Möglichkeiten sowie weitere Beratungsangebote sollen dazu beitragen, das Selbstvertrauen der Frauen zu stärken und Ansprechpartnerinnen in ähnlicher Situation zu finden. Mehrfach wurde das Problem benannt, Frauen mit Behinderung vor Überforderung zu schützen, da sie oft dazu neigen, sich im Beruf zu sehr zu belasten, was dann im Privatleben deutliche negative Spuren hinterlasse. Ansonsten wurden eine Reihe weiterer Unterstützungsmöglichkeiten genannt, z.B. Teilzeitangebote, Fortbildung, mehr Informationen über Rechte, Arbeitsassistenz, Unterstützung zur Mobilität, Kuren, mehr Hilfsmittel, behindertengerechte Ausstattung der Arbeitswelt und der Infrastruktur. Darüber hinaus sollten sich Frauenbeauftragte und Betriebsräte mehr für die Frauen einsetzen und vor allem eine öffentliche Sensibilisierung zu den Problemen von Arbeitnehmerinnen mit Behinderung stattfinden. Der bürokratische, zeitlich und emotional belastende Aufwand, *"immer wieder nachzuweisen, daß man behindert ist"* wurde kritisiert und die Einrichtung von Behindertenbeauftragten als wichtig erachtet (A15).

Ergänzend zu den offenen Fragen äußerten die Experten und Expertinnen sich zu vorgelegten Items zur Beschäftigungssituation von Frauen mit Behinderung, die in der Behindertenpolitik seit Jahren eine große Rolle spielen. Zwischen Gruppe A und B bestand weitgehend Konsens im Sinne einer hohen uneingeschränkten Zustimmung zu den Items *"Es ist eine politische Notwendigkeit und Herausforderung zugleich, daß öffentliche Einrichtungen mit einer qualifizierten behinderten Fachkraft konfrontiert werden"* (A: 17, B: 20 jeweils von 20 stimmten zu) und *"Bei der Arbeitssuche spielt das doppelte Negativimage 'Frau' und 'behindert' eine wesentliche Rolle."* (A: 15, B: 18 jeweils von 20 stimmten zu). Den Items *"Es ist wichtig, daß Frauen mit Behinderung gezielt in Führungspositionen eingesetzt werden"* mochten dagegen nur etwas mehr als die Hälfte in den

Gruppen A und B zustimmen (A: 11, B: 13 jeweils von 20 stimmten zu) und dem Item *"Menschen mit Behinderung wollen keinen 'Behindertenbonus'."* (A: 9, B: 8 jeweils von 20 stimmten zu) noch weniger. Die hohe verbale Zustimmung zu den Aussagen läßt den Schluß zu, daß das Problem offensichtlich nicht in der fehlenden Akzeptanz von bestimmten Erkenntnissen liegt, sondern die Umsetzung in die Praxis aufgrund gesamtgesellschaftlicher Rahmenbedingungen scheitert.

7.5 Möglichkeiten und Schwierigkeiten der politischen Interessenvertretung

Was die Vertretung der Interessen von Frauen mit Behinderung durch politische Einrichtungen und Verbände (Stellvertretungspolitik) angeht, so wurde bereits in Kap 7.2 die Ansicht von Experten und Expertinnen wiedergegeben, die Institutionen, die Frauen vertreten, sollten die Belange von Frauen *mit Behinderung* einbeziehen, während die Interessenvertretungen für Behinderte sich mit einem geschlechterdifferenzierenden Blick für die besondere Situation von *Frauen* mit Behinderung einsetzen sollten. Bei der Beantwortung der Frage, welche Gruppen, Einrichtungen oder Institutionen sich mehr für Frauen mit Behinderung engagieren sollten, antworteten viele der befragten Experten und Expertinnen, daß alle Gruppen mehr tun müßten. Ein zweiter Schwerpunkt der Antworten bezieht sich auf ein stärkeres Engagement aller frauenspezifischen Einrichtungen (Familienministerien, Frauenämter, Frauenorganisationen, Fraueninitiativen, Frauenprojektlandschaft, Frauenhäuser und andere Einrichtungen aus dem Anti-Gewalt-Bereich). Frauen mit Behinderung fühlen sich von ihnen offensichtlich nicht ausreichend wahrgenommen und einbezogen. Ebenfalls genannt, wenn auch nicht so häufig wie die Frauenvertretungen, wurden die Behinderteneinrichtungen. Sie sollten sich stärker als bisher den Problemen von Frauen mit Behinderung zuwenden, da sie nach wie vor männerdominiert sind. Vereinzelt wurden auch die Gewerkschaften, Parteien, Wirtschaftsverbände, Arbeitgeber, Kirchen und Selbsthilfegruppen genannt. Es sollten sich *„... auch Arbeitgeber bzw. Wirtschaftszweige für sie einsetzen, denn Behinderte stellen auch einen Wirtschaftsfaktor dar. Sie sind nicht nur ein sozialer Bereich, für den wir etwas tun müssen, die wir unterstützen und versorgen müssen.“* (A3)

Fazit aller Expertenmeinungen stellt die Auffassung dar, daß deutlich mehr **eigenes Engagement der Frauen mit Behinderung** beim Eintreten für ihre Rechte und beim Artikulieren der eigenen Bedürfnisse notwendig ist und die Voraussetzungen dafür - eine Stärkung des Selbstbewußtseins, ein positives Bild von sich selbst und entsprechende Rahmenbedingungen für ein Engagement - zu schaffen sind. Den Expertinnen und Experten erscheint es dringend notwendig, daß die Frauen ihre Interessen selbst vertreten und diese nicht nur durch andere vertreten lassen. Sie sollten die *„Opferrolle“* verlassen, nicht die Defizite, sondern die Stärken in den Vordergrund stellen und sich möglichst in allen Bereichen einbringen: *"Gehen Sie weg vom Benachteiligungsmodell und vom Einschränkungsmodell. Gehen Sie hin zu den jeweiligen spezifischen, individuellen Möglichkeiten und Chancen."* (A 5)

Auf die Frage hin, wie dem Ausschluß behinderter Frauen aus politischen Entscheidungsstrukturen entgegengewirkt werden kann, wurde - vor allem in Gruppe B - das stärkere aktive politische Engagement der Frauen mit Behinderung angesprochen, die selbst um Sitz und Stimme in politischen Entscheidungsstrukturen kämpfen und selbst als Expertinnen in eigener Sache Politikerinnen werden sollten.

Dabei ist es wichtig, überall Berührungspunkte mit Nichtbehinderten zu finden, denn nur so können Vorurteile abgebaut werden. Der Einsatz verlangt „eine Terriermentalität“ („beißen und beißen und immer wieder nerven und das ist so anstrengend!“: B13), „Mut und den Willen zu kämpfen und sich zu konfrontieren“, so daß man „dem Problem (...) von zwei Seiten begegnen (müßte): Das eine ist natürlich die Aktivität der betroffenen Frauen, die auf Probleme aufmerksam machen und die Aussonderung aufzeigen. (...) Und die andere Seite muß von denen, die Entscheidungsstrukturen innehaben, kommen. Von da muß ein offenes Ohr und auch eine offene Tür da sein.“ (A15) Nur in Ausnahmefällen äußerten sich Experten und Expertinnen dahingehend, daß sich Frauen mit Behinderung bereits ausreichend engagieren bzw. andererseits, daß sie Verständnis für das mangelnde Engagement behinderter Frauen aufbringen, weil diese durch die schwierige Alltagsbewältigung bereits überlastet sind.

Als Vergleichsbasis wurde von den Gesprächspartnern und -partnerinnen oft die Präsenz von nicht-behinderten Frauen und behinderten Männern in politischen Vertretungen gewählt, die sich ebenfalls nicht optimal darstellt, so daß es nahe liegt, entsprechende Strategien der Frauenförderung wie Quotierungen zu verfolgen. Quoten in politischen Gremien und Einrichtungen waren aber nicht unumstritten; hier herrschte die allgemeine Kontroverse pro und contra Quote, wie sie in anderen Bereichen der Quotendiskussion anzutreffen ist: „Man sollte behinderte Menschen nicht allzusehr in Mann und Frau unterteilen, wengleich man die besondere Situation der Frau herausarbeiten muß. Aber man sollte doch mehr die Gemeinsamkeiten suchen und nicht so sehr das Trennende.“ (B2)

Die meisten Befragten taten sich schwer, positive Beispiele für die Einbeziehung von Frauen mit Behinderung in politische Entscheidungsprozesse zu nennen. Mehrere Befragte erwähnten positive Beispiele auf verschiedenen Ebenen (Landtagsabgeordnete, Stadträtin, Bürgermeisterin, Behindertenbeauftragte usw.), aber auch erfolgreiche Initiativen, Anhörungen zum Thema Lebenssituation behinderter Frauen bei verschiedenen Bundestagsfraktionen, Fachtagungen, wo behinderte Frauen als Expertinnen eingeladen wurden, Buchprojekte usw. Überwiegend wurden diese Frauen mit Behinderung als Hoffnungsträgerinnen bewertet, ohne daß damit eine grundlegende Verbesserung der Situation erwartet wird.

Bei der **Durchsetzung ihrer Interessen besonders benachteiligt** waren in den Augen der Expertinnen und Experten einige Gruppen von Frauen aufgrund der Spezifik ihrer Behinderung. Mit Abstand am häufigsten - von etwa dreiviertel der Befragten - wurden dabei in beiden Befragungsgruppen geistig Behinderte und psychisch Erkrankte/Behinderte genannt, die gleichzeitig als diejenigen bezeichnet wurden, die die kleinste Lobby haben. An zweiter Stelle, aber deutlich seltener, kamen gehörlose Frauen (vgl. Gehörlose Frauen 1995, 41). Andere Grup-

pen wie Sprachgeschädigte, Spastikerinnen und nicht sichtbar Behinderte wurden nur vereinzelt genannt. Die „klassischen“ Problemgruppen von Frauen mit Behinderung wie stark Körperbehinderte und Blinde wurden kaum genannt; indirekt bescheinigen die Gesprächspartner und -partnerinnen ihnen damit gewisse Selbstvertretungs- und Durchsetzungsmöglichkeiten.

Neben der Art der Behinderung wurden weitere Lebensumstände (z.B. Unterbringung in Einrichtungen und Heimen sowie die Arbeit in Werkstätten für Behinderte) und der Umgang mit der eigenen Behinderung als Einflußfaktoren für die mehr oder minder großen Möglichkeiten einer geeigneten Interessenvertretung angeführt. Auf die besonderen Lebenslagen speziell von Mädchen und Lesben mit Behinderung wurde hingewiesen.

Die allgemeinen Ratschläge und Wünsche zur Verbesserung der politischen Interessenvertretung wurden für geistig oder psychisch behinderte Frauen spezifiziert und für diese Gruppe ein Paradigmenwechsel in Richtung selbstbestimmtes Leben statt „Verkindlichung“ gefordert sowie die Bereitstellung spezifischer Beratungsangebote und eine Erweiterung des Konzeptes der persönlichen Assistenz auch auf diese Gruppen, um ein Leben außerhalb von Einrichtungen zu ermöglichen und eine verstärkte Teilnahmemöglichkeit an allen Belangen des gesellschaftlichen Lebens, speziell die Mitarbeit im Rahmen der Behindertenbewegung, zu fördern. Auch geistig behinderte Frauen sollen sich zusammenschließen und sich selbst vertreten und ggf. sollen körperbehinderte Frauen ihr Sprachrohr sein und sich für ihre Rechte einsetzen. Im Hinblick auf die hörbehinderten Frauen als ebenfalls bei der Durchsetzung ihrer Interessen benachteiligte Gruppe schlagen die Expertinnen und Experten einmütig die stärkere Akzeptanz, Förderung und Finanzierung der Gebärdensprache auf individueller Ebene, bei öffentlichen Veranstaltungen und im Medium Fernsehen vor.

In den Äußerungen zu unterschiedlichen Fragen sind immer wieder implizit **Barrieren der politischen Interessenvertretung** angesprochen worden. Wie stark sich andere (Verbände, Politiker und Politikerinnen) bei der Interessenvertretung für Frauen mit Behinderung engagieren, hängt demnach davon ab, wie stark sie sensibilisiert sind für die Belange von Frauen - was keineswegs immer der Fall ist, wie die Interviews selbst zeigen - und wie stark die Bereitschaft ist, sich auf Verständigungsformen einzulassen: *„Ich mußte auch erst lernen, sie als Menschen zu beachten und auch nicht gleich mit einer gewissen Fürsorge an sie heranzutreten, sondern sie eben als Partnerinnen und Partner zu beachten.“* (A10) *„Was die geistig behinderten Frauen brauchen, ist erstmal Kommunikation, Information - und das muß genau auf ihrer Ebene passieren. Sie müssen sich nicht dem, was von außen kommt, anpassen, sondern man muß sich auf die Ebene begeben, die die Frauen brauchen. Vor allem müssen sie erst mal als vollwertige Menschen akzeptiert werden.“* (B17) Was die Akzeptanz und Kommunikation angeht, werden Erfahrungen mit geschlechtsspezifischen Barrieren berichtet: *„Männer reagieren empfindlich, wenn Frauen eigene Positionen artikulieren“* (B5).

Wenn Frauen die Vertretung eigener Interessen und Belange selbst in die Hand nehmen, stoßen sie auf technische Hindernisse (z.B. Zugänglichkeit von Räumen, Kommunikationsprobleme etc.), aber auch auf Probleme auf anderen Ebe-

nen. Die Anforderungen sind hoch: *„Frauen mit Behinderung, die beruflich oder politisch tätig sein wollen, müssen zunächst wirklich einmal Einzelkämpferinnen sein und mit Widerständen aus den eigenen Reihen rechnen.“* (A15) Dagegen steht der Wunsch, nicht aufzufallen und *„ein möglichst normales Leben in Anführungsstrichen zu leben und ihre Probleme im Arbeitsleben gar nicht öffentlich“* zu machen (B19). Auf diese Weise funktioniert der Ausschluß, auch ohne daß er formalisiert wäre: Sozialisation, ideelle und bauliche Zugangsbedingungen hindern daran, politische Verantwortung zu übernehmen. Dies gilt umso mehr, als Behinderte kein Thema sind, mit dem Politiker sich gern identifizieren (A1).

Der benannte „Widerstand aus den eigenen Reihen“ ergibt sich daraus, daß Frauen *„ihre Spezifika“* (i.e. als Frauen mit Behinderung: B17) bzw. ihre spezifische Diskriminierung (B 18) als solche (noch) nicht sehen bzw. selbst ein negativ geprägtes Behindertenbild haben (B15). Der Kreislauf besteht darin, daß ohne politisches Engagement in der Öffentlichkeit das Selbstbewußtsein der Frauen mit Behinderung nicht gefördert und umgekehrt ohne eine solche Förderung des Selbstbewußtseins die politische Präsenz von Frauen mit Behinderung nicht selbstverständlich wird. Auch für die politische Interessenvertretung gilt: *„Es muß erst einmal eine Sprache entwickelt werden. Es besteht eine gewisse Sprachlosigkeit, weil dies einfach nicht kultiviert worden ist. Der ganze Sprachcode ist ein sehr zögerlicher, zurückhaltender und es ist eher selten, daß eine behinderte Frau sich als Frau bezeichnet und sagt 'Ja, ich finde, ich will, ich bestehe darauf'“* (A15)

Es überwogen die Meinungen, die in einem Abgehen von einer „Opferperspektive“ die Betonung der positiven Seiten, der Vorzüge und Stärken der Frauen mit Behinderung forderten: *„Ja, uns mehr einbeziehen in alle Dinge des Lebens, auch politisch und vor allen Dingen auch weg von diesem negativen Denken kommen. Behinderung hat auch positive Seiten, die wir weitergeben können.“* (B7; vgl. B13: *„Behinderte Frauen sind stolz, schön und stark !“*) Auch hier müssen Balanceakte geleistet werden, denn auf der anderen Seite gilt es, Benachteiligungen anzuprangern und eine besondere z.B. technische und kommunikative Rücksicht einzufordern.

Nach Meinung der meisten Experten und Expertinnen hat sich nichts an der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung in den westlichen Bundesländern geändert, abgesehen von den insgesamt verengten finanziellen Rahmenbedingungen. Der Kenntnisstand bezüglich Veränderungen in den östlichen Bundesländern war unterschiedlich; von den Expertinnen und Experten, die Angaben machen konnten, kamen positive und - bedeutsamer gewichtet - negative Nennungen. Verschlechtert haben sich dem Urteil der Expertinnen und Experten zufolge die Lage für Behinderte auf dem Arbeitsmarkt mit einer extremen Reduzierung der Beschäftigungszahlen speziell für Frauen mit Behinderung (vgl. Kies 1995, 51) und die soziale Absicherung allgemein und insbesondere von Invalidenrentnerinnen, die in der DDR neben der Rente über ein ungekürztes Einkommen verfügen konnten (Hier sind *„die ostdeutschen Frauen die absoluten Verliererinnen der Einheit“*: B13). Das Klima selbstverständlicher, gegenseitiger Unterstützung hat sich ebenfalls verschlechtert (*„Gefühlskälte“*, *„Rast- und Ruhelosigkeit“*, *„Existenzunsicherheit“*: A16). Die Stigmatisierung (*„Schublade Be-*

hinderte": B17) hat zugenommen sowie die Belastung durch gesetzliche Verpflichtungen zu Begutachtungen durch und für die Behörden. Verbessert haben sich dagegen integrative Bildungsangebote, die Bemühungen um eine barrierefreie Umwelt, die Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten und die Hilfsmittelversorgung, so daß in Folge dieser Veränderungen Behinderte insgesamt sichtbarer wurden und vermehrt am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Nicht zu unterschätzen ist in diesem Kontext die Bedeutung der Möglichkeit, sich seit der Wende in Selbsthilfegruppen und Vereinen zusammenzuschließen und so die Interessen selbst politisch zu vertreten (vgl. Muskulus 1990, 13). Auch die verstärkten Angebote zu betreutem Wohnen als Alternative zur Heimunterbringung und die Möglichkeit der persönlichen Assistenz wurden als positive Veränderungen bewertet.

Bei der Frage nach **beispielgebenden europäischen bzw. außereuropäischen Ländern** für die Interessenvertretung von Frauen mit Behinderung verwies ein großer Teil der Gesprächspartner und -partnerinnen ebenfalls auf eigene geringe Kenntnisse und einen ungenauen Überblick. Bei den gegebenen Antworten dominierten dann eindeutig die skandinavischen Länder und die Niederlande als diejenigen, in denen aufgrund der Sozialgesetzgebung, der Behindertenpolitik und nicht zuletzt der Bevölkerungseinstellung die Integration Behindertener am gelungensten erscheint. Fast genauso häufig wurden die USA als positives Beispiel, vor allem wegen des vorhandenen Antidiskriminierungsgesetzes und seiner Umsetzung in die Praxis, genannt. Einschränkend bei diesem „Paradies für behinderte Menschen“ (B1) galten jedoch die sonstigen eingeschränkten Sozialleistungen und die konkreten Lebensumstände. Vereinzelt wurden als beispielgebend Länder wie Italien, Polen, Tschechien bzw. auch andere Kulturkreise (in Afrika) aufgeführt.

Der typische Satz, mit dem die Expertinnen und Experten auf die Frage, ob sich die **Rahmenbedingungen für politische Durchsetzungsmöglichkeiten** für Behinderte im vereinten Europa verbessern werden, antworteten, lautete: „*Ich hoffe es, bin aber eher skeptisch.*“ Neben dieser meistgehörten Antwort positionierten sich einige Gesprächspartner und -partnerinnen sowohl in Richtung vermuteter Verbesserungen als auch vermuteter Verschlechterungen. Einig war man sich darin, daß es sich um einen längerfristigen Prozeß handeln wird.

Mehrfach wurden negative Erwartungen in Zusammenhang mit der gegenwärtigen Diskussion zur Bioethik-Konvention gebracht. Interessanterweise wurden die positiven Erwartungen meistens an die Bedingung geknüpft, daß die Behinderten eine aktive Haltung einnehmen, Forderungen stellen und für ihre Rechte eintreten. Seltener wurde angenommen, daß sich die Rahmenbedingungen allein wegen der verbesserten Möglichkeiten des Austausches und der Zusammenarbeit zwischen den europäischen Behindertenorganisationen verbessern werden. Von seiten der Europäischen Kommission in Brüssel kam der Hinweis, daß die Gewerkschaften in Deutschland sich stärker als bisher für die Belange der Behinderten engagieren sollten.

7.6 Vorschläge für künftige Forschungen und Meinungen zum Forschungsvorhaben

Neben Aspekten, die in der vorliegenden Studie Berücksichtigung gefunden haben (u.a. Sozialisationserfahrungen, Partnerschaft, Sexualität, Kinderwunsch, Mutterschaft, Ausbildung, persönliche Assistenz und sexuelle Gewalterfahrungen) wurden andere wichtige, brisante Schwerpunkte künftiger Forschungen gewünscht: Auch über den Umgang der Medien sowie von Kunst und Kultur mit dem Thema Behinderung, über die Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen im Umgang mit Behinderten (Patientenrolle) und über ethische Themen (Bioethik-Konvention, Gentechnik, pränatale Diagnostik) soll künftig geforscht werden.

Einige Gesprächspartner und -partnerinnen monierten, daß spezielle Gruppen von Frauen in der bisherigen Forschung zu wenig berücksichtigt wurden. Das Spektrum der Gruppen ist sehr breit: geistig behinderte Frauen, gehörlose Frauen, Frauen mit nicht-sichtbaren und chronischen Erkrankungen, lernbehinderte Frauen, emotional behinderte und verhaltensauffällige Frauen, Frauen, die in Institutionen und Heimen leben, Frauen mit Assistenzbedarf, Mädchen mit Behinderung, Lesben mit Behinderung, behinderte Frauen auf dem Land, ostdeutsche Frauen mit Behinderung. Besonders spannend erscheint der Wunsch, eine Studie über sehr erfolgreiche Frauen mit Behinderung durchzuführen.

Stärker als bisher sollten nach Meinung der Experten und Expertinnen auch Problemfelder wie schulische Integration, Wohnsituation, Gestaltung des Familienlebens, Hilfsmittelversorgung sowie die medizinische und gesundheitliche Situation von Frauen mit Behinderung Eingang in Forschungsvorhaben finden. Auch emotionale Grundlagen, Hoffnungen, Ängste, Zukunftsträume und Visionen von Frauen mit Behinderung sollten analysiert werden. Zwei spezielle Fragen hätten die Expertinnen und Experten bei künftigen Untersuchungen gern beantwortet:

- „Warum haben Nicht -Behinderte Angst vor Behinderten?“
- „Warum werden Angebote, die nur für Frauen mit Behinderung ausgeschrieben sind, so schlecht angenommen?“

Die Befragten **befürworteten durchgängig die Durchführung von Forschungsvorhaben zur Thematik Frauen mit Behinderung** und hielten sie für eine geeignete Grundlage, um daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten. Fast alle Experten und Expertinnen äußerten kritisch, daß allein die Erstellung eines Forschungsberichtes noch keine Veränderung der Situation herbeiführt. Entscheidend erschien dagegen eine geeignete Verbreitung der Ergebnisse (in handlicher Form). Dabei ist es nicht nur wichtig, daß die politisch Verantwortlichen das Material zur Verfügung gestellt bekommen, sondern auch die Betroffenen selbst. Nachdem Defizite in einem ersten Schritt aufgedeckt wurden, wird für ausschlaggebend gehalten, welcher Handlungsbedarf daraus abgeleitet wird, wie die Erkenntnisse umgesetzt werden und wie mit dem Material das Problembewußtsein geschärft, das Bild von Frauen mit Behinderung in der Öffentlichkeit verändert und somit ein Umdenken in Gang gesetzt werden kann. Ein großer Teil der Expertinnen und Experten hält in diesem Kontext eine Fortsetzung der begonnen Forschungen für notwendig.

7.7 Zusammenfassung

Der Blick der Gesprächspartner und -partnerinnen aus Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Verbänden verschiedenster Ausrichtung auf die Lebenssituation behinderter Frauen überrascht zum einen durch die Gemeinsamkeiten trotz unterschiedlicher politischer Ausgangspositionen und dokumentiert zum anderen eine ungeheure Bandbreite an Ideen und Vorschlägen, wie die Lage verbessert werden könnte. Die Wege sind klar, so scheint es, es gilt nur noch, sie zu beschreiten. Ministerien und Verwaltungen, Wirtschaftsverbände und Frauenorganisationen sind sich mit Behindertenverbänden einig darin, daß Frauen mit Behinderung gefördert werden müssen, daß es dazu weiterer gesetzlicher Regelungen und einer verbesserten Öffentlichkeitsarbeit bedarf und daß die Frauen selbst ihre Interessen stärker vertreten und sich politisch mehr engagieren sollten. Demnach wäre ein „*Bündnis für Frauen mit Behinderung*“ quer durch alle gesellschaftlichen und politischen Interessensgruppen möglich und es stellt sich die Frage, warum dies bislang noch nicht geschehen ist. Die Schwierigkeit liegt nicht zuletzt darin, daß sich Frauen mit Behinderung zu wenig politisch engagieren - auch hier sind sich die Befragten einig. Entsprechend lautet der wichtigste Ratschlag an die Frauen „*Selbstbewußtsein entwickeln und sich einmischen!*“

Paradox erscheint, daß diese Schwierigkeit der politischen Interessenvertretung gleichzeitig als größte Veränderung der letzten zehn Jahre bewertet wird. Übereinstimmend wurde als deutlichste Entwicklung der jüngsten Vergangenheit konstatiert, daß Frauen mit Behinderung selbstbewußter geworden sind. Das Paradox läßt sich auf den Punkt bringen: „*Frauen mit Behinderung sind selbstbewußter geworden - die Lage läßt sich nur verbessern, wenn Frauen mit Behinderung selbstbewußter werden.*“

Die scheinbar widersprüchlichen Aussagen spiegeln zentrale gesellschaftliche Veränderungen wieder. Offenkundig sind Frauen mit Behinderung selbstbewußter geworden; dies zeigen nicht nur die Meinungen der Experten und Expertinnen, sondern auch die übrigen Ergebnisse der vorliegenden Studie. Eine Verbesserung der politischen Interessenvertretung in der aktuellen gesellschaftlichen Situation erfordert jedoch ein stärkeres selbstbewußtes und politisches Engagement der Frauen mit Behinderung.

Weitgehender Konsens besteht auch dahingehend, daß **alle** gesellschaftlichen Gruppen sich mehr für Frauen mit Behinderung engagieren sollten. Als wichtigste politische Ziele werden dabei die bessere Integration in den Arbeitsmarkt und die Verbesserung der finanziellen Lage gesehen.

Warum sich bei so vielen Gemeinsamkeiten der Einschätzung und Argumentation der unterschiedlichsten politischen Richtungen noch kein „*Bündnis für Frauen mit Behinderung*“ gebildet hat, läßt sich aus der Vielfalt der Interessenschwerpunkte erklären: Die Einheitlichkeit und Einigkeit der Argumentation bricht dort, wo konkrete Schritte zur Verbesserung der Interessenvertretung benannt werden. Das Spektrum der genannten Vorschläge an gesetzlichen, sozialen, politischen, gesellschaftlichen und individuellen Veränderungen, die möglich und

wünschenswert wären, erscheint unermeßlich. Die Vielfalt der Vorschläge spiegelt allerdings nicht nur die Bandbreite der politischen Standpunkte und Positionen, sondern auch, wie unglaublich viel getan werden kann und sollte.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Regionale Struktur der Stichprobe	74
Abb. 2: Subjektiver Grad der Behinderung nach amtlich festgestelltem Grad	80
Abb. 3: Behinderung und Umwelt.....	81
Abb. 4: Familienstand und Partnerschaft	87
Abb. 5: Partnerschaften nach Altersklassen und Region	88
Abb. 6: Persönliches Einkommen nach Altersklassen und Region	91
Abb. 7: Finanzierung behinderungsbedingter Mehrkosten.....	93
Abb. 8: Gegenwärtiger Gesundheitszustand.....	94
Abb. 9: Erwerbstätigkeit und Art der Beschäftigung.....	105
Abb. 10: Nichterwerbstätige nach sozialem Status	107
Abb. 11: Art der Verhütung nach Altersklassen	110
Abb. 12: Sexuelle Belästigungen und Art der Belästigung	116
Abb. 13: Situationen besonderer Abhängigkeit.....	117
Abb. 14: Lebensbereiche mit Beeinträchtigung.....	119
Abb. 15: Bewältigungsstrategien.....	122
Abb. 16: Altersgruppen in den Stichproben der schriftlichen und mündlichen Erhebung	136
Abb. 17: Höchster beruflicher Abschluß.....	137
Abb. 18: Persönliches Einkommen	139
Abb. 19: Alter bei Eintritt der Behinderung	140
Abb. 20: Behinderungsarten.....	142

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Menschen mit schweren Behinderungen.....	41
Tab. 2: Beschäftigungsquoten (Angaben in Prozent)	41
Tab. 3: Wohnbevölkerung im Alter von 18-60 Jahren nach Erwerbs- tätigkeit und Geschlecht (Angaben in Prozent).....	42
Tab. 4: Wohnbevölkerung im Alter von 18-60 Jahren nach Familienstand und Geschlecht 1995 (Angaben in Prozent).....	46
Tab. 5: Anteil weiblicher Behinderter im Vergleich mit angestrebter und Auswahlgesamtheit.....	61
Tab. 6: Angestrebte und realisierte Stichprobe nach Bundesländern.....	72
Tab. 7: Altersverteilung im Vergleich LIVE-Erhebung und Schwerbe- hindertenstatistik.....	75
Tab. 8: Art der schwersten Behinderung im Vergleich LIVE-Erhebung und Schwerbehindertenstatistik.....	77
Tab. 9: Behinderung und Krankheit im Lebenslauf.....	78
Tab. 10: Ursache der Behinderung im Vergleich LIVE-Erhebung mit der Schwerbehindertenstatistik.....	79
Tab. 11: Behinderungsgrad im Vergleich LIVE-Erhebung mit der Schwer- behindertenstatistik.....	80
Tab. 12: Häusliche Lebensform.....	82
Tab. 13: Lebensformen in Privathaushalten im Vergleich LIVE-Erhebung mit Mikrozensus-Statistik.....	83
Tab. 14: Familienstand nach Altersgruppen im Vergleich LIVE-Erhebung mit Bevölkerungsfortschreibung.....	84
Tab. 15: Verheiratete nach Altersgruppen, Eintritt der Behinderung und Zeitpunkt der Eheschließung (nur Verheiratete).....	85
Tab. 16: Persönliches Einkommen nach Region.....	90
Tab. 17: Haushaltseinkommen nach Region.....	92
Tab. 18: Gesundheitszustand von Frauen in Deutschland im Vergleich LIVE-Erhebung mit SOEP 1995.....	94
Tab. 19: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter.....	95

Tab. 20: Gesundheitliche Beschwerden	96
Tab. 21: Hilfebedarf im Alltag	98
Tab. 22: Helfende und Pflegeperson	99
Tab. 23: Einstellungen zur Pflege behinderter Frauen nach Region	100
Tab. 24: Schulische Ausbildung	102
Tab. 25: Höchster beruflicher Abschluß	103
Tab. 26: Beschäftigungsstatus	104
Tab. 27: Berufliche Tätigkeit nach Berufsuntergruppen	106
Tab. 28: Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation und Grund für Nichtteilnahme	108
Tab. 29: Art der Verhütung im Vergleich LIVE-Erhebung und Bundes- zentrale für gesundheitliche Aufklärung	109
Tab. 30: Erfahrungen mit Frauenärzten und -ärztinnen, Frauen unter 45 Jahren bei Eintritt der Behinderung	112
Tab. 31: Diskriminierungserfahrungen	120
Tab. 32: Demütigende Erfahrungen im Umgang mit Ärzten, Ärztinnen und medizinischem Personal	121
Tab. 33: Einteilung der Stichprobe der biographischen mündl. Befragung nach Alterskohorten/Schulbildung (absolute Zahlen)	162
Tab. 34: Einteilung der Stichprobe der biographischen mündl. Befragung nach Behinderungsarten (absolute Zahlen)	163
Tab. 35: Einteilung der Stichprobe der biographischen mündl. Befragung nach Eintrittsalter der Behinderung (absolute Zahlen)	164
Tab. 36: Gespräche mit Expertinnen und Experten: Befragungsdesign	272
Tab. 37: Schwerpunktbereiche bei der Veränderung der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung	284

Literaturverzeichnis

- ARNADE, S., Weder flinke Hausfrau noch flotte Geliebte?, in: Leben und Weg, Heft 5, 1989, 14-21.
- ARNADE, S., Weder Küsse noch Karriere. Erfahrungen behinderter Frauen, Frankfurt a.M. 1992.
- ARNADE, S., Behinderte Mütter, in: Leben und Weg, Heft 3, 1993a, 20-23.
- ARNADE, S., Die Entschlossenheit sich zu wehren! Von den verschiedenen Facetten der Gewalt im Leben behinderter Frauen, in: Nachrichten des Deutschen Vereins (NDV), Heft 11, 1993b, 400-403.
- ATTESLANDER, P., Methoden der empirischen Sozialforschung, Berlin/ New York 1984.
- BACKES, G.M., Familienbeziehungen und informelle soziale Netzwerke im sozialstrukturellen und demographischen Wandel, in: Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie Heft 29, 1996, S. 29-33.
- BALZER, B., ROLLI, S., Sozialtherapie mit Eltern Behinderter, Weinheim/Basel, 1975.
- BARWIG, G., BUSCH, C., (hrsg.), „Unbeschreiblich Weiblich!“ Frauen unterwegs zu einem selbstbewußten Leben mit Behinderung, München 1993.
- BARZEN, K., LORBEER, K., u.a., Behinderte Frauen in unserer Gesellschaft. Lebensbedingungen einer wenig beachteten Minderheit, Bonn 1988.
- BAUER, I., Datenverarbeitung mit SPSS, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1984.
- BEGENAU, J., HELFFERICH, C., (hrsg.), Frauen in Ost und West. Zwei Kulturen, zwei Gesellschaften, zwei Gesundheit? Schriftenreihe der Arbeitsgruppe „Frauen und Gesundheit“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Bd.1, Freiburg 1997.
- BERTRAM, H., Die Stadt, das Individuum und das Verschwinden der Familie, in: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B29-30, 22.7.1994, 15-35.
- BINTIG, A., Wer ist behindert? Problematisierung der Begriffe und Definitionen von Behinderung in Verwaltung, Wissenschaft und Forschung, Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin 1980.
- BÖHNISCH, L., Sozialpädagogik der Lebensalter, Weinheim/München 1997.
- BOHNSACK, R., Rekonstruktive Sozialforschung, Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung (2.Auflg.), Opladen 1993.
- BORN, C., HEITKAMP, U., u.a., Du mußt Dich halt behaupten. Die gesellschaftliche Situation behinderter Frauen, Würzburg 1992.
- BRACKEN, H. von, Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen, Berlin 1981.

BRAUN, H., NIEHAUS, M., Die soziale Situation schwerbehinderter Erwerbspersonen. Eine explorative Studie in Rheinland-Pfalz, Zentrum für Arbeit und Soziales der Universität Trier, Trier 1988.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, (hrsg.), Frauen in der beruflichen Rehabilitation. Eine empirische Untersuchung zur Partizipation von Frauen an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, Institut Frau und Gesellschaft Hannover und Arbeitsgruppe Rehabilitation Berlin (West), Hannover/ Berlin 1988.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ), Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum, Forschungsbericht des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V., Pressemitteilung/ Materialien zur Frauenpolitik 4/1995.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ), (hrsg.), Schriftenreihe des BMFSFJ Bd. 146, Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen, Stuttgart, Berlin, Köln 1997.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ), (hrsg.), Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1998.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BzgA), (hrsg.), Aktionsgrundlagen 1990. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 14 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West), Teilband Gesundheit, Köln 1992.

BUSCH, C., KLINGMANN, A., Männliche oder weibliche Assistenz, in: Barwig, G., Busch, C., (hrsg.), „Unbeschreiblich weiblich!“ Frauen unterwegs zu einem selbstbewußten Leben mit Behinderung, München 1993, 155-161.

BRÜDERL, L., (hrsg.), Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung, Berlin 1988.

CLOERKES, G., Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten, Berlin 1979.

CLOERKES, G., Einstellung und Verhalten gegenüber Behinderten. Eine kritische Bestandsaufnahme internationaler Forschung, Berlin 1985.

CLOERKES, G., Erscheinungsweise und Veränderung von Einstellungen gegenüber Behinderten, in: Wiedl, K.H., (hrsg.), Rehabilitationspsychologie: Grundlagen, Aufgabenfelder, Entwicklungsperspektiven, Stuttgart 1986, 131-149.

CLOERKES, G., Soziologie der Behinderten. Eine Einführung, Heidelberg 1997.

COURAGE (Feministische Frauenzeitschrift), Schwerpunktheft: Behindert leben, 5.Jg., Heft 1, 1980

DANIELS, S. von, Mädchen mit Behinderungen - ein neues Thema der Integrationsforschung, in: Behindertenpädagogik, 33.Jg., Heft 2, 1994, 122-127.

DAOUD-HARMS, M., Behinderung und Frauenproblematik, in: Behindertenpädagogik, 25.Jg., Heft 1, 1986, 64-68.

- DEEGAN, M.J., BROOKS, N.A., (hrsg.), Women and Disability. The Double Handicap, New Brunswick (USA) and Oxford (U.K.) 1985.
- DEGENER, T., Gerichte sind männlich!, in: die randschau, 8.Jg., Heft 5, 1993, 25-27.
- DEGENER, T., Behinderte Frauen in der beruflichen Rehabilitation. Rechtsgutachten hrsg. vom Hessischen Netzwerk behinderter Frauen und vom Hessischen Koordinationsbüro für behinderte Frauen, Kassel 1995.
- DEGENER, T., ZEMP, A., Netzwerk behinderter Feministinnen gegen sexuelle Gewalt, in: Hermes, G., (hrsg.), Mit Recht verschieden sein. Forderungen behinderter Frauen an Gleichstellungsgesetze, Kassel 1994, 114-115.
- DEUTSCHER GEHÖRLOSENBUND (hrsg.), Gehörlose Frauen 95, Dokumentation einer bundesweiten Fragebogenaktion zur Situation gehörloser Frauen in Deutschland, Kiel 1996.
- DEUTSCHES ROTES KREUZ BONN, (hrsg.), Hausarbeit vom Rollstuhl aus. Körperbehinderte wollen unabhängig sein, Hamburg 1967.
- DIEZINGER, A., MARQUARDT, R., SCHILDMANN, U., WESTPHAL-GEORGI, U., Am Rande der Arbeitsgesellschaft Weibliche Behinderte und Erwerbslose. Alltag und Biografie von Mädchen: Sachverständigenkommission (Sechster Jugendbericht), Opladen 1985.
- DRITTER BERICHT DER BUNDESREGIERUNG über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Drucksache 12/7148, 24.3.1994, Bonn 1994.
- DUDEN, B., Geschichte unter der Haut, Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730, Stuttgart 1987.
- DÜRING, S., Wilde und andere Mädchen – Die Pubertät, Freiburg 1995.
- EGGLI, U., Sexualität ist im Grund so einfach wie Essen und Schlafen, in: Selbsthilfe 2, 1992, 14-15.
- EMMA (Feministische Frauenzeitschrift), Schwerpunktheft: Behinderte Frauen, Heft 5, 1981.
- ENGELBERT, A., Behindertes Kind – „gefährdete Familie“? Eine kritische Analyse des Forschungsgegenstandes, in: Heilpädagogische Forschung, 15. Jg., Heft 2, 1989, 104-111.
- ENGSTLER, H., Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Bonn 1998.
- EWINKEL, C., HERMES, G., u.a., (hrsg.), Geschlecht: Behindert - Besonderes Merkmal: Frau. Ein Buch von behinderten Frauen, München 1985.
- FALTERMEIER, T., Notwendigkeit einer sozialwissenschaftlichen Belastungskonzeption, in: BRÜDERL, L., (hrsg.), Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung, Weinheim/ München 1988, 46-62.

- FIDELL, L.S., Sex role stereotypes and the American physician, in: Psychology of Women Quarterly, 3.Jg, Heft 4, 1980, 313-330.
- FIDELL, L.S., Sex Roles in Medicine, in: Spatz Widom, C., (Ed.), Sex Roles and Psychopathology, New York 1984, 375-389.
- FIMITIC, „Die behinderten Frauen im Aufbruch“. FIMITIC - Frauenkonferenz vom 9. - 10. September 1994 in Bonn, Bonn 1994.
- FLICK, U., Qualitative Forschung, Reinbek bei Hamburg 1996.
- FREYJER, O.G., Die alleinerziehende (behinderte) Frau, in: FIMITIC, „Die behinderten Frauen im Aufbruch“. FIMITIC Frauenkonferenz vom 9. - 10. September 1994 in Bonn, Bonn 1994, 71-75.
- GESIERICH, K., Kleine Bewegung - große Wirkung. Selbstverteidigungsseminar für behinderte Frauen, in: Leben und Weg, Heft 1, 1992, 30-31.
- GOFFMAN, E., Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt a.M. 1967.
- HÄUSSLER, M., Die Begrenztheit der Wünsche oder: Im Palast des Minotaurus, in: Häußler, M., u.a., Bauchlandungen. Abtreibung, Verhütung, Kinderwunsch, München 1983, 135-140.
- HÄUSSLER, M., Studie zur Lebenssituation von Familien mit behinderten Kindern in den neuen Bundesländern, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1997.
- HÄUSSLER, M., WACKER, E., WETZLER, R., Haushaltserhebung zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1996.
- HÄUSSLER-SCZEPAN, M., Stand der Forschung zur Situation behinderter Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, in: bifos-Tagungsband „Behinderte – Frauen – Politik“, Kassel 1995, 13-17.
- HANESCH, W., u.a., Armut in Deutschland, Der Armutsbericht des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Reinbek bei Hamburg 1994
- HEDTKE-BECKER, A., Die Pflegenden pflegen, Freiburg 1990.
- HELFFERICH, C., „Mich wird es schon nicht erwischen.“ Risikoverhalten und magisches Denken bei der Verhütung, in: Häußler, M., u.a., Bauchlandungen. Abtreibung, Sexualität, Kinderwunsch, München 1983, 74-109.
- HELFFERICH, C., HENDEL-KRAMER, A., BAUER, S., TOV, E., Bekanntheit der Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen und sexuelle Viktimisierung in Freiburg. Eine Befragung Freiburger Bürgerinnen, Teilerhebung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes, Manuskript Freiburg 1994.
- HELFFERICH, C., SCHEHR, U., WEISE, E., HIV-Prävention & Kontrazeption als sinnhaftes Handeln von Frauen. Abschlußbericht eines Forschungsprojektes im Auftrag des BMFT, Freiburg 1998.
- HELFFERICH, C., u.a. Biographienmuster Kindheitsbeschreibungen. Unveröffentlichtes Manuskript im Zusammenhang mit der Studie „FrauenLeben. Famili-

enplanung und Lebensläufe“ im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Freiburg 1999.

HERMAN, J.L., Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, München 1993.

HERMES, G., Die Stellung behinderter Frauen am Arbeitsplatz, in: Miles-Paul, O., Windisch, M., (hrsg.), Diskriminierung Behinderter. Erfahrungen, Analysen, Gegenstrategien, Kassel 1993, 21-32.

HERMES, G., (hrsg.), Mit Recht verschieden sein. Forderungen behinderter Frauen an Gleichstellungsgesetze, Kassel 1994.

HERMES, G., MILES-PAUL, O., (hrsg.), Independent Living - Angebote in Europa. Bestandsaufnahme, Standards, Perspektiven, Kassel 1994.

HESSISCHES MINISTERIUM FÜR FRAUEN, ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, Durchhalten. Dranbleiben. Und sich trauen. Dann haben wir am ehesten eine Chance. Lebenssituation und Alltagserfahrungen behinderter Frauen, Wiesbaden 1994.

HOLST, E., Ausgewählte Befunde zur Lebenslage in den neuen Bundesländern auf der Basis des Sozio-ökonomischen Panels, in: Hans-Böckler-Stiftung (hrsg.), Lebenslagenforschung und Sozialberichterstattung in den neuen Bundesländern, 1993, 53-73

HOVEN, K., Behinderte Frauen = verhinderte Frauen? Gefühle einer Therapeutin geistig behinderter Frauen, in Appel, C., u.a., (hrsg.), Frauenforschung sichtbar machen. Dokumente zur Frauenwoche der Universität Frankfurt, Frankfurt/M. 1985, 237-250.

HOVORKA, H., Wie Behinderte aussehen - sollen, in: Behinderte , Heft 1, 1983, 17-29.

INFRATEST SOZIALFORSCHUNG, Hilfebedürftige Behinderte in privaten Haushalten. Sekundäranalyse, unveröffentlichter Berichtsband, München 1992.

JURCZYK, K., RERRICH, M.S., (hrsg.), Die Arbeit des Alltags. Beiträge zu einer Soziologie der alltäglichen Lebensführung, Freiburg 1993.

KENNEDY, M., The Abuse of Deaf Children, in: child abuse review, spring 1989, 3.

KIES, S., Die Veränderung der Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigung im Ostteil Berlins seit der Wiedervereinigung Deutschlands, Berlin 1995.

KIES, S., LASS, R., u.a., Berlin - eine Stadt für behinderte Frauen? Senatsverwaltung für Arbeit und Frauen, Berlin 1994.

KLAES, R., WALTHES, R., Bewegungsorientierte Frühförderung und Familien – das Tübinger Konzept. Darstellung der Projektarbeit, Universität Tübingen, Institut für Sportwissenschaft, Tübingen o.J.

KLINTMANN, A., „Klagemänner – Klageweiber“, in: Psychologie heute Spezial, Frauen und Gesundheit, Weinheim 1989, 22-27.

- KOCH, F., RITTER, S., Lebenswut – Lebensmut. Sexuelle Gewalt in der Kindheit, Pfaffenweiler 1995.
- KÖBSELL, S., Bevölkerungspolitik: Humangenetik, in: Hermes, G., (hrsg.), Mit Recht verschieden sein. Forderungen behinderter Frauen an Gleichstellungsgesetze, Kassel 1994, 64-68.
- KÖBSELL, S., WALDSCHMIDT, A., Kinder oder keine - wer entscheidet? (Behinderte) Frauen und humangenetische Beratung, in: Barwig, G., Busch, C., (hrsg.), „Unbeschreiblich Weiblich!“ Frauen unterwegs zu einem selbstbestimmten Leben mit Behinderung, München 1993, 65-72.
- LÜPKE, K. von, Die Situation der schwerbehinderten Frau im Erwerbsleben, in: Behindertenrecht, Jg.23, 1984, 73-75.
- LUX, U., Kein Ort - Nirgends. Frauen zwischen Behinderten- und Frauenbewegung, in: Barwig, G., Busch, C., (hrsg.), „Unbeschreiblich Weiblich!“ Frauen unterwegs zu einem selbstbewußten Leben mit Behinderung, München 1993, 23-32.
- MAREK, P., „Jeden Tag ein Stück des ganz normalen Wahnsinns“. Eine andere Frau und Mutter?, in: die randschau, 8. Jg., Heft 5, 1993, 23-24.
- MAYER, A., Sexuelle Ausbeutung behinderter Mädchen und Frauen, in: die randschau, 8. Jg., Heft 5, 1993, 29-30.
- MAYRING, P., Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim 1993.
- MEUSER, M., NAGEL, U., Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D., Kraimer, K., (hrsg.), Qualitativ - empirische Sozialforschung. Konzepte, Analysen, Methoden, Opladen 1991, 441-471.
- MUSKULUS, J., Zur Selbsthilfebewegung in der DDR, in: Nakos - Extra, Nr. 8, Berlin 1990, 12-14.
- NIEHAUS, M., Behinderte Frauen als Zielgruppe der Schwerbehindertenpolitik, in: Salowski, D., Reudenbach, I.M., (hrsg.), Neue Zielgruppen in der Schwerbehindertenpolitik, Frankfurt a.M./New York 1989, 124-136.
- NIEHAUS, M., Behinderung und sozialer Rückhalt. Zur sozialen Unterstützung behinderter Frauen, Frankfurt a.M./New York 1993.
- NIEHAUS, M., Aus Statistiken lernen: Ausgewählte Analysen der Schwerbehindertenstatistik, des Mikrozensus und der Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit, in: Fleißner, H., (hrsg.), Aufbrüche – Anstöße, Frauenforschung in der Erziehungswissenschaft, Oldenburg 1995, 157-172.
- NIEMEYER, F., VOIT, H., Lebensformen der Bevölkerung, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 6, 1995, 437-444.
- PAPKE, I., Doch nun konnte ich Frau sein. Entwicklung zur Mutterschaft bei körperbehinderten Frauen, Diplomarbeit, Berlin 1993.

- PORR-GRIFFATON, C., Diskriminierung sehgeschädigter Mütter, in: Windisch, M., Miles-Paul, O., (hrsg.), Diskriminierung Behinderter. Erfahrungen Analysen Gegenstrategien, Kassel 1993, 17-20.
- PREUSS-LAUSITZ, U., u.a., Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder, Weinheim 1983.
- PROJEKTGRUPPE „Das Sozio-ökonomische Panel“, Das Sozio-ökonomische Panel für die Bundesrepublik nach fünf Wellen, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung Heft 2, Wiesbaden 1992, 141-151.
- PROTOKOLLDIENST 8, Arbeit - Leistung - Lohn, Zur Bedeutung und Bewertung von Arbeit in der Lebenssituation von Frauen mit Behinderung, Bad Boll 1995.
- RADTKE, D., Selbstbestimmt leben für Frauen mit Behinderungen, in: Hermes, G., (hrsg.), Mit Recht verschieden sein. Forderungen behinderter Frauen an Gleichstellungsgesetze, Kassel 1994, 50-51.
- REIF, A., Die behinderte Frau in Arbeit und Gesellschaft, in: Behindertenrecht, Heft 3, 1993, 59-60.
- RITZ, H.-G., Wieviele erwerbstätige behinderte Frauen gibt es wirklich? Eine Kritik der amtlichen Behindertenstatistik, in: Behindertenrecht, Heft 24, 1985, 76-80.
- RÜTTER, J., WINSTROER, G., Männliche oder weibliche Assistenz, in: Barwig, G., Busch, C., (hrsg.), „Unbeschreiblich weiblich!“ Frauen unterwegs zu einem selbstbewußten Leben mit Behinderung, München 1993, 141-153.
- SCHATZ, A., Geschlecht: behindert - Besonderes Merkmal: Frau. Behinderte Frauen zwischen Fremd- und Selbstbestimmung, in: Behindertenpädagogik, 33. Jg., Heft 2, 1994, 179-181.
- SCHILDMANN, U., Statistische Angaben, in: Courage, Heft 1, 1981.
- SCHILDMANN, U., Lebensbedingungen behinderter Frauen. Aspekte ihrer gesellschaftlichen Unterdrückung, Gießen 1983.
- SCHILDMANN, U., Behinderung, geschlechtsspezifisch, in: Reichmann, E., (hrsg.), Handbuch der kritischen und materialistischen Behindertenpädagogik, Solms-Oberbiel 1984, 114-118.
- SCHILDMANN, U., Zur Situation behinderter Mädchen - Realität und Träume im Kontrast, in: Diezinger, A., u.a., Am Rande der Arbeitsgesellschaft: Weibliche Behinderte und Erwerbslose. Alltag und Biografie von Mädchen: Sachverständigenkommission (Sechster Jugendbericht), Opladen 1985, 89-142.
- SCHMIDT-THIMME, D., Behinderte Frauen - eine gesellschaftlich wenig beachtete Minderheit, in: REHA report, Heft 8/9, 1990, 253-256.
- SCHOPMANS, B., Selbstverteidigungskurse für behinderte Frauen, in: die randschau, 8. Jg., Heft 5, 1993, 31.
- SCHWENK, O.G., Lebensbedingungen und Bausteine für die Konstruktion sozialer Lagen in Ostdeutschland – Werkstattbericht, in: Bertram, H., (hrsg.), Ostdeutschland im Wandel, Berlin 1995, 3-29.

- SEIFERT, M., Frausein und behindert: „Es ist eine ganz andere Realität, in der wir leben“, in: pro familia magazin, Heft 1, 1990, 1-2.
- SEIPELT-HOLTMANN, C., Behinderte Mütter - gibt es sie wirklich? Ein Alltag zwischen Diskriminierung, Lebensbejahung und Selbstverständlichkeit, in: die randschau, 8. Jg., Heft 5, 1993, 20-22.
- SEYWALD, A., Körperliche Behinderung. Grundfragen einer Soziologie der Benachteiligten, Frankfurt/M. 1977.
- SIEGRIST, J., Medizinische Soziologie, 4. Aufl., München 1988.
- SOCIALDATA INSTITUT FÜR EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG, Anzahl und Situation der Behinderten nach Zielgruppen, 1. Teilbericht (unveröffentlicht), München 1984.
- STATISTISCHES BUNDESAMT, Sozialeleistungen, Fachserie 13, Reihe 5.1 Schwerbehinderte, Wiesbaden 1996.
- STATISTISCHES BUNDESAMT, (hrsg.), Datenreport 1997, Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1997.
- STATISTISCHES BUNDESAMT, Im Blickpunkt: Frauen in Deutschland, Wiesbaden 1998.
- STIMPSON, L., BEST, M.C., Courage Above All. Sexual Assault Against Women With Disabilities, Disabled Womens Network, Toronto 1991.
- STÖTZER, B., Sexuelle Gewalt an Menschen mit Behinderungen, in: Hermes, G., (hrsg.), Mit Recht verschieden sein. Forderungen behinderter Frauen an Gleichstellungsgesetze, Kassel 1994, 76-79.
- STÖTZER, B., Arbeitsmarkt und soziale Absicherung, in: Behinderte Frauen - doppelt diskriminiert! Fachtagungsdokumentation, Bonn 1997.
- TEWS, H.P., Abbrüche beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen in Berufsförderungswerken, Hamburg 1986.
- TRAUTMANN-SPONSEL, R.D., Definition und Abgrenzung des Begriffs „Bewältigung“, in: Brüderl, L., (hrsg.), Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung, Weinheim 1988.
- TRÖSTER, H., Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten: Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung, Bern 1990.
- U.N., Decade of Disabled Persons 1983-1992, World program of action concerning disabled persons. New York, United Nations 1983.
- VIERTER BERICHT DER BUNDESREGIERUNG über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Drucksache 13/9514, Bonn 1998.
- VOGT, I., Frauen als Objekte der Medizin. Das Frauensyndrom, in: Leviathan, Heft 11, 1983, 161-199.
- WACKER, E., „Eigentlich führe ich ein ganz normales Leben...“ Normal leben um welchen Preis? Lebenskonzepte, Prägungen, Orientierungen, in: Barwig, G.,

- Busch, C., (hrsg.) „Unbeschreiblich Weiblich!“ Frauen unterwegs zu einem selbstbewußten Leben mit Behinderung, München 1993, 57-64.
- WALDSCHMIDT, A., Zur Norm verpflichtet. Die Kritik der Krüppelinitiativen an der humangenetischen Beratung, in: Schindele, E., (hrsg.), Gläserne Gebärmutter, Frankfurt/M. 1990, 219-238.
- WEBER, H., Coping, in: Schorr, E., (hrsg.), Handwörterbuch der angewandten Psychologie, Bonn 1993, 116ff.
- WENDELL, S., Feminist Theory of Disability, in: Bequart Holmes, H./ Pury, L. M., (hrsg.), Feminist perspectives in medical ethics, Bloomington/ Indianapolis: Indiana University Press 1992 63-81.
- WETZELS, P., GREVE, W., MECKLENBURG, E., BILSKY, W., PFEIFFER, CH., Kriminalität im Leben älterer Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse des KFN-Opferbefragung 1992, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 105, Stuttgart/Berlin/Köln 1995.
- WIENHUES, J., Behinderte Frauen. Einführung in ein wenig beachtetes Problemfeld, Bonn 1988.
- WINKLER, G., Behindertenreport 1994. Daten und Fakten zur sozialen Lage von behinderten Bürgern in den neuen Bundesländern, Berlin 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), International classification of impairments, disabilities and handicaps, Genf 1980.
- WÜRZ, J., Die Bedeutung von Risikoeinschätzung, Kontrollerleben und Verantwortlichkeit bei der AIDS – Prävention, Eine qualitative Analyse, Diplomarbeit, Trier 1995.
- ZELLER, S., Zur Lage der behinderten Frauen in Europa, in: Behindertenpädagogik, 27. Jg., Heft 1, 1988, 22-28.
- ZEMP, A., Behindert leben, in: Courage, 5. Jg., Heft 1, 1980, 14-17.
- ZEMP, A., Ein Stück Welt gestalten. Therapie - ein möglicher Weg zur „Ganzheit“ auch für den mißbrauchten Menschen mit einer geistigen Behinderung, in: Pro Infirmis, Heft 2, 1992, 10-15.
- ZEMP, A., PIRCHER, E., Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Frauen und Mädchen mit Behinderung, Schriftenreihe der Frauenministerin, Bd. 10, Wien 1996.
- ZIMMER, D., Allein machen sie uns ein. Über die Notwendigkeit von Netzwerken, in: die randschau, 12.Jg., Heft 4, 1997, 10-11.

Anhang

Anhang 1 Empirische Studien zur Lebenssituation behinderter Frauen in Deutschland

Anhang 2 Kurzübersicht über die qualitativen Interviews

Anhang 3 Regeln der Interpretation

Anhang 1

Empirische Studien zur Lebenssituation behinderter Frauen in Deutschland

	Schildmann, Ulrike	Niehaus, Mathilde	Kies, Sabine; Lasse, Rosemarie; Pohl, Ulrike; Wickert, Dagmar
Studie	Lebensbedingungen behinderter Frauen, Aspekte ihrer gesellschaftlichen Unterdrückung	Behinderung und sozialer Rückhalt. Zur sozialen Unterstützung behinderter Frauen	Berlin – eine Stadt für behinderte Frauen?
Veröffentlichung	Gießen 1983	Frankfurt/Main, New York 1993	Berlin 1994
Erhebungsjahr	1978	1989	1994
Erhebungsart	mündliche „offene“ Interviews	mündliche Interviews	mündliche Interviews
Stichprobe	erwerbsarbeitslose, behinderte Frauen aus Bremen, meist über 40 Jahre alt, „Spätbehinderte“ N = 50	Schwerbehinderte Frauen in Rheinland-Pfalz zwischen 18 und 60 Jahren, GdB mind. 50 v.H. N = 227	Frauen mit Beeinträchtigungen aus Ost-Berlin, 18 bis unter 65 Jahre N = 189
Erhebungsperson	Frauen ohne Beeinträchtigungen	Frauen ohne Beeinträchtigungen	Frauen mit und ohne Beeinträchtigungen

Anhang 2

Kurzübersicht über qualitative Interviews (subjektive Angaben seitens der Befragten)

Lfd.Nr. zitiert als	Behinderungsart	Behinderung seit ca.	Alter der Befragten	Familienstand Kinder	Ausbildungsabschlüsse	(frühere) Berufstätigkeit aktueller Status
1.	Wirbelsäulenschaden Osteoporose Degeneration der Netzhaut	41. Lj.	56 J.	verheiratet zwei Kinder	Mittlere Reife Wirtschaftsoberschule	Bürotätigkeiten, Hausfrau, arbeitslos Beruf u.a. wg. Behinderung aufgegeben, <i>erwerbsunfähig</i>
2.	Multiple Sklerose	34 Lj.	46 J.	geschieden, verwitwet, fester Partner zwei Kinder	Hauptschule Hauswirtschaft	Arbeit in Firma (unklar) Hausfrau, Familienpflege <i>arbeitslos/erwerbsunfähig</i>
3.	Verlust der Brust nach Kreberkrankung	29. Lj.	36 J.	ledig, feste Partnerschaft ein Kind	Mittlere Reife Lehre	Studium aufgegeben wg. Krankheit, später Pause wg. Krankheit, Waldarbeiterin <i>halbtags erwerbstätig in Berufsausbildung</i>
4.	Schwerhörigkeit	seit Geburt	20 J.	ledig kein Kind	Abitur	
5.	Fortschreitende Gelenkversteifung	seit Geburt	30 J.	ledig, feste Partnerschaft kein Kind	Mittlere Reife	<i>erwerbsunfähig</i>
6.	Hüft-Dysplasie	seit Geburt	32 J.	verheiratet zwei Kinder	Hauptschulabschluss	Bürojobs, wechselnde Zeiten von Arbeitslosigkeit <i>Hausfrau</i>
7.	Schlaganfallfolgen	39. Lj.	51 J.	verheiratet ein Kind	Hauptschule	angelernte Verkäuferin, halbtags <i>erwerbsunfähig</i>
8.	Wirbelsäulenerkrankung Sehbehinderung (Erblindung li. Auge)	7. Lj.	44 J.	geschieden zwei Kinder	Hauptschule	angelernte Fabrikarbeiterin, Hausfrau, arbeitslos <i>erwerbsunfähig</i>

9.	Sehchwäche, Gleichgewichtsstörung, Hirntumor	47. Lj.	54 J.	verheiratet drei Kinder	Mittlere Reife Einzelhandelskauffrau Altenpflegerin	selbständige Geschäftsfrau, Hausfrau, Familienpflege erwerbsunfähig
10.	Blindheit ohne Restsehvermögen	seit Geburt	19 J.	ledig kein Kind	noch Schülerin (Abitur)	Schülerin
11.	Querschnittslähmung	3. Lj.	32 J.	geschieden ein Kind	Mittlere Reife Fachakademie f. Sozialpädagogik	Patentanwaltsgehilfin (Lehre) Freiw. Soziales Jahr, Hausfrau, Erzieherin <i>halbtags erwerbstätig</i>
12.	Chron. Bronchienerkr., Nierenerkrankung, Hals- und Lendenwirbelsyndrom, Arthrose	27. Lj.	56 J.	geschieden zwei Kinder	Hauptschule Haushaltsschule	angelernte Bedienung, Hausfrau angelernte Schreibkraft, arbeitslos Arbeitsplatz wg. Beh. verloren <i>erwerbsunfähig</i>
13.	Anus praeter, Nierenfistel, Darmtumor, Darmoperation	51. Lj.	54 J.	verheiratet drei Kinder	Hauptschule kaufm. Lehre Buchhalterin	Buchhalterin, Geschäftsfrau Hausfrau, halbtags Büroarbeit, Postzustellerin <i>erwerbsunfähig, frühberentet</i>
14.	Ateriosklerose, Amputation von 3 Zehen, Bypass	33. Lj.	46 J.	geschieden drei Kinder	Hauptschule Großhandelskauffrau	Bürotätigkeit, Hausfrau, Bedienung <i>erwerbsunfähig</i>
15.	Chron. Leberentzündung, Bluterkrankheit	19. Lj.	20 J.	ledig kein Kind	Hauptschulabschluss	<i>aus Gesundheitsgründen nur eingeschränkt ausbildungs- /arbeitsfähig</i>
16.	Gehbehinderung, ständige Schmerzen	2. Lj.	58 J.	verheiratet zwei Kinder	Abitur Staatsexamen Lehrerin	Lehrerin, Hausfrau, Lehrerin <i>krankgeschrieben</i>
17.	a) leichte Gehbehinderung, b) Nierenschaden	a) 28. Lj. b) seit Geburt	32 J.	fester Partner, getrennt lebend kein Kind	Mittlere Reife Versicherungskauffrau	nach Ausb. nicht übernommen wg. Krankheit, Bürotätigkeiten <i>seit 4 J. krankgeschrieben (Zeitrente)</i>
18.	Brustkrebs, OP links, linker Arm bewegungs- eingeschränkt, lokale Schmerzen	46. Lj.	47 J.	geschieden, in 2. Ehe verheiratet kein Kind	Mittlere Reife Kauffrau	kaufmann. Angestellte, mit Phase von Arbeitslosigkeit und Weiterbildung <i>seit 2 J. krankgeschrieben</i>

19.	a) Hals- und Lenden- Wirbelsäulensyndrom, b) beidseitige Schwerhörigkeit, c) Schwindelanfälle, Medikamentenallergie	a) 60. Lj. b) 49. Lj. c) 45. Lj.	60 J.	verheiratet vier Kinder	Hauptschule Lehre als Bürokraft	Hausfrau, Schwierigkeit der Rückkehr in Beruf wg. Gesundheit versicherungsfreie Teilzeitarbeit im Bürobereich
20.	Gehbehinderung	38. Lj.	53 J.	verheiratet ein Kind	Abitur Studium	leitende Angestellte aus Gesundheitsgründen Verzicht auf Aufstieg voll <i>erwerbstätig</i> noch <i>Schülerin</i>
21.	Sehbehinderung, Glaukom, Grauer Star	seit Geburt	18 J.	ledig kein Kind	Schülerin (10. Kl. Hauptschule)	Lehrerin Wohnheimpädagogin voll <i>erwerbstätig</i>
22.*	Fehlen rechter Unterarm und rechte Hand	seit Geburt	55 J.	geschieden ein Kind	Abitur Studium	
23.	Verkrüppelung des rechten Armes und der Hand, Hüftdisplasie	seit Geburt	29 J.	ledig, in nicht ehelicher Lebensgemein- schaft kein Kind	Abitur Bankkauffrau	Bankkauffrau voll <i>erwerbstätig</i>
24.	Multiple Sklerose Wirbelsäulenschädigung	38. Lj.	48 J.	geschieden, verheiratet in 2. Ehe ein Kind, Partner zwei Kinder	Hauptschule abgebrochene Lehre	Hausfrau und „immer gearbeitet, mal hier, mal da“, 2 ½ J. krankgeschrieben <i>erwerbsunfähig (Rente)</i>
25.	Schlaganfall, Hemiparese links (Rollstuhl)	50. Lj.	57 J.	verwitwet ein Kind	Hauptschule	angelernte Arbeiterin (20 Jahre lang) <i>frühberentet (mit 57 J.)</i>
26.	Sehbehinderung	6. Lj.	57 J.	verheiratet	Hauptschule	angelernte Haushälterin, Hausfrau <i>Hausfrau</i>
27. *(bis 18 J.)	Rheuma, Polyarthritis	Erkr. seit 19 Lj. Beh. seit 30 Lj.	57 J.	verheiratet drei Kinder	Hauptschule	Hausfrau <i>Hausfrau</i>
28.	schwerhörig, Gleichgewichtsprobleme	seit Geburt	35 J.	geschieden, in 2. Ehe verheiratet ein Kind, ein Pflegekind	Mittlere Reife Wirtschaftskauffrau	Sachbearbeiterin, Lohnbuchhalterin, arbeitslos Computerfachfrau, Gemeindedienst voll <i>erwerbstätig</i>

29.*	Brustkrebs	54. Lj.	56 J.	verheiratet zwei Kinder	Hauptschule, Friseurin, Fachschule Grundschullehrerin	Produktionsarbeiterin, Grundschullehrerin, krankgeschrieben, arbeitslos <i>erwerbsunfähig, 3 Jahre EU-Rente</i> Kosmetikerin, Erzieherin, Betreuerin, Fotografin <i>selbstständig berufstätig</i>
30.*	Hüftschaden	seit Geburt (bemerkt mit 14 Lj.)	38 J.	verheiratet ein Kind	Mittlere Reife Kosmetikerin Erzieherin	Ökonomin, Kurzarbeit, Lehrgänge, Ausbilderin in Bindungseinrichtung, 3 J. krankgeschrieben, Buchhalterin <i>selbstständige Tätigkeit</i>
31.*	Halswirbelsäulen- Operation, Einschränkung re. Arm, Darm- Operationen	28. Lj.	33 J.	ledig, fester Partner kein Kind	Studium Ökonomie	Krankenschwesterausbildung abgebr., Krippenerzieherin, aus Gesundheitsgründen oft krankgeschrieben, Hausfrau, Sachbearbeiterin, arbeitslos <i>erwerbsunfähig</i> (berentet mit 59 J.)
32.*	Polio, Tremor, viele Operationen	4. Lj.	60 J.	verheiratet drei eigene, drei Adoptivkinder	Hauptschule Krippenerzieherin	Regisseurin, Arbeit im Medienbereich <i>selbstständige Tätigkeit</i>
33.*	Polio	1. Lj.	55 J.	ledig ein Kind	Abitur Studium	Betriebschlosser, Kindergärtnerin, Familienpflege, Altenpflege <i>erwerbsunfähig</i> <i>in Ausbildung zur Fachgehilfin</i> <i>Gaststättengewerbe</i>
34.*	Abnutzung der Wirbelsäule, Rheuma	44. Lj.	59 J.	verwitwet zwei Kinder	Mittlere Reife Betriebschlosser Altenpflegerin	Buchhändlerin, Illustratorin, Künstlerin <i>freiberufliche Tätigkeit</i>
35.*	fortschreitende Hörbehinderung, Sehbehinderung, Sehbehinderung	seit Geburt	18 J.	ledig kein Kind	Hauptschule? Berufsbildungsreife, Berufsvorber. Maßnahme	Auslandsaufenthalt, Journalistin <i>freiberufliche Tätigkeit</i>
36.*	Sehbehinderung	seit Geburt	50 J.	langj. Partner verstorben, ein Kind	Mittlere Reife Buchhändlerin Studium	
37.*	Gelenkrheumatismus	22. Lj. (Krankh. seit 13. Lj.)	37 J.	verheiratet ein Kind	Abitur Studium	

38.	Multiple Sklerose, linksseitige Kraftminderung,	38. Lj.	45 J.	verheiratet drei Kinder	Mittlere Reife Kinderkrankenschwester	Kinderkrankenschwester, Stationssekretärin, ehrenamtl. Kinderbetreuung <i>erwerbsunfähig (Rente)</i>
39.	hochgradige Schwerhörigkeit	6. Lj.	52 J.	ledig kein Kind	Hauptschule Hauswirtschaftsschule Zahntechnikerin	Zahntechnikerin, arbeitslos, Hauswirtschafterin <i>selbständige Tätigkeit</i>
40.	Arthrose in Händen u. Handgelenken, Polyarthritis in Zehen, Verschleißerssch., Wirbelsäule, grauer Star, Hüftarthrose	21. Lj.	60 J.	verheiratet ein Kind	Hauptschule Einzelhandelskauffrau	Verkäuferin, Hausfrau, Verkäuferin teilezeit, Altenpflegerin teilezeit <i>erwerbsunfähig (berentet mit 53 J.)</i>
41.	Kniebeschwerden, Knochenverschleiß, Inkontinenz	48. Lj.	55 J.	geschieden zwei Kinder	Hauptschule Haushaltsschule	Mitarbeit in Geschäften, Hausfrau Krankenschwester, Nebenarbeit über 15 Jahre: Taxifahren <i>voll erwerbstätig, Nebenjob</i>
42.	a) Loch in Herzscheidewand, b) Hüftgelenk, Bandscheibe, Rheuma, Stoffwechselstörungen, Diabetes	a) seit Geburt diagnostiziert mit 14 J. b) 27. Lj.	41 J.	verheiratet vier Kinder	Hauptschule Metzgerin	Metzgerin, Hausfrau, Postangestellte <i>erwerbsunfähig (berentet mit 40 J.)</i>
43.	links versteiftes Sprunggelenk, rechts Oberschenkelamputation Arthrose im Knie, Degeneration der Brustwirbelsäule	seit Geburt	43 J.	geschieden, in 2.Ehe verheiratet ein Kind, Partner: zwei Kinder	Abitur Studium	Sozialpädagogin <i>voll erwerbstätig</i>
44.	Diabetes, Asthma, Nierenprobleme, Sehnenverkrümmung, Nasengeschwulst	10. Lj.	19 J.	ledig, fester Partner kein Kind	Hauptschule	Lehre als Zahnarzthelferin abgebrochen, in Ausbildung zur Bürokauffrau

45.	Brustkrebs	53. Lj.	57 J.	verheiratet drei Kinder	Mittlere Reife Krankenschwester	Krankenschwester, Hausfrau, Altenpflegerin, Pausen aus gesundh. Gründen <i>seit 1 ½ J. krankgeschrieben</i>
46.	Morbus Bechterew	19. Lj.	48 J.	geschieden, in 2. Ehe verheiratet vier Kinder	Mittlere Reife Frauenfachschule	Krankenschw.-Ausbildung abgebrochen, Hausfrau, halbtags Büroarbeit, später ganztags, teilszeit Altenpflegerin <i>als Honorarkraft, stundenweise tätig</i>
47.	a) Morbus Crohn, Diabetes b) Colitis ulceroosa	a) 26. Lj. b) 16. Lj.	33 J.	ledig kein Kind	Hauptschule Bürokauffrau	Soziales Jahr Ausbildung Altenpflegerin abgebrochen, Pflegeheilerin in Altersheim, Weiterqualifikation scheitert an Gesundheit <i>flexibel/teilzeit erwerbstätig</i>
48.	Diabetes, als Folge Seh- und Gehbehinderung	11. Lj.	42 J.	geschieden kein Kind	Hauptschule Einzelhandelskauffrau	Verkäuferin, Berufsaufgabe wg. Gesundheit, arbeitslos <i>erwerbsunfähig</i>
49.	Hüftluxation	seit Geburt	45 J.	verheiratet kein Kind	Mittlere Reife Fachoberschule	Erzieherinnenausbildung abgebrochen <i>in Ausbildung zu Ergotherapeutin</i>
50.	Gehbehinderung, Gelenkarthrose	54. Lj.	59 J.	verheiratet zwei Kinder	Abitur Studium	Lehrerin <i>erwerbsunfähig, frühberentet</i>
51.	Multiple Sklerose	34. Lj.	50 J.	verwitwet ein Kind	Hauptschule Buchhalterin	Buchhalterin <i>erwerbsunfähig</i> <i>(berentet mit 39 J.)</i>
52.	Hörschädigung (fast gehörlos)	21. Lj.	33 J.	Geschieden, fester Partner drei Kinder	Hauptschule Berufsfachschule Hauswirtschaft	Ausbildung Hotelfachfrau wg. Behind. abgebrochen, Hauswirtschaftlerin, Hausfrau <i>in Ausbildung</i> <i>Landesbildungszentrum f.</i> <i>Gehörlose</i>
53.	Multiple Sklerose	36. Lj.	50 J.	verheiratet ein Kind	Hauptschule Schneiderin Industrieauffrau	Wg. Gesundheit nicht aus Lehre übernommen, Industrieauffrau <i>erwerbsunfähig</i>

54.*	Tumorerkrankung, Diabetes	20 Lj.	57. J.	geschieden ein Kind	Hauptschule	„nebenher gearbeitet“, Arbeiterin, Familienpflege, Hausfrau, nicht versicherungspfl. Arbeit <i>erwerbsunfähig (berentet mit 47 J.)</i>
55.*	Dialysepatientin mit Folgeerkrankungen	21. Lj.	48 J.	ledig kein Kind	Mittlere Reife Buchhalterin	Buchhalterin, Stelle verloren wg. Gesundheit, arbeitslos, Sekretärin, krankgeschrieben, halbtags Schreibkraft, arbeitslos seit Wende <i>arbeitslos</i>
56.*	Brustamputation nach Krebs	31. Lj.	32 J.	geschieden, fester Partner, ein Kind	Mittlere Reife Schneiderin Voluntariat b. Zeitschrift	Studium Pädagogik abgebrochen, mithelf. Fam.-Angehörige, Redakteurin <i>voll erwerbstätig</i>
57.*	Beinamputation nach Verkehrsunfall	17. Lj.	39 J.	verheiratet zwei Kinder	Mittlere Reife Zahntechnikerin	Lehre Krippenerzieherin nach Unfall abgebrochen, Zahntechnikerin, nach Wende gekündigt, Angestellte im Außendienst <i>voll erwerbstätig</i>
58.*	(Asthma seit 6. Lebenswoche), Unterleibsoperationen	28. Lj.	58 J.	in 3. Ehe verheiratet ein Kind	Hilfsschule	Arbeiterin in verschiedenen Fabriken und LPG (über 35 Jahre), Wachfrau, nach Wende Kündigung, ABM, <i>arbeitslos</i>
59.*	Spast. Lähmung, geh- und sprachbehindert, linke Hand gelähmt	seit Geburt	47 J.	ledig kein Kind	Mittlere Reife Bankkauffrau	Sparkassenangestellte (über 28 Jahre), Kündigung <i>erwerbsunfähig (EU-Rente für 3 Jahre)</i>
60.*	Gehbehinderung durch Hautkrebs, Wirbelsäulen- Schaden	49. Lj.	58 J.	verwitwet drei Kinder	Abitur Handelskauffrau Fernstudium Ökonomie	Studium abgebrochen, Hausfrau, Großhandelskauffrau, aus Gesundheitsgründen halbtags, Familienpflege <i>erwerbsunfähig (Rente)</i>

* aufgewachsen in der DDR bzw. in den neuen Bundesländern

Anhang 3

Regeln der Interpretation

Um den „subjektiven Sinn“ der Befragten herauszuarbeiten, wurde beim konkreten Interpretationsvorgehen in mehreren Schritten vorgegangen:

1. Jedes Interview wurde von mindestens 2 Interpretinnen zunächst getrennt interpretiert. Es wurde eine Kurzbiographie erstellt.
2. Im gemeinsamen Interpretationsprozeß wurde mit der **szenischen Rekonstruktion des Interviews** begonnen, worin die Darstellung der Interviewsituation aus Sicht der Interviewerin miteinflöß (z.T. über ausführliche Interviewprotokolle der Interviewerinnen, z.T. über die Schilderung des Interviewablaufs am gemeinsamen Auswertungswochenende).
3. Die nächsten Schritte beziehen sich auf die verbalen Daten. Zunächst erfolgte eine ausführliche **Analyse der Eingangspassage** anhand der semantischen, grammatikalischen, inhaltlichen und interaktionellen Aufmerksamkeitssebenen. Hieraus ergaben sich Skizzen der Selbstthematisierung und der inhaltlichen Themen der Befragten. Die Interpretation entwirft dabei mögliche Botschaften, die mit dem Text mittransportiert werden, d.h. was die Interviewte „eigentlich“ sagen will oder „über was sie sonst noch spricht“, wenn sie z.B. die Frage nach der Teilnahmemotivation beantwortet („Indexikalität“ der Äußerungen). Die spezifische Wahl des Ausdrucks in einem Interview wurden immer im Vergleich zu den anderen Interviews betrachtet, d.h. mit den „Ausdrucksmöglichkeiten“ überhaupt in Beziehung gesetzt.

Bsp. Eingangspassage: 30jährige von Geburt an durch zunehmende Gelenkversteifung behinderte Frau (5)

Frage: „... warum haben Sie beim Interview mitgemacht?“

Antwort: „Na ja, ich hab den Fragebogen so durchgelesen und hab mir gedacht, daß es eigentlich auch interessant sein könnte oder, - mir macht das nichts aus, wenn ich Fragen beantworten soll. Und das hilft vielleicht ja auch weiter für andere Leute?! Mich stört es nicht, wenn ich über mein Leben erzähl!. Heute nicht mehr.“

grammatikalische/ semantische/ syntaktische Besonderheiten

* „na ja“, „ich hab ...so“, „eigentlich interessant sein könnte“: <Hypothese: zeigt nebensächliches Interesse, vage, verwendet Konjunktiv, wirkt austestend >;

* verwendet Negativkonstruktionen

* „es hilft vielleicht anderen“ : vage, nicht *ich*, sondern es hilft; Frageform

* „heute nicht mehr“ : Hinweis auf verschiedene Zeitebenen

* aktiver Modus : „ich habe“ (bis auf: „es hilft anderen“)

inhaltliche Besonderheiten

* **Negativmotivation:** „mir macht es nichts aus, wenn ich Fragen beantworten soll“, „mich stört es nicht, wenn ich über mein Leben reden soll“, „heute nicht mehr“

<Schlußfolgerung: früher hat es ihr etwas ausgemacht; signalisiert Entwicklung; Distanz früher- heute als implizites Thema>

* Hilfe i.S. von 'anderen helfen wollen' <was half/hilft *ihr*?>

Interaktionelle Besonderheiten

* Erzählaufforderung in Soll-Konstruktion: sie soll erzählen

* „*mir/mich*“ am Satzanfang impliziert: anderen macht es vielleicht etwas aus <der Interviewerin?>

* bleibt passiv **abwartend**, was sie nun soll, wartet auf Angebot, signalisiert abstrakte Erzählbereitschaft, wartet Interviewentwicklung ab, d.h. wie die Beziehung zwischen beiden sich entwickelt

Zusammenfassend: vages Interesse, vage Hoffnung, Negativmotivation bei gleichzeitigem Signal zur Bereitschaft, gewisse Spannung bezüglich ihrem Leben als Entwicklung, abwartende Haltung.

Zum weiteren Interviewverlauf: Die Befragte berichtet sehr viel später, nachdem eine für sie ausreichend vertrauensvolle Beziehung zur Interviewerin hergestellt ist, von einem traumatisch erlebten sexuellen Mißbrauch, der in seinen Auswirkungen zentral ihr Leben bestimmte.

Bedeutung dieser Eingangspassage: In den wenigen Zeilen wird neben der Motivation zum Interview noch ein anderes Thema abgehandelt: in diesem Fall geht es hauptsächlich um die Beziehung zur Interviewerin. Sie muß sich im Verlauf des Interviews als genügend einfühlsam und belastbar erweisen, damit das belastende Erlebnis der sexuellen Gewalterfahrung im Rahmen des Interviews von der Befragten angesprochen werden kann.

Die Eingangspassage (vgl. auch Bohnsack 1993) hat allgemein eine besondere Bedeutung nicht nur für die erste Rollenpositionierung zwischen Interviewerin und Interviewter auf der Interaktionsebene, sondern auch in der Hinsicht, daß viele der befragten Frauen das eigentliche Anliegen und die persönlichen Relevanzen schon in der ersten Antwort „verpacken“.

Bsp. 21jährige bei ihren Eltern lebende Frau mit einer Hepatitis, einer Bluterkrankheit und wahrscheinlich einer Lernbehinderung (15)

Frage: „*Vielleicht können Sie uns zunächst etwas sagen über den Hintergrund, wie Sie dazu kamen, an diesem Gespräch teilzunehmen?*“

Antwort: „*Wie ich dazu kam? Also ich hatte mal son Fragebogen gekriegt, und dann wollte ich eigentlich so mal mit jemandem so richtig mal drüber reden, weil man ja nicht mit jedem darüber reden kann. Also deswegen, das kam auch noch mit dazu. Also, das wurde ja angeboten. Und eigentlich nur, weil manche es einfach so nicht verstehen und dann fragen die tausend Mal und man kann nicht mit jedem drüber reden, weil es gibt auch Menschen, da kann man einfach nicht drüber reden. Zum Beispiel eine Freundin von mir, mit der kann ich drüber reden, aber irgendwie hat die auch keine Lust immer .. ja weil man manchmal eben auch keine Lust hat, drüber zu reden. Weil die auch genug Probleme hat und so ...“.*

Zentrale inhaltliche Themen dieser Eingangspassage sind: mit jemandem reden, vertraute Beziehungen, Suche nach Verständnis und Bereitschaft zuzuhören. Diese Themen durchziehen auch das gesamte Interview i.S. von: Beziehungen

„bauen sich persönlich auf“ und sind mit dem Reden verknüpft. D.h. eine Beziehung ermöglicht Reden und Reden konstituiert eine Beziehung. „Kontakt“ ist ein im Interview oft wiederholter Topos.

4. Mit der weiteren **sequentiellen Analyse** (Zeile für Zeile, Satz für Satz entlang dem Interviewtext) konnten in den Interviews analog den vier Aufmerksamkeitsebenen (semantisch, grammatikalisch, inhaltlich, interaktional) die Themen der Eingangspassage weiterverfolgt und neue Themen aufgenommen werden. Diese Themen wurden mit anderen Passagen in Beziehung gesetzt und analysiert in bezug auf Wiederholungen, Verfestigungen gefundener Muster, Vorkommen in bestimmten Kontexten, Brüchen, Auftauchen neuer Begriffe oder Strukturierungen.

Bsp. 48jährige Hausfrau, Multiple Sklerose seit 37. Lebensjahr (24)

Indikatoren für eine Normalisierung und Positivierung spezifischer biographischer Bereiche und Indikatoren für eine normative Verankerung:

Semantische Einheiten

* „*sehr gut*“, „*froh*“, „*wohlgefühlt*“, „*normal*“, „*gut damit fertig geworden*“, „*ohne Probleme*“ in folgenden Bereichen: Verhältnis zu Familienmitgliedern, Eigenständigkeit, Ablösung, Partnerschaft, Schwangerschaft, Sexualität

* Müssen: „*so soll es ja sein und so muß es auch sein*“, „*alles läuft so, wie es laufen soll*“, „*du willst laufen, du mußt laufen*“, „*geht nicht anders, du mußt, ob du willst oder nicht*“

Grammatikalische Besonderheiten

*Negatives wird relativiert durch '**Zwar-aber**'- Konstruktionen: „*zwar helfen müssen, aber Freiheiten gehabt*“, „*zwarallein, aber am Rockzipfel der Mutter*“, „*obwohl keine große Aufklärung normal reingefunden, gut damit fertig geworden*“ etc.

* häufiger „*man*“- und „*du*“- Gebrauch, wenn sie von sich redet

* Betonung, wer was wann gesagt hat: „*und dann hab ich gesagt, dann hat er gesagt*“

* häufig Generalisierungen: „*immer*“

Inhaltliche Themen

rigorose Erziehung: „*das gab es bei uns nicht, ausgeschlossen*“; Stolz auf Leistung, Stolz auf Rollenerfüllung als Hausfrau

Interaktionelle Ebene

* unergiebigste Passagen (Schweigen oder „*da weiß ich keine Antwort drauf*“, „*da fällt mit nichts ein*“ oder kurze normalisierende Antworten „*sehr gut*“, „*alles normal*“) bei emotionalen Themen oder Fragen, die eine zusammenfassende Reflexion verlangen

* Bestätigungen und Vagheit der Antworten: Viele Antworten beginnen mit „*ja*“, häufig ist ein „*ne*“ eingeschoben, viele Sätze enden mit „*und so*“, „*oder so*“

Das **Zusammenführen der vier Analyseebenen** ergibt in Verbindung mit hier nicht aufgeführten Motiven, wie z.B. hohem Arbeitsethos, die Präsentation einer 'starken Frau', die in traditioneller Weise Bestätigung erfährt über die Erfüllung

von Normen, die ihr Leben als normal, positiv und unauffällig schildert, die auf die 'Problemfragen' der Interviewerin nicht eingeht, aber trotzdem eine Beziehung herstellt. Auf diesem Hintergrund kann in einem weiteren Schritt die schwierige Aufgabe des Umgangs mit den nicht-kontrollierbaren körperlichen Einschränkungen durch die Multiple Sklerose gelesen und möglicherweise eingeordnet werden.

Die Stichhaltigkeit des Interpretationsprozesses ergab sich über die sog. **Konsistenzforderung**, d.h. auf allen Analyseebenen mußten die Informationen konsistent sein, um zu einer Aussage über den Text zu kommen.

5. Als Ergebnis des Interpretationsverfahrens wurde für jedes Interview ein **Skript** erstellt, das die Relevanzstruktur und subjektive Orientierung der Befragten beschreibt.
6. **Typisierung**: Wurde auf diese Weise eine angemessene Rekonstruktion des individualbiographischen „subjektiven Sinns“ geleistet, ist eine Verallgemeinerung nur auf dem Wege der Herausarbeitung typischer Sinnkonstellationen und ihrer Hintergründe, d.h. über eine Typisierung möglich. Typisierungen können nach sehr unterschiedlichen Kriterien erstellt werden; die Wahl des Kriteriums ist dabei zu begründen.

Aufgrund der Größe und selektiven Zusammensetzung der Stichprobe bot es sich an, nicht eine Typisierung nach Inhalten der subjektiven Deutungen vorzunehmen, sondern zunächst nach der „externen“ (d.h. außerhalb der Interviews vorgegebenen) Kriterien, wie Alter und Bildung der Befragten, Behinderungsart und Alter bei Eintritt der Behinderung. Es wurden in einzelnen Schritten unabhängig voneinander Alters-/Bildungsgruppen gebildet und miteinander verglichen; ebenso wurden Gruppen nach Behinderungsarten gebildet und schließlich Gruppen nach Alter beim Eintritt der Behinderung. Im Vergleich dieser Gruppen untereinander wurde gefragt, ob es jeweils typische, d.h. wiederkehrende Besonderheiten der Selbstthematization des Lebens als Frau.